CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023

CONTRATAÇÃO DE O.S

ENVELOPE II

VOL. V

Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Nº: 0018.000166795/2023
Requerente: Comissão do Chamamento Público 014/2023
Assunto: Requisição de Parecer Técnico sobre Habilitação de Entidades

Referente ao Chamamento Público 014/2023, a presente convocação visa selecionar organizações sociais qualificadas pelo Município de Almirante Tamandaré/PR, com experiência comprovada na área da saúde, para um contrato de gestão de 12 meses. Este contrato tem o propósito de administrar a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. A Comissão Especial deste processo solicita à Secretaria de Assuntos Jurídicos um parecer técnico-jurídico sobre o procedimento de habilitação das organizações candidatas, destacando-se:

1. **Instituto Vita Forte:** Esta entidade não forneceu a declaração de vistoria técnica exigida pelo item 7 do edital. O edital estipula que as organizações interessadas devem realizar uma vistoria técnica detalhada na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, observando todos os aspectos relevantes para a execução dos serviços. A declaração de vistoria (conforme o Modelo Anexo VI) é mandatória, contendo data, horário e o nome do servidor responsável pelo acompanhamento. Em caso de dúvidas, a entidade pode contactar a Secretaria Municipal de Saúde. A omissão desta vistoria pode levar à desqualificação, uma vez que é considerada essencial para o conhecimento pleno das condições locais e dos desafios associados à execução do contrato.
2. **Entidade Viva Rio:** Esta organização apresentou uma certidão de Registro de Feitos Ajuizados, enquanto o edital requer a apresentação de certidões negativas de falência, insolvência civil e recuperação judicial ou extrajudicial, emitidas pelo Distribuidor da sede da Organização Social.

Dada a natureza destas discrepâncias, solicitamos orientação sobre as medidas adequadas a serem tomadas por esta Comissão quanto à habilitação destas entidades.

Assinam membros da Comissão Especial, sob a Presidência do primeiro.

Marcelo Czaikowski

Fernanda Ângela Gabardo

Mario Roberto Gurgel Knopki

Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos

Parecer Jurídico

Autos de Processo Administrativo nº **0018.000166795/2023**

Assunto: **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023.**

Origem: **Secretaria Municipal de Saúde**

I. RELATÓRIO

1. A Comissão Especial de Chamamento Público designada pela Portaria nº 048/2023 formulou a esta Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos consulta sobre a avaliação de habilitação das entidades participantes do Chamamento Público nº 014/2023.

2. O objeto da consulta cinge-se a dois pontos específicos, a saber:

i) O Instituto Vita Forte não apresentou a declaração de vistoria técnica exigida pelo item 7 do Edital.

ii) A entidade Viva Rio apresentou certidão de Registros de Feitos Ajuizados em substituição às certidões negativas de falência, insolvência civil e recuperação judicial ou extrajudicial, emitidas pelo Distribuidor da sede da Organização Social.

3. Em decorrência das dúvidas suscitadas por estas duas questões específicas, o feito foi encaminhado para a SMAJ para análise e parecer jurídico.

4. É o relatório.

II. ANÁLISE JURÍDICA

a) Da não apresentação da declaração de vistoria técnica exigida pelo item 7 do Edital do Instituto Vita Forte.

5. De acordo com a Comissão:

"**Instituto Vita Forte**: Esta entidade não forneceu a declaração de vistoria técnica exigida pelo item 7 do edital. O edital estipula que as organizações interessadas devem realizar uma vistoria técnica detalhada na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, observando todos os aspectos relevantes para a execução dos serviços. A declaração de vistoria (conforme o modelo Anexo

VI) é mandatória, contendo data, horário e o nome do servidor responsável pelo acompanhamento. Em caso de dúvidas, a entidade pode contatar a Secretaria Municipal de Saúde. A emissão desta vistoria pode levar à desqualificação, uma vez que é considerada essencial para o conhecimento pleno das condições locais e dos desafios associados à execução do contrato."

6. Consta do item "7. DA VISTORIA TÉCNICA" do Edital de Chamamento Público nº 014/2023 que:

> **7. DA VISTORIA TÉCNICA**
>
> 7.1 A Organização Social interessada em participar do chamamento público, **deverá** proceder a uma rigorosa Vistoria Técnica na unidade de Pronto Atendimento 24 horas, examinando particularmente todos os detalhes, tomando ciência das suas características, eventuais dificuldades para a execução dos serviços, e demais informações necessárias à elaboração da proposta dos projetos.
> 7.2 (*omissis*)
> 7.3 Não serão aceitas alegações posteriores quanto ao desconhecimento de qualquer detalhe, incompreensão, dúvidas ou esquecimento que possam provocar empecilhos ou gerar atrasos na realização dos serviços, ou paralisações sem qualquer atividade do equipamento, arcando a Organização Social vencedora com quaisquer ônus decorrentes desses fatos.
> 7.4 A Organização Social **deverá** emitir declaração (**MODELO ANEXO VI**) que realizou a vistoria na unidade disposto no item 7.7, contendo data, horário e o nome do servidor que realizou o acompanhamento.
> 7.5 (*omissis)*
> 7.6 Esta vistoria é considerada suficiente para que a Organização Social tenha conhecimento dos estabelecimentos e das condições da área onde o serviço será realizado, de modo a não incorrer em omissões que jamais poderão ser alegadas em favor de eventuais pretensões de acréscimos de serviços.
> 7.7 A Organização Social que não efetivar a vistoria, **poderá** expedir Declaração de Dispensa de Visita/Vistoria de que conhece as condições locais para a execução do objeto e de que assume todas as consequências que poderão advir, mesmo durante a execução do CONTRATO DE GESTÃO.

7. Compulsando os autos do processo administrativo referente ao Chamamento Público nº 014/2023 observa-se que o Instituto Vita Forte apresentou às fls. 532 uma "DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE VISITA/VISTORIA", na qual conta que a entidade "**declara o conhecimento das condições locais para a execução do objeto e que assume todas as consequências que poderão advir, mesmo durante a execução do CONTRATO DE GESTÃO**".

8. Causa-nos estranheza, portanto, o questionamento trazido a esta consultoria jurídica, pois neste ponto o Edital é claro e não abre margem para interpretações. A apresentação da declaração de vistoria

técnica poderia ser substituída pela Declaração de Dispensa de Visita/Vistoria. Basta olhar o subitem "7.7" para se chegar a esta conclusão sem a necessidade de parecer jurídico.

9. Neste caso, o Instituto Vita Forte nada mais fez do que se utilizar de uma legítima faculdade que lhe confere o instrumento convocatório.

b) Da apresentação de certidão de Registros de Feitos Ajuizados em substituição às certidões negativas de falência, insolvência civil e recuperação judicial ou extrajudicial, emitidas pelo Distribuidor da sede da Organização Social.

10. De acordo com a Comissão:

> "**Entidade Viva Rio:** Esta organização apresentou uma certidão de Registro de Feitos Ajuizados, enquanto o edital requer a apresentação de certidões negativas de falência, insolvência civil e recuperação judicial ou extrajudicial, emitidas pelo Distribuidor da sede da Organização Social."

11. Sabe-se que a fase de habilitação do processo licitatório destina-se à verificação da capacidade e da idoneidade do licitante em executar o objeto da contratação frente à documentação exigida no instrumento convocatório, a qual, em função do princípio da legalidade, deve limitar-se à prevista no ordenamento e apenas à estritamente necessária a garantir a adequada execução do objeto, ante regra imposta pela Constituição Federal.

12. A título de qualificação econômico-financeira, permite a Lei 8.666/1993, que rege subsidiariamente o chamamento em comento, que se exija o seguinte:

> "Art. 31. A documentação relativa à qualificação econômico-financeira limitar-se-á a:
> (...)
> II – certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;"

13. Tais exigências têm por finalidade demonstrar que a empresa participante do certame goza de boa saúde financeira, possuindo assim, sob a perspectiva econômico-financeira, capacidade para suportar as despesas decorrentes da execução do contrato. Mas, os documentos exigidos e apresentados devem ser lidos e interpretados com razoabilidade e em estrita consonância ao princípio da finalidade.

14. A certidão negativa de falência, especificamente, destina-se a atestar que não existem processos dessa natureza tramitando em face da empresa licitante, do que se presume sua insolvência.

15. A entidade Viva Rio apresentou "CERTIDÃO DE REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE FEITOS AJUIZADOS" emitida pelo 2º Ofício do Registro de Distribuição da Cidade e Comarca do Rio de Janeiro. Tal documento abrange à verificação de feitos ajuizados com relação a Falências, Concordatas, Recuperações Judiciais.

16. Logo, observa-se que o documento apresentado pela licitante atende à exigência contida no item 10.3 do edital. A uma porque emitida pelo Distribuidor da sede da Organização Social; a duas porque equivale a uma certidão negativa, posto que nada conste referente a Falências, Concordatas, Recuperações Judiciais, entre os feitos ajuizados.

III. CONCLUSÃO

17. Por todo exposto, adstrito a consulta formulada, esta Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos opina no seguinte sentido:

i) O Instituto Vita Forte atendeu ao item "7.7" do Edital de Chamamento Público nº 014/2023 ao apresentar Declaração de Dispensa de Visita/Vistoria em substituição à declaração de vistoria técnica.

ii) O documento apresentado pela licitante Viva Rio atende à exigência contida no item 10.3 do edital, porque foi emitida pelo Distribuidor da sede da Organização Social; e porque equivale a uma certidão negativa, posto que nada conste referente a Falências, Concordatas, Recuperações Judiciais, entre os feitos ajuizados.

18. Com estas considerações, encaminhem-se os autos à Secretaria Municipal de Saúde para às providências que se fizerem necessárias.

19. É o parecer, salvo melhor entendimento.

Almirante Tamandaré, 18 de janeiro de 2024.

AGNALDO BORCATH
Assessor Jurídico
OAB nº 81.089, Paraná

002041

Almirante Tamandaré
Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

Almirante Tamandaré, 10 de janeiro de 2024.

Memorando nº 029/2024
Assunto: Solicitação de Formação de Equipe de Apoio Técnico - Chamamento Público Nº 014/2023

Prezado Secretário,

Referimo-nos ao Chamamento Público Nº 014/2023, que está atualmente em fase de análise de documentação de habilitação. Devido ao volume expressivo de documentos apresentados, percebemos a necessidade de uma equipe de apoio técnico para assegurar uma análise detalhada e eficiente.

Portanto, solicitamos a deliberação e formação de uma equipe de apoio técnico, composta por profissionais qualificados, para auxiliar nesta tarefa crucial. A presença de uma equipe adicional será fundamental para manter a integridade, a transparência e a eficácia do processo de habilitação, garantindo a celeridade para cumprimento dos prazos e critérios estabelecidos.

Sugerimos os seguintes servidores para compor a equipe de apoio técnico:

- **Ernesto Antônio Rossi;**
- **Lígia Oizumi Alves da Costa;**
- **Roberto Mossambani;**
- **Pamela Thaynara de Paula Silva**

Agradecemos antecipadamente pelo apoio e atenção a este pedido, e ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente à Comissão,

Marcelo Czaikowski

Fernanda Ângela Gabardo

Mario Roberto Gurgel Knopki

002042

Almirante Tamandaré
Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

Almirante Tamandaré, 10 de janeiro de 2024.

Assunto: Resposta à Solicitação de Formação de Equipe de Apoio Técnico - Chamamento Público n.º 014/2023.

Prezados Membros da Comissão Especial,

Em resposta ao Memorando nº 029/2024, referente à solicitação de formação de uma equipe de apoio técnico para o Chamamento Público nº 014/2023, informo que a demanda foi cuidadosamente analisada e está aprovada.

Ressalto a importância de assegurar uma análise eficiente e detalhada dos documentos de habilitação. Neste sentido, os seguintes servidores foram designados para compor a equipe de apoio técnico:

- Ernesto Antônio Rossi;
- Lígia Oizumi Alves da Costa;
- Roberto Mossambani;
- Pamela Thaynara de Paula Silva.

Esta equipe deverá atuar em estreita colaboração com a Comissão Especial de Chamamento Público 014/2023, visando garantir a integridade, transparência e agilidade do processo.

Agradeço o comprometimento e a dedicação de todos os envolvidos, essenciais para a eficácia deste Chamamento Público.

Atenciosamente,

JOÃO GUSTAVO KEPES NORONHA
Secretário Municipal de Saúde

Almirante Tamandaré
Prefeitura da Cidade
Secretaria Municipal de Saúde

ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO ESPECIAL DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023, PARA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO (ENVELOPE 1).

Aos onze do mês de janeiro de 2024 às 09h00min, reuniram-se, na sala de reunião do Conselho Municipal de Saúde do Municipal de Almirante Tamandaré, os Membros da Comissão Especial de Licitação, designada pela Portaria n° 048 de 26 de janeiro de 2023, composta por Marcelo Czaikowski como Presidente, a Fernanda Ângela Gabardo e Mario Roberto Gurgel Knopki como membro, junto a Equipe Técnica de Apoio designada por meio do memorando n.º 029/2024, solicitado junto a Secretaria Municipal de Saúde, composta por Ernesto Antônio Rossi, Lígia Oizumi Alves da Costa, Pamela Thaynara de Paula Silva e Roberto Mossambani, para **ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**, referente ao **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023.** A reunião e análise foram acompanhadas pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde, o Senhor Antônio Jose Predoso de Morais.

As entidades credenciadas a participar do certame foram:

- ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL;
- INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE – IDEAS;
- INSTITUTO HUMANIZA;
- INSTITUTO VIDA FORTE;
- INSTITUTO VIDA E SAÚDE;
- PROVITA – ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL E SAÚDE;
- SANTA CASA DE MISERCÓRDIA DE CHAVANTES;
- VIVA RIO.

O presidente realizou a abertura reunião e em seguida iniciou os trabalhos com todos os membros da comissão especial e equipe de apoio, a análise da documentação apresentada referente ao Envelope 01.

Aos dezenove de janeiro de 2024 às 11h00min horas e após ampla análise realizada dos documentos apresentados, **informa o Presidente da Comissão**

Especial que foram habilitadas para a abertura do envelope 2 as seguintes entidades:

- ✓ ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL;
- ✓ INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE – IDEAS;
- ✓ INSTITUTO HUMANIZA;
- ✓ INSTITUTO VIDA FORTE;
- ✓ INSTITUTO VIDA E SAÚDE;
- ✓ VIVA RIO.

Ficam inabilitadas as seguintes entidades:

- X PROVITA – ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL E SAÚDE - tendo em vista que não atendeu o item 10.1 do edital. Entidade não apresentou o Decreto de qualificação como Organização Social, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré/PR, emitido em até 20 (vinte) dias antes da abertura dos envelopes;

- X SANTA CASA DE MISERCÓRDIA DE CHAVANTES - tendo em vista que não atendeu o item 10.2 do edital. Entidade apresentou Certidão negativa do Tribunal de Contas do Estado do Paraná – TCE/PR vencida, desde o mês de julho de 2023.

Informa ainda o Presidente que, fica aberto o prazo recursal de cinco dias a contar da data de publicação dessa ATA na forma da lei, no entanto, caso alguma entidade tenha interesse em declinar do prazo recursal, favor enviar termo de renúncia para o e-mail: chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br.

Somente após termino do prazo recursal será agenda nova sessão pública para a abertura do Envelope 2, referente aos Projetos.

002044

Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

Nada mais havendo a ser tratado, deu-se por encerrada a reunião, a qual lavrou-se a presente ATA que vai assinada pelos Membros da Comissão Especial do Chamamento Público 014/2024 e pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Comissão Especial

Marcelo Czaikowski

Fernanda Angela Gabardo

Mario Roberto Gurgel Knopki

Equipe de Apoio Técnico

Ernesto Antônio Rossi

Lígia Oizumi Alves da Costa

Roberto Mossambani

Pamela Thaynara de Paula Silva

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA
ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO ESPECIAL DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023, PARA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO (ENVELOPE 1).

Aos onze do mês de janeiro de 2024 às 09h00min, reuniram-se, na sala de reunião do Conselho Municipal de Saúde do Municipal de Almirante Tamandaré, os Membros da Comissão Especial de Licitação, designada pela Portaria nº 048 de 26 de janeiro de 2023, composta por Marcelo Czaikowski como Presidente, a Fernanda Ângela Gabardo e Mario Roberto Gurgel Knopki como membro, junto a Equipe Técnica de Apoio designada por meio do memorando n.º 029/2024, solicitado junto a Secretaria Municipal de Saúde, composta por Ernesto Antônio Rossi, Lígia Oizumi Alves da Costa, Pamela Thaynara de Paula Silva e Roberto Mossambani, para **ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**, referente ao **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023.** A reunião e análise foram acompanhadas pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde, o Senhor Antônio Jose Predoso de Morais.

As entidades credenciadas a participar do certame foram:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL;
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE – IDEAS;
INSTITUTO HUMANIZA;
INSTITUTO VIDA FORTE;
INSTITUTO VIDA E SAÚDE;
PROVITA – ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL E SAÚDE;
SANTA CASA DE MISERCÓRDIA DE CHAVANTES;
VIVA RIO.

O presidente realizou a abertura reunião e em seguida iniciou os trabalhos com todos os membros da comissão especial e equipe de apoio, a análise da documentação apresentada referente ao Envelope 01.

Aos dezenove de janeiro de 2024 às 11h00min horas e após ampla análise realizada dos documentos apresentados, **informa o Presidente da Comissão Especial que foram habilitadas para a abertura do envelope 2 as seguintes entidades:**

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL;
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE – IDEAS;
INSTITUTO HUMANIZA;
INSTITUTO VIDA FORTE;
INSTITUTO VIDA E SAÚDE;
VIVA RIO.

Ficam inabilitadas as seguintes entidades:

PROVITA – ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL E SAÚDE - tendo em vista que não atendeu o item 10.1 do edital. Entidade não apresentou o Decreto de qualificação como Organização Social, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré/PR, emitido em até 20 (vinte) dias antes da abertura dos envelopes;

SANTA CASA DE MISERCÓRDIA DE CHAVANTES - tendo em vista que não atendeu o item 10.2 do edital. Entidade apresentou Certidão negativa do Tribunal de Contas do Estado do Paraná – TCE/PR vencida, desde o mês de julho de 2023.

Informa ainda o Presidente que, fica aberto o prazo recursal de cinco dias a contar da data de publicação dessa ATA na forma da lei, no

entanto, caso alguma entidade tenha interesse em declinar do prazo recursal, favor enviar termo de renúncia para o e-mail: chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br.

Somente após termino do prazo recursal será agenda nova sessão pública para a abertura do Envelope 2, referente aos Projetos.

Nada mais havendo a ser tratado, deu-se por encerrada a reunião, a qual lavrou-se a presente ATA que vai assinada pelos Membros da Comissão Especial do Chamamento Público 014/2024 e pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Comissão Especial	Equipe de Apoio Técnico
MARCELO CZAIKOWSKI	***ERNESTO ANTÔNIO ROSSI***
FERNANDA ÂNGELA GABARDO	***LÍGIA OIZUMI ALVES DA COSTA***
MARIO ROBERTO GURGEL KNOPKI	***ROBERTO MOSSAMBANI***
	PAMELA THAYNARA DE PAULA SILVA

Publicado por:
Larissa Lima da Cunha
Código Identificador:D79A94EF

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 23/01/2024. Edição 2945
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
https://www.diariomunicipal.com.br/amp/



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <controladoria@ahbb.org.br>

Data 23/01/2024 17:27

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <jaopinotti@gmail.com>

Data 23/01/2024 17:36

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <jpinotti@ahbb.org.br>

Data 23/01/2024 17:36

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <acpinotti@gmail.com>

Data 23/01/2024 17:28

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <contabilidade@vivario.org.br>

Data 23/01/2024 17:30



- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <protocolo@ideas.med.br>

Data 23/01/2024 17:31

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <juridico@provitta.org.br>

Data 23/01/2024 17:31

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <contato@vidaforte.org.br>

Data 23/01/2024 17:32

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <assessoriajuridica@invisa.org.br>

Data 23/01/2024 17:33

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <contato@santacasachavantes.org>

Data 23/01/2024 17:33

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão

002057



Assunto **Ata de Reunião de Habilitação - Chamamento Público 014/2024**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <contato@institutohumaniza.com.br>

Data 23/01/2024 17:34

- ATA de Reunião - Chamamento Público 014.2024.pdf(~682 KB)

Prezados

Estamos enviando em anexo a Ata de Reunião referente à análise da documentação de habilitação (Envelope 1) do Chamamento Público nº 014/2023. Este documento contém os detalhes pertinentes e as conclusões alcançadas pela comissão.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

A Comissão

Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

Processo: 0018.000166795/2023
Requerente: Secretaria Municipal de Saúde
Assunto: Recurso Administrativo - Santa Casa de Misericórdia de Chavantes

Por meio deste, a Comissão Especial do Chamamento Público 014/2023, solicita orientação jurídica a respeito do recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, referente à sua inabilitação em processo licitatório deste município. O recurso destaca questões legais e jurisprudenciais, com foco na validade da Certidão do Tribunal de Contas do Estado do Paraná na data da sessão pública.

Solicitamos análise dos argumentos jurídicos apresentados pela Santa Casa, especialmente no que se refere aos princípios de formalismo moderado e à necessidade de diligência para a confirmação da regularidade dos documentos apresentados.

A orientação jurídica da Secretaria é vital para garantir a integridade e a legalidade do processo. Em anexo, segue cópia do recurso administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Chavantes.

Agradecemos a atenção e aguardamos um parecer jurídico para as devidas deliberações.

Almirante Tamandaré (PR), em 29 de janeiro de 2024.

Marcelo Czaikowski

Fernanda Ângela Gabardo

Mario Roberto Gurgel Knopki

AO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO ESPECIAL DE LICITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ/PR.

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023

A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES**, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópico, com sede social na Rua Maria Ferreira, nº 22, Município de Chavantes, Estado de São Paulo, CEP 18970-000, com endereço eletrônico: juridico@santacasachavantes.org, por seu representante de seu presidente Dr. Anis Ghattás Mitri Filho, médico, casado, inscrito no CPF nº 330.693.348-14 e RG nº 36.142.201-5, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, apresentar **RECURSO ADMINISTRATIVO**, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos, em face da r. decisão da documentação de habilitação – envelope 1.

I – DA TEMPESTIVIDADE

De início importante informar a tempestividade das presentes razões recursais, conforme previsão editalícia do item 14.5. o prazo para interposição de recurso é de 05 (cinco) dias úteis, contados da publicação da decisão, sendo que a publicação no diário ofício do Estado do Paraná ocorreu no dia 23 de outubro de 2024, tem-se que o prazo preclusivo se finda em 30 de janeiro de 2024.

II – BREVE RELATO DOS FATOS

No dia 10 de dezembro de 2023, às 09h00 no Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré ocorreu a sessão pública de abertura do envelope 1 – DE HABILITAÇÃO das entidades interessadas no Chamamento Público nº 014/2023, cujo objeto é a gestão da unidade de pronto atendimento 24 horas.

Após análise da d. Comissão restaram habilitadas as Organização Sociais: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil; Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência a Saúde; Instituto Humaniza; Instituto Vida Forte; Instituto Visa e Saúde e; Viva

Rio.

Restando inabilitadas as Organizações Sociais: Provita – Associação Beneficente de Assistência e Social e Saúde e Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, que nos dizeres da Comissão Especial do Chamamento Público "não atendeu o item 10.2 do edital.

É contra esta decisão que se recorre.

É a síntese do necessário.

III – DAS RAZÕES RECURSAIS

A d. Comissão considerou que a Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, ora Recorrente: "(...) não atendeu o item 10.2 do edital. Entidade apresentou Certidão negativa do Tribunal de Contas do Estado do Paraná – TCE/PR vencida, desde o mês de julho de 2023." Contudo como será a seguir demonstrado a decisão da Comissão deverá ser revisada, para considerar a Recorrente habilitada, pelas razões a seguir expostas.

De início insta frisar que o Edital de Chamamento Público nº 014/2023, por diversas vezes faz menções à Lei 8.666/93, portanto, evidente que é regido subsidiariamente por tal legislação, neste cenário vejamos o artigo 43, §3º da citada lei:

> Art.43. § 3º É facultada à Comissão ou autoridade superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originariamente da proposta.

Pois bem, a lei 8.666/93 diz que é facultado à Comissão (ou autoridade superior) a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo.

Logo, tendo em conta a literalidade do parágrafo terceiro do art. 43, a realização de diligência não é algo a que a Comissão de licitação esteja obrigada a fazer.

Porém, a melhor interpretação da lei parte, não se limite em sua acepção literal. Na verdade, a interpretação vai muito além das frases secas de seus artigos. Tanto é assim que o Tribunal de Contas da União (TCU) possui diversas decisões com o seguinte teor:

> É **irregular a inabilitação de licitante em razão de ausência de informação exigida pelo edital, quando a documentação entregue contiver de maneira implícita o elemento supostamente faltante e a Administração não realizar a diligência prevista no art. 43, § 3º, da Lei 8.666/93**, por **representar formalismo exagerado**, com prejuízo à competitividade do certame. (Acórdão 1795/2015 – Plenário). Grifei.
>
> Ao **constatar incertezas sobre o cumprimento de disposições legais ou editalícias, especialmente dúvidas que envolvam critérios e atestados que objetivam comprovar a habilitação** das empresas em disputa, **o responsável pela condução do certame deve promover diligências para aclarar os fatos e confirmar o conteúdo dos documentos que servirão** de base para a tomada de decisão da Administração (art. 43, § 3º, da Lei 8.666/1993). (Acórdão 3418/2014 – Plenário). Grifei.

Assim, segundo o TCU, não se trata de mera faculdade dada à administração pública a realização de diligências.

Portanto, a necessidade de diligências nas licitações é, sim, um DEVER.

A diligência existe para complementar e esclarecer pontos de um documento que foi apresentado regularmente, ou seja, o documento está em um dos envelopes e cumpre genericamente as exigências do edital, mas, de alguma forma, é obscuro quanto a alguma informação, ou lhe faltam elementos que permitam maior segurança da Comissão na hora do julgamento da licitação.

No caso em tela a diligência serviria para atestar uma situação preexistente, tendo em vista que a Recorrente no momento da sessão pública estava com a Certidão do TCE/PR vigente.

Não é demais lembrar que a certidão vencida e situação de regularidade da Recorrente são situações completamente distintas, podendo a certidão estar vencida na data da entrega dos envelopes e **vigente na data da abertura destes (QUE DE FATO ESTAVA)**, ainda, resta esclarecer que a certidão vencida em nada muda a situação regular da Recorrente perante o Tribunal de Contas do Estado do Paraná.



Tribunal de Contas do Estado do Paraná

Certidão Liberatória

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES - MATRIZ

CNPJ Nº 73.027.690/0001-46

FINALIDADE DA CERTIDÃO: RECEBIMENTO DE RECURSOS PÚBLICOS, MEDIANTE CONVÊNIO, TERMO DE PARCERIA, CONTRATO DE GESTÃO OU INSTRUMENTO CONGÊNERE

É CERTIFICADO, NA FORMA DO ART. 56, DA LEI COMPLEMENTAR ESTADUAL Nº 113, DE 15/12/2005, E DOS ARTS. 209 E SEGUINTES DO REGIMENTO INTERNO DO TRIBUNAL DE CONTAS, QUE O SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES - MATRIZ ESTÁ EM SITUAÇÃO REGULAR PARA RECEBIMENTO DE RECURSOS PÚBLICOS.

VALIDADE: CERTIDÃO VÁLIDA ATÉ O DIA 08/03/2024, MEDIANTE AUTENTICAÇÃO VIA INTERNET EM WWW.TCE.PR.GOV.BR

CERTIDÃO EXPEDIDA COM BASE NA INSTRUÇÃO NORMATIVA 68/2012

Código de controle 5120.ZETP.2142
Emitida em 08/01/2024 às 09:38:11

Neste ponto, cumpre ressaltar que a Representante da Recorrente estava com a certidão do TCE/PR, vigente no momento de abertura da sessão pública e que foi impedida de demonstrá-la à d. Comissão bem como negou constar em ata a informação, ou seja, a Comissão não aceitou verificar a vigência da certidão na data da sessão, como não realizou o DEVER de diligência para confirmar a informação relatada pela representante da Recorrente.

Sobre o tema a jurisprudência do Tribunal de Contas da União – TCU aponta no sentido de que é dever da comissão de licitação, e não fere os princípios da isonomia e da igualdade entre os participante, dar ao licitante a oportunidade de sanear possíveis irregularidades em suas documentos de habilitação, **atestando situação preexistente**, o que se coaduna com os princípios licitatórios da ampla concorrência e obtenção da proposta mais vantajosa para a Administração Pública e com o interesse público, conforme se vê a seguir:

> **É lícita a admissão da juntada de documentos, durante as fazes de classificação ou habilitação, que venham a atestar condição pré-existente à abertura da sessão pública do certame, sem que isso represente afronta aos princípios da isonomia e da igualdade entre as licitantes**. (grifei) Acórdão 966/2022-Plenário | Relator BENJAMIN ZYMLER
>
> É indevida a inabilitação de licitante em razão da apresentação de atestado de capacidade técnica com data posterior à da abertura do certame, uma vez que tal documento tem natureza declaratória – e não constitutiva – de uma condição preexistente. Acórdão 2627/2013-Plenário | Relator: VALMIR CAMPELO
>
> A vedação à inclusão de novo documento, prevista no art. 43, §3º, da Lei 8.666/1993 e no art. 64 da Lei 14.133/2021 (nova lei de Licitações e Contratos Administrativos), **não alcança documento destinado a atestar condição de habilitação preexistente à abertura da sessão pública,** apresentado em sede de diligência. (grifei). Acórdão 2443/2021-Plenário | Relator: AUGUSTO SHERMAN

> Na falta de documento relativo à fase de habilitação em pregão que consista em mera declaração do licitante **sobre fato preexistente** ou em simples compromisso por ele firmado, deve o pregoeiro conceder-lhe prazo razoável para o saneamento da falha, em respeito aos princípios do formalismo moderado e da razoabilidade, bem como ao art. 2º, caput, da Lei 9.784/1999. Acórdão 988/2022-Plenário | Relator: ANTONIO ANASTASIA
>
> Na hipótese de a certificação de qualidade ou laudo exigido para o fornecimento do produto estar em desconformidade com a amostra apresentada pelo licitante, **cabe ao pregoeiro diligenciar para que seja apresentado o documento correto, em vez de proceder a desclassificação da proposta,** sobretudo quando há considerável diferença de preços entre estar e a dos licitantes subsequentes. Nesse caso, não há alteração na substância da proposta, pois o novo laudo apenas atesta **condição preexistente** do produto ofertado, que já se encontrava intrínseca na amostra. (grifei). Acórdão 1445/2022-Plenário | Relator: AUGUSTO SHERMAN
>
> Sumário: Representação. Pregão. **Inclusão de certidão extraída pela internet durante a sessão pública**. **Possibilidade**. Conhecimento. Negar Provimento. Arquivamento dos autos. (grifei) Acórdão 1758/2003 – Plenário | Relator: WALTON ALENCAR RODRIGUES

Portanto, restam evidentes o dever de diligenciar da d. Comissão e o direito cerceado da Recorrente de ter apresentado ou apresentar a certidão vigente do Tribunal de Contas do Estado do Paraná – TCE/PR.

Quanto ao dever de diligenciar bastava à Comissão consultar a vigência da certidão na data da sessão pública ou posteriormente antes da lavratura da Ata que resultou na inabilitação da Recorrente para conferir a validade da certidão.

Deve ser aplicado, o formalismo moderado que se relaciona com a ponderação

entre o princípio da eficiência e o da segurança jurídica, ostentando importante função no cumprimento dos objetivos descritos no art. 3º da lei de licitações: busca da proposta mais vantajosa para a Administração, garantia da isonomia e promoção do desenvolvimento nacional sustentável.

Neste sentido é o entendimento do Tribunal de Contas da União:

> **É irregular a inabilitação de licitante em razão de ausência de informação exigida pelo edital, quando a documentação entregue contiver de maneira implícita o elemento supostamente faltante e a Administração não realizar a diligência** prevista no art. 43, § 3º, da Lei 8.666/1993, por representar formalismo exagerado, com prejuízo à competitividade do certame. (Acórdão 1795/2015 – Plenário Data da sessão 22/07/2015 Relator JOSÉ MÚCIO MONTEIRO) (grifei).
>
> **Falhas formais, sanáveis durante o processo licitatório, não devem levar à desclassificação da licitante**. No curso de procedimentos licitatórios, **a Administração Pública deve pautar-se pelo princípio do formalismo moderado, que prescreve a adoção de formas simples e suficientes para propiciar adequado grau de certeza, segurança e respeito aos direitos dos administrados, promovendo, assim, a prevalência do conteúdo sobre o formalismo extremo,** respeitadas, ainda, as praxes essenciais à proteção das prerrogativas dos administrados. (Acórdão 357/2015 – Plenário Data da sessão 04/03/2015 Relator BRUNO DANTAS) (grifei).
>
> O disposto no caput do art. 41 da Lei 8.666/1993, que proíbe a Administração de descumprir as normas e o edital, deve ser aplicado mediante a consideração dos princípios basilares que norteiam o procedimento licitatório, dentre eles o da seleção da proposta mais vantajosa. (Acórdão 3381/2013 – Plenário Data da sessão 04/12/2013 Relator VALMIR CAMPELO)

> A inabilitação de licitantes por divergência entre assinaturas na proposta e no contrato social deve ser considerada formalismo exacerbado, uma vez que é facultada à comissão, em qualquer fase do certame, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo. (Acórdão 5181/2012 - Primeira Câmara Data da sessão 28/08/2012 Relator WALTON ALENCAR RODRIGUES)

Nota-se que a prevalência do princípio do formalismo moderado não significa desmerecimento ao princípio da vinculação ao instrumento convocatório ou negativa de vigência do caput do art. 41 da lei 8.666/93. Trata-se de solução a ser tomada pelo intérprete a partir de um conflito de princípios.

Ao contrário do que ocorre com as regras/normas, os princípios não são incompatíveis entre si. Diante de um conflito de princípios (p. ex., vinculação ao instrumento convocatório x formalismo moderado), a adoção de um não provoca a aniquilação do outro. Como exemplo, esse raciocínio pode ser percebido nas seguintes decisões do Tribunal de Contas da União.

> **Rigor formal no exame das propostas dos licitantes não pode ser exagerado ou absoluto**, sob pena de desclassificação de propostas mais vantajosas, **devendo as simples omissões ou irregularidades na documentação ou na proposta, desde que irrelevantes e não causem prejuízos à Administração ou aos concorrentes, serem sanadas mediante diligências**. (Acórdão 2302/2012-Plenário) (grifei).

Nessas hipóteses, a análise deve considerar a importância de cada princípio no caso concreto, e realizar a ponderação entre eles a fim de determinar qual prevalecerá, sem perder de vista os aspectos normativos. Por esse motivo, as soluções não respeitam fórmulas prontas, podendo variar de um caso para outro.

Vale lembrar que o certame licitatório não representa um fim em si mesmo, mas um meio que busca o atendimento das necessidades públicas. Nas palavras do professor

Adilson Dallari: a **"licitação não é um concurso de destreza, destinado a selecionar o melhor cumpridor de edital"**.

As fases de habilitação e proposta não pode ser interpretada de forma absoluta ou com excesso de formalismo capaz de malferir a própria finalidade do procedimento licitatório, restringindo a competitividade e contrariando o disposto no art. 37, inc. XXI, da Constituição da República, que veda as exigências irrelevantes e impertinentes à garantia do cumprimento das obrigações.

É preciso buscar a finalidade da licitação, privilegiar a praticidade e a celeridade dos certames, evitando o apego a formalismos desarrazoados que prejudiquem esse desiderato. Assim é que deve ser avaliada a possibilidade de as certidões faltantes serem obtidas mediante diligência na internet durante a análise respectiva. Nesses casos, se a consulta indicar a regularidade do licitante naquele momento, a habilitação se impõe, **considerando que esta é a finalidade dessa fase, garantir a regularidade de documentação**.

O fundamento para tanto decorre do reconhecimento de que a omissão na documentação constitui falha meramente formal, passível de ser saneada mediante consulta a sítio oficial na internet. Se é possível atingir a finalidade de conferir a regularidade do licitante, sem prejuízos à Administração ou aos demais participantes, mediante a verificação on-line, não há por que não o fazer. Tal medida vai ao encontro dos princípios da verdade material, da competitividade e do formalismo moderado

Desta forma, cumpre reforçar que a Representante Legal da Recorrente estava com a Certidão do TCE/PR vigente na data de abertura do envelope 1, portanto, a d. comissão bastava verificar a vigência, sequer teria o trabalho de verificar via portal eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

Portanto, a ausência do dever de diligência da d. Comissão ocasionou em uma decisão carreada de excesso de formalismo, demonstrando-se desarrazoada, devendo, salvo melhor juízo, ser revista de ofício.

IV. DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer seja recebido o presente recurso pois tempestivo e no mérito:

a) Declarar de ofício a Recorrente habilitada pois na data da sessão a Certidão do Tribunal de Contas do Estado do Paraná estava vigente;

b) Caso não seja este o entendimento, pugna-se, pelo Dever de diligenciar com objetivo de verificar a vigência da referida certidão.

Termos em que,

Pede deferimento.

São Paulo, 24 de janeiro de 2024

ANIS GHATTAS MITRI FILHO:33069334814

Assinado de forma digital por ANIS GHATTAS MITRI FILHO:33069334814

Santa Casa de Misericórdia de Chavantes
Anis Ghattás Mitri Filho
Presidente

002064

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <controladoria@ahbb.org.br>
Data 30/01/2024 17:22



Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <acpinotti@gmail.com>
Data 30/01/2024 17:20

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

002067

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contabilidade@vivario.org.br>
Data 30/01/2024 17:20

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

002068



Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <protocolo@ideas.med.br>
Data 30/01/2024 17:19

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

002069

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <juridico@provitta.org.br>
Data 30/01/2024 17:19

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contato@vidaforte.org.br>
Data 30/01/2024 17:18

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <assessoriajuridica@invisa.org.br>
Data 30/01/2024 17:18

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contato@santacasachavantes.org>
Data 30/01/2024 17:17

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão



Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contato@institutohumaniza.com.br>
Data 30/01/2024 17:17

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

002074

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <jaopinotti@gmail.com>
Data 30/01/2024 17:16

Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Publicação de Recurso Administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <jpinotti@ahbb.org.br>
Data 30/01/2024 17:15



Prezados,

Gostaríamos de informar que, em 29 de janeiro de 2024, foi publicado um Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes. Informamos também que o período para apresentação de contrarrazões estará aberto pelo prazo de cinco dias, encerrando-se em 2 de fevereiro de 2024.

Publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré: https://www.tamandare.pr.gov.br/ ou acesso direto através do link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude

Após o término deste prazo, nossa comissão procederá com a análise detalhada do recurso e, em seguida, publicará um parecer a respeito.

Agradecemos desde já a sua atenção a este assunto.

Atenciosamente,

A Comissão

Parecer Jurídico

Autos de Processo Administrativo nº **0018.000166795/2023**
Assunto: **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023.**
Origem: **Secretaria Municipal de Saúde**

I. RELATÓRIO

1. A Comissão Especial de Chamamento Público designada pela Portaria nº 048/2023 formulou a esta Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos consulta sobre Recurso Administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, a qual foi inabilitada neste procedimento.

2. Da decisão da comissão extrai-se que a Recorrida foi inabilitada porque "não atendeu o item 10.2 do edital. Entidade apresentou Certidão Negativa do Tribunal de Contas do Estado do Paraná – TCE/PR vencida, desde o mês de julho de 2023".

3. Insurge-se a Recorrente afirmando que hodiernamente possui a certidão que estaria válida até março de 2024; que, por ser aplicável a Lei Federal 8.666/93, deveria a comissão estar atenta ao que dispõe o §3º, do art. 43, onde é possível realizar diligências no procedimento licitatório; que esta diligência seria um dever; e que seria um rigor excessivo não aceitar a certidão vencida, já que, supostamente, no dia da abertura dos envelopes uma representante da OS estaria com a certidão válida, sendo a sua juntada imprescindível.

4. É o relatório.

II. ANÁLISE JURÍDICA

5. O recurso não merece provimento.

6. **PRIMEIRO**, do que se vê do processo é que no dia 22 de dezembro de 2023 a Recorrente apresentou seu envelope de habilitação com a certidão liberatória do Tribunal de Contas do Estado do Paraná (fls. 1799) vencida desde **a data de 09 de julho de 2023**.

7. Ou seja, quando do protocolo dos documentos imprescindíveis para verificar a condição de habilitação da Recorrente, a

certidão, de complexidade e importância para a contratualização, já se **encontrava vencida há CINCO MESES**.

8. Neste escopo e caminhando por um SEGUNDO ponto, não há que se falar em aplicação do §3º, do art. 43, da Lei 8.666/93, que assim dispõe:

> § 3º É facultada à Comissão ou autoridade superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originariamente da proposta.

9. Para além de discordar veementemente da Recorrente de que esta faculdade explícita seria um "dever", tem-se que referida disposição legal tem aplicação quando **há dúvida** em documento apresentado pela licitante, do qual seja necessário criterioso esclarecimento.

10. Não é o caso.

11. A Recorrente apresentou a certidão e sobre ela não há qualquer dúvida ou informação desviada da qual a Comissão deveria promover diligência para eventual esclarecimento.

12. **A Certidão é clara ao dispor que o seu vencimento ocorreu em 09 de julho de 2023, portanto vencida há CINCO MESES!**

13. A própria jurisprudência apresentada pela Recorrente caminha neste sentido, onde "o responsável pela condução do certame deve promover diligências para aclarar os fatos e confirmar o conteúdo dos documentos".

14. Qual documento precisava de confirmação de conteúdo? Qual fato precisava ser aclarado? Absolutamente nenhum. A observância de certidão é de critério objetivo, onde se verifica, tão somente, se ela encontra-se válida ou não. No caso da Recorrente, por certo, a certidão encontrava-se vencida.

15. Enveredando por um **TERCEIRO**, também não se mostra razoável o argumento da Recorrente que a Comissão agiu com formalismo excessivo.

16. É de conhecimento desta Assessoria diversas decisões que compreendem que certidões vencidas em prazo curto entre o vencimento e a abertura dos envelopes não ensejaria, em regra, a inabilitação do licitante.

17. Contudo, trata-se de chamamento público de grande vulto, de serviço especializado, com diversos participantes que lograram êxito em cumprir o edital.

18. Para além disso, não há rigor excessivo pois, como dito, a certidão apresentada pela Recorrente estava vencida há CINCO MESES.

19. Não obstante, em recente decisão, o magistrado da 1ª Vara da Fazenda Pública de Almirante Tamandaré (autos 0018706-35.2023.8.16.0024), assim decidiu a respeito de certidão vencida e o suposto excesso de rigorismo pela Comissão:

> No caso em voga, não resta devidamente demonstrado o direito líquido e certo postulado, notadamente porque, dentre outros princípios de igual relevância, **as licitações são regidas pelo princípio da vinculação ao edital (art. 5º, Lei nº. 14.133/21), segundo o qual, os participantes devem se submeter estritamente às regras veiculadas por meio do instrumento convocatório**.
>
> Da análise do edital acostado no mov. 1.15, resta clara a exigência de apresentação de certidão negativa de débito com a Fazenda Municipal para habilitação da concorrente no pregão (item 8.1.3, "d").
>
> Todavia, a Certidão Negativa apresentada pela Impetrante, emitida em 29.5.2023, contava com validade de 180 dias a partir da data de sua emissão (mov. 1.24).
>
> Sendo certo que 180 dias não se confundem com 6 meses (art. 132, CC), **a certidão expirou em 25.11.2023, estando, portanto, vencida no momento do pregão, marcado para 28.11.2023**.
>
> [...]
>
> Frise-se, ainda, que a norma-regra que estabelece a validade da certidão negativa de débitos não se confunde com norma-princípio, não admitindo ponderação na forma pretendida.
>
> Destarte, porque a decisão impugnada atende aos estritos parâmetros da legalidade e da vinculação ao instrumento convocatório, o pedido liminar não comporta deferimento.

20. Em caso análogo, decidiu o e. TJ/PR:

> APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO. MANDADO DE SEGURANÇA. PROCEDIMENTO LICITATÓRIO. NÃO APRESENTAÇÃO DE CERTIDÃO NEGATIVA DE TRIBUTOS FEDERAIS NO TEMPO EXIGIDO EM EDITAL. DILAÇÃO DE PRAZO OFERTADO PELA ADMINISTRAÇÃO. DESCUMPRIMENTO.
>
> SENTENÇA DE CONCESSÃO DA SEGURANÇA QUE DECLAROU A APTIDÃO DA IMPRETANTE – REFORMA. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE, DA VINCULAÇÃO AO INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO E DA ISONOMIA. DESCLASSIFICAÇÃO QUE NÃO SE MOSTRA ILEGAL E DESARRAZOADA. SENTENÇA REFORMADA INTEGRALMENTE. INVERSÃO DOS ÔNUS SUCUMBENCIAIS. RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E PROVIDO. REEXAME NECESSÁRIO PREJUDICADO. (TJPR - 5ª Câmara Cível - 0000834-78.2016.8.16.0112 – Marechal Cândido Rondon - Rel.: DESEMBARGADOR LUIZ MATEUS DE LIMA - J. 15.05.2018)

21. Finalmente, o frágil argumento de que uma representante da Recorrente estava presente na sessão de abertura com a certidão correta, somente demonstra que a Recorrente agiu de forma equivocada e, ciente da sua inabilitação, tentou por meio não permitido em lei fazer a juntada de documento.

22. Destarte, o invocado §3º, do art. 43, veda, expressamente, a juntada de documento que deveria ter constado originalmente dos envelopes apresentados pela Recorrente.

23. É assim que não haveria, sequer, como a Comissão recepcionar eventual documento que fosse trazido por quem fosse, inclusive a maléfica TROCA de certidões pretendida pela Recorrente, o que, inclusive, configuraria meio ardil e ilegal em meio ao procedimento levado a efeito pelo Município.

24. Frise-se, ainda, que não há qualquer prova da respectiva presença, rebatendo-se o fato da forma como contado pela Recorrente, como meio de efetivo debate da matéria.

III. CONCLUSÃO

25. Por todo exposto, adstrito a consulta formulada, esta Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos opina pelo DESPROVIMENTO do Recurso apresentado pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, mantendo-se a sua inabilitação.

26. Com estas considerações, encaminhem-se os autos à Secretaria Municipal de Saúde para às providências que se fizerem necessárias.

27. É o parecer, salvo melhor entendimento.

Almirante Tamandaré, 30 de janeiro de 2024.

PEDRO HENRIQUE VAL FEITOSA
Secretário Municipal de Assuntos Jurídicos
OAB nº 61.284, Paraná

Almirante Tamandaré
Prefeitura da Cidade
Secretaria Municipal de Saúde

ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO

Chamamento Público 014/2023

Objeto: Identificar Organizações Sociais, devidamente qualificadas pelo Município de Almirante Tamandaré-PR, como comprovada experiência na área da saúde, interessadas em celebrar contrato de gestão, pelo período de 12 (doze) meses, visando à gestão da unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

Protocolo: 0018.000166795/2023

Em data de 05 de fevereiro do ano de 2023, na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde, reuniram-se os Membros da Comissão conforme portaria 048/2023 para análise do recurso administrativo oferecido tempestivamente pela licitante acima identificado. Após ampla análise chegou-se a seguinte decisão acerca do recurso administrativo apresentado pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes **TEMPESTIVAMENTE**.

Com consonância com a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos confirmou-se que a entidade submeteu uma Certidão Negativa do Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE/PR), ***já vencida***, a qual atestaria a ausência de pendências ou contas com julgamento irregular definitivo. (Item 10.2, letra h do edital).

Com base na legislação vigente e jurisprudência aplicável, optou-se pela manutenção da inabilitação da entidade no processo do Chamamento Público Nº 014/2023.

Esta decisão enfatiza nosso compromisso com o rigoroso cumprimento dos requisitos estabelecidos no edital, assegurando a equidade entre todos os participantes.

Informamos também que a abertura do envelope 2 fica desde já agendada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00, na Sala de Reuniões da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré/PR, localizada na Av.

Emílio Johnson nº 360, Centro, Almirante Tamandaré/PR, CEP: 83501-000.

Agradecemos a compreensão e a atenção de todos, reiterando nosso compromisso com a transparência e integridade do processo.

Almirante Tamandaré, em 05 de fevereiro de 2024.

Marcelo Czaikowski

Fernanda Ângela Gabardo

Mario Roberto Gurgel Knopki

002080

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA
ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO - CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023

ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO

Chamamento Público 014/2023

Objeto: Identificar Organizações Sociais, devidamente qualificadas pelo Município de Almirante Tamandaré-PR, como comprovada experiência na área da saúde, interessadas em celebrar contrato de gestão, pelo período de 12 (doze) meses, visando à gestão da unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

Protocolo: 0018.000166795/2023

Em data de 05 de fevereiro do ano de 2023, na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde, reuniram-se os Membros da Comissão conforme portaria 048/2023 para análise do recurso administrativo oferecido tempestivamente pela licitante acima identificado. Após ampla análise chegou-se a seguinte decisão acerca do recurso administrativo apresentado pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes **TEMPESTIVAMENTE**.

Com consonância com a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos confirmou-se que a entidade submeteu uma Certidão Negativa do Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE/PR), ***já vencida***, a qual atestaria a ausência de pendências ou contas com julgamento irregular definitivo. (Item 10.2, letra h do edital).

Com base na legislação vigente e jurisprudência aplicável, optou-se pela manutenção da inabilitação da entidade no processo do Chamamento Público Nº 014/2023.

Esta decisão enfatiza nosso compromisso com o rigoroso cumprimento dos requisitos estabelecidos no edital, assegurando a equidade entre todos os participantes.

Informamos também que a abertura do envelope 2 fica desde já agendada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00, na Sala de Reuniões da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré/PR, localizada na Av. Emílio Johnson nº 360, Centro, Almirante Tamandaré/PR, CEP: 83501-000.

Agradecemos a compreensão e a atenção de todos, reiterando nosso compromisso com a transparência e integridade do processo.

Almirante Tamandaré, em 05 de fevereiro de 2024.

MARCELO CZAIKOWSKI

FERNANDA ÂNGELA GABARDO

MARIO ROBERTO GURGEL KNOPKI

Publicado por:
Larissa Lima da Cunha
Código Identificador:9D0791F4

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 07/02/2024. Edição 2956
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita

informando o código identificador no site:
https://www.diariomunicipal.com.br/amp/

002081

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <jaopinotti@gmail.com>
Data 06/02/2024 09:50

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

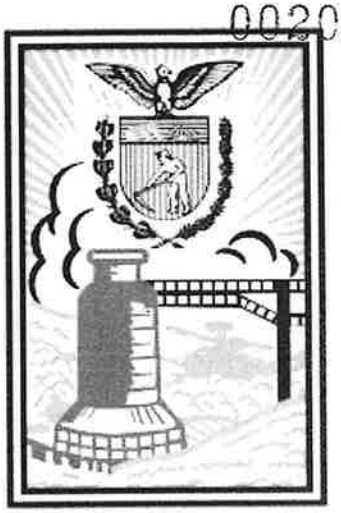
Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002082



Assunto **decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <jpinotti@ahbb.org.br>
Data 06/02/2024 09:48

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contato@institutohumaniza.com.br>
Data 06/02/2024 09:51



- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002084

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contato@santacasachavantes.org>
Data 06/02/2024 09:52

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002085

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <assessoriajuridica@invisa.org.br>
Data 06/02/2024 09:53

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

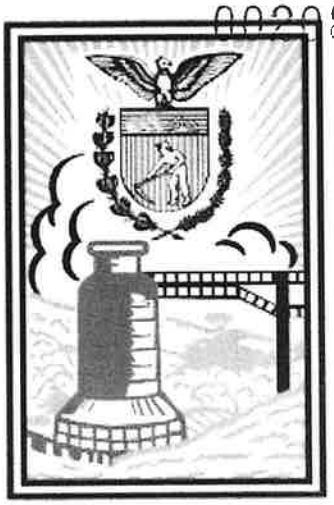
Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002086



Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contato@vidaforte.org.br>
Data 06/02/2024 09:55

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002087

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <juridico@provitta.org.br>
Data 06/02/2024 09:56

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002238

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <protocolo@ideas.med.br>
Data 06/02/2024 09:57

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002089

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contabilidade@vivario.org.br>
Data 06/02/2024 09:58

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002090

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <acpinotti@gmail.com>
Data 06/02/2024 10:00

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

002091

Assunto **Decisão referente ao recurso administrativo interposto**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <controladoria@ahbb.org.br>
Data 06/02/2024 10:00

- ATA DE ANÁLISE DE RECURSO ADMINISTRATIVO 05.02.2024.pdf(~1.6 MB)

Prezados(as) Senhores(as),

Por meio deste, comunicamos a decisão referente ao recurso administrativo interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, no contexto do Chamamento Público Nº 014/2023. Encaminhamos em anexo o comunicado oficial detalhando a análise realizada pela Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e as diretrizes para os próximos passos do processo.

Salientamos que o comunicado também foi publicado no portal da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré-PR, acessível pelo seguinte link: https://www.tamandare.pr.gov.br/noticias/geral/edital-0142023-chamamento-publico-os-saude.

Pedimos que leiam o comunicado anexo para maiores informações e destacamos a importância da participação dos interessados na abertura do envelope 2, programada para o dia 09 de fevereiro de 2024, às 09h00.

Agradecemos a atenção de todos e permanecemos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Almirante Tamandaré
Prefeitura da Cidade
Secretaria Municipal de Saúde

ERRATA

ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO

Chamamento Público 014/2023

Onde se lê:

Em data de 05 de fevereiro do ano de 2023, na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde, reuniram-se os Membros da Comissão conforme portaria 048/2023 para análise do recurso administrativo oferecido tempestivamente pela licitante acima identificado. Após ampla análise chegou-se a seguinte decisão acerca do recurso administrativo apresentado pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes **TEMPESTIVAMENTE**.

Leia-se:

Em data de 05 de fevereiro do ano de 2024, na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde, reuniram-se os Membros da Comissão conforme portaria 048/2023 para análise do recurso administrativo oferecido tempestivamente pela licitante acima identificado. Após ampla análise chegou-se a seguinte decisão acerca do recurso administrativo apresentado pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes **TEMPESTIVAMENTE**.

Almirante Tamandaré, em 07 de fevereiro de 2024.

Marcelo Czaikowski

Fernanda Ângela Gabardo

Mario Roberto Gurgel Knopki

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA
ERRATA ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO

Chamamento Público 014/2023

Onde se lê:

Em data de 05 de fevereiro do ano de 2023, na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde, reuniram-se os Membros da Comissão conforme portaria 048/2023 para análise do recurso administrativo oferecido tempestivamente pela licitante acima identificado. Após ampla análise chegou-se a seguinte decisão acerca do recurso administrativo apresentado pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes **TEMPESTIVAMENTE**.

Leia-se:

Em data de 05 de fevereiro do ano de 2024, na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde, reuniram-se os Membros da Comissão conforme portaria 048/2023 para análise do recurso administrativo oferecido tempestivamente pela licitante acima identificado. Após ampla análise chegou-se a seguinte decisão acerca do recurso administrativo apresentado pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes **TEMPESTIVAMENTE**.

Almirante Tamandaré, em 07 de fevereiro de 2024.

MARCELO CZAIKOWSKI

FERNANDA ÂNGELA GABARDO

MARIO ROBERTO GURGEL KNOPKI

Publicado por:
Larissa Lima da Cunha
Código Identificador:EF306803

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 08/02/2024. Edição 2957
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
https://www.diariomunicipal.com.br/amp/

002094

Assunto **Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <jpinotti@ahbb.org.br>
Data 07/02/2024 16:53

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

002095



Assunto **Assunto: Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <jaopinotti@gmail.com>

Data 07/02/2024 16:54

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Assunto: Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**

De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>

Para <contato@institutohumaniza.com.br>

Data 07/02/2024 16:54

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

002097



Assunto **Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contato@santacasachavantes.org>
Data 07/02/2024 16:56

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

002098



Assunto **Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <assessoriajuridica@invisa.org.br>
Data 07/02/2024 16:56

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <contato@vidaforte.org.br>
Data 07/02/2024 16:57

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

002100

Assunto **Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <juridico@provitta.org.br>
Data 07/02/2024 16:59

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <protocolo@ideas.med.br>
Data 07/02/2024 17:00

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<contabilidade@vivario.org.br>
Data	07/02/2024 17:01

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto **Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <acpinotti@gmail.com>
Data 07/02/2024 17:02

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

002104

Assunto **Errata - Comunicado Chamamento Público Nº 014/2023**
De <chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para <controladoria@ahbb.org.br>
Data 07/02/2024 17:02

- Errata - ATA ANÁLISE RECURSO ADMINISTRATIVO.pdf(~191 KB)

Prezados(as) Senhores(as),

Desejamos informar uma correção referente ao comunicado anteriormente enviado sobre o Chamamento Público Nº 014/2023, conforme detalhado no documento em anexo. Pedimos desculpas por qualquer inconveniente que esta informação incorreta possa ter causado e agradecemos a compreensão de todos.

Para mais informações, permanecemos à disposição.

Atenciosamente,

A Comissão

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DA COMISSÃO ESPECIAL DE LICITAÇÃO PARA ABERTURA DA DOCUMENTAÇÃO DO ENVELOPE 2 DE PROJETOS E PROPOSTAS FINANCEIRA REFERENTE AO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023.

Aos noves dias do mês de fevereiro de 2024 às 09h00min, reuniram-se, na sala de reunião da Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré, os Membros da Comissão Especial para seleção de organização social (OS), designada pela Portaria n° 048 de 26 de janeiro de 2023, composta por Marcelo Czaikowski como Presidente, Fernanda Ângela Gabardo e o Mario Roberto Gurgel Knopki como Membro, a Sandra Gonçalves e o Antônio Jose Pedroso de Morais , representantes do Conselho Municipal de Saúde, para **RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO DE PROJETOS E PROPOSTAS FINANCEIRAS**, referente ao **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023,** que tem por objeto a: "Identificar Organizações Sociais, devidamente qualificadas pelo Município de Almirante Tamandaré-PR, como comprovada experiência na área da saúde, interessadas em celebrar Contrato de Gestão, pelo período de 12 (doze) meses, com o Município de Almirante Tamandaré-PR, visando à gestão da Unidade de Pronto Atendimento 24h, o procedimento de seleção segue as diretrizes da Lei Federal nº 9.637/98 e suas alterações e pela Lei municipal nº 2.267/2021 e seu regulamento, o Decreto Municipal 068/2022, bem como as demais normas pertinentes do objeto e regulamentações posteriores e demais condições do Termo de Referência, bem como, o controle vinculado a Lei de Licitações nº 8.666/93", em conformidade com o Edital e seus Anexos.

Constatou-se que estavam presentes nesta sessão os licitantes:

LICITANTE	REPRESENTANTE/CPF
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL – CNPJ: 45.349.461/0001-02	Paula de Pinho Oliveira - CPF: 074.772.169-66
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE – IDEAS – CNPJ: 24.006.302/0004-88	Stela Stefany Rodrigues do Santos – CPF: 090.272.689-75
INSTITUTO HUMANIZA – CNPJ: 27.450.038/0001-12	Ricardo Cezareti Barbieri Monteiro de Barros – CPF: 360.032.358-02
INSTITUTO VIDA E SAÚDE – CNPJ: 05.997.585/0001-80	Rodrigo Lopes Silva – CPF: 038.235.776-33
VIVA RIO – CNPJ: 00.343.941/0001-28	Pablo Siqueira do Santos Souza – CPF: 085.121.237-96

E ainda, representando o Ministério Público do Paraná:

REPRESENTANTE/CPF
Laila Dos Santos de Freitas Cadamuro – CPF: 056.817.729-00
João Luiz Leal de Franca – CPF: 059.279.729-50

Iniciado os trabalhos, foram disponibilizados os envelopes aos licitantes presentes a fim de averiguar a integridade dos mesmos. Em ato contínuo foram abertos os envelopes contendo os projetos e as propostas financeiras (envelope 2). Em seguida passou-se para rubrica dos presentes.

Foi perguntado aos presentes se há intenção de consignação em ata.

O representante da licitante Instituto Humaniza deixa consignado em Ata que:

1. Verificou que alguns documentos foram autenticados pelo Cartório Azevedo e Bastos, cujo o Cartório encontra-se em intervenção, não sendo possível verificar autenticidade dos documentos.

O presidente informa que a sessão será suspensa para análise da documentação (projetos e proposta financeira) e posteriormente divulgará o resultado, bem como, disponibilizará os arquivos contendo a documentação de todos os licitantes. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a sessão, da qual se lavrou a presente Ata, que vai assinada pelos Membros da Comissão Especial de Licitação e demais presentes.

MARCELO CZAIKOWSKI
Presidente

FERNANDA ÂNGELA GABARDO
Membro

MARIO ROBERTO GURGEL KNOPKI
Membro

ANTÔNIO JOSÉ PREDOSO DE MORAIS
Conselho de Saúde

SANDRA GONÇALVES
Conselho de Saúde

PELOS PRESENTES

NOME	ASSINATURA
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE	
INSTITUTO HUMANIZA	
INSTITUTO VIDA E SAÚDE	
VIVA RIO	
LAILA DOS SANTOS DE FREITAS CADAMURO – MPPR	
JOÃO LUIZ LEAL DE FRANCA – MPPR	

Assunto	**licitacoes@tamandare.pr.gov.br**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<controladoria@ahbb.org.br>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:54



- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**ATA de Sessão Pública - Abertura do Envelope 2 do Chamamento Público no 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<acpinotti@gmail.com>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:53



- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**ATA de Sessão Pública - Abertura do Envelope 2 do Chamamento Público no 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<contabilidade@vivario.org.br>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:51

- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**ATA de Sessão Pública - Abertura do Envelope 2 do Chamamento Público no 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<protocolo@ideas.med.br>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:50



- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**ATA de Sessão Pública - Abertura do Envelope 2 do Chamamento Público no 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<contato@vidaforte.org.br>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:49

- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**ATA de Sessão Pública - Abertura do Envelope 2 do Chamamento Público no 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<assessoriajuridica@invisa.org.br>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:48

- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**ATA de Sessão Pública - Abertura do Envelope 2 do Chamamento Público no 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<contato@institutohumaniza.com.br>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:47

- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**ATA de Sessão Pública - Abertura do Envelope 2 do Chamamento Público no 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<jaopinotti@gmail.com>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:46

- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

Assunto	**ATA de Sessão Pública - Abertura do Envelope 2 do Chamamento Público no 014/2023**
De	<chamamento.saude@tamandare.pr.gov.br>
Para	<jpinotti@ahbb.org.br>
Cópia Oculta (Cco)	<licitacoes@tamandare.pr.gov.br>
Data	09/02/2024 17:45

- ATA DE REUNIÃO - ENVELOPE 2 09.02.2024.pdf(~591 KB)

Prezados

Gostaríamos de informá-lo(a) sobre a realização da sessão pública para a abertura do envelope 2, referente ao Chamamento Público Nº 014/2023, ocorrida em 09 de fevereiro de 2024. Em anexo, você encontrará a ATA da sessão, que detalha os procedimentos realizados, as entidades participantes e uma observação relevante levantada durante a sessão.

Caso haja quaisquer dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição para atendê-los.

Atenciosamente,

A Comissão

CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

ENVELOPE II

PLANO DE TRABALHO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS
CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023
ALMIRANTE TAMANDARÉ/PR

GARÇA – SP

DEZEMBRO – 2023

Almirante Tamandaré
PREFEITURA DA CIDADE

AHBB | REDE SANTA CASA

Sumário

1. INTRODUÇÃO 1
3. CONHECIMENTO DO OBJETO 14
4. Caracterização do Projeto 18
5. Proposta de Cadeia de Valor para Operacionalização e Execução das Ações de Saúde 25
6. Componentes Estruturadores da Qualidade Assistencial 27
6.3 Comissões Técnicas 27
6.4 Comissão Interna De Prevenção De Acidentes – CIPA 32
6.5 Comissão De Controle De Infecção (CCIH) 41
6.6 Comissão De Ética De Enfermagem - CEF 51
6.7 Comissão De Revisão De Óbito - CRO 59
6.8 Comissão De Ética Médica - CEM 66
6.9 Comissão De Revisão De Prontuários - CRP 75
7. Anexos – Comissões 81
8. Proposta de melhoria continua dos processos de cuidado que envolvem as comissões hospitalares 86
8.1 Monitoramento e avaliação das prioridades 86
8.2 Monitoramento dos Indicadores de Qualidade 90
9. Gerenciamento De Riscos 95
10. Serviço de prontuário do Paciente (SPP) 97
11. Arquivo de prontuário de paciente 100
12. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente 113
12.3 Núcleo De Segurança Do Paciente (NSP) 116
13. Gestão da Assistência 123
13.5 Ações para a Gestão da assistência 124
14. QUALIDADE DE GESTÃO 132
14.3 Ações para Gestão de Atenção à Saúde 132
15. Segurança do Paciente 152
16. Gestão de serviços 153
17 Programa de Desenvolvimento de competências de liderança em coaching 165
18 Mecanismos de controles interno e o alcance das metas estabelecidas 180
19 Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU 181
19.3 Proposta de Regimento do Serviço de Atendimento ao Usuário 188
19.4 Pesquisa de Satisfação do Usuário 192
20 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO 204
20.1 Plataforma Relacional de Dados 204
20.2 Sistema de gestão em saúde 206
20.3 Sistemas de informação nos serviços contratados 206
20.4 Conversão e migração da base de dados/documentação e regras de confidencialidade 208
20.6 Repositório e Gerenciador de documentos 212
20.7 Implantação de Impressoras Especiais Para Confecção de Pulseiras Padronizadas de Identificação do Paciente 214
21 GESTÃO DE MATERIAIS 219
21.1 Manual de rotinas para administração financeira gestão financeira 219
21.2 Manual de rotinas administrativas para gerência de patrimônio 224
21.3 Manual de rotinas para gerência de almoxarifado 227
21.4 Engenharia Clínica 244

INSTITUIÇÃO MEMBRO

22 Serviço de Manutenção 270
23 Transporte de material biológico 272
25 Procedimento de Compras ..... Erro! Indicador não definido.
26 Áreas da Coordenação Administrativa ..... Erro! Indicador não definido.
29 Comissão De Homologação De Fornecedores 329
30 Comissão De Conformidade, Controle Interno E Gestão De Riscos 330
31 Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde 336
32 Comissão De Farmácia Terapêutica - CFT 341
33 Assistência Farmacêutica 349
34 RELAÇÕES INSTITUCIONAIS 355
34.1 Modelo Relacional entre AHBB|Rede Santa Casa e Equipe Técnica e Gestores da SMS 355
35 Articulações com a Rede de Serviços 357
36 Convênios de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para Desenvolvimento de Estágios Curriculares 361
37 Parcerias com Instituições para Desenvolvimento de Projetos de Pesquisa na Área da Saúde Pública: 363
38 GESTÃO DE PESSOAS 364
38.1 Núcleo de Educação Permanente em Saúde 364
38.2 Proposta de Gestão de Educação Permanente Multidisciplinar 365
38.3 Descrição das Competências 372
39 Política de recursos humanos 378
39.1 Política para Recrutamento e Seleção de Pessoal e Integração de Novos Colaboradores 379
40 Projeto de desenvolvimento humano com pesquisa de clima organizacional 408
41 PROCESSOS DE QUALIDADE 411
41.1 Acreditação 411
41.1 Política de Humanização 415
41.2 Monitoramento e Avaliação 429
41.3 Comissão De Humanização 431
41.4 Manual para atuação em protocolos assistenciais 487
41.5 Protocolos assistenciais 490
43. OBJETIVOS, METAS E RESULTADOS ESPERADOS 558
45.1 INDICADORES 560
45.2 Indicadores do Contrato 560
45.3 Monitoramento de Indicadores Contratuais 560
45.4 Indicadores de Gestão 560
46. Gerenciamento De Riscos 563
45. Conclusão 567

1. INTRODUÇÃO

A ***AHBB/Rede Santa Casa***, submete a Comissão Especial de Seleção do **Município de Almirante Tamandaré/PR**, por intermédio da **Secretaria Municipal Saúde** os documentos que se referem ao Plano de Trabalho.

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

Pronto Atendimento 24 horas – Rua Lourenço Ângelo Buzato, 592, Centro – Almirante Tamandaré-PR;

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

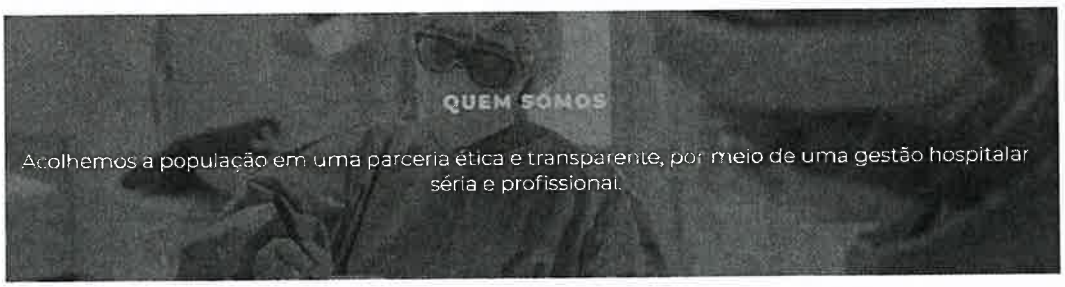
Com satisfação, encaminhamos a respeitosa Comissão Especial de Seleção, para análise dos envelopes contendo:

Programa de Trabalho

- Proposta Técnica
- Proposta Financeira

Nos colocamos a inteira disposição para esclarecimentos.

2. AHBB|REDE SANTA CASA





ONDE ESTAMOS

A AHBB | Rede Santa Casa acredita acolhimento aliado a profissionalismo e transparência constroem uma gestão eficaz. Conheça abaixo nossos projetos:











Cidade: Mirandópolis - SP
UTI covid-19 - Hospital Estadual de Mirandópolis "Dr. Osvaldo Brandi Faria"



Cidade: Promissão - SP
UTI Adulto - Hospital Geral de Promissão "Prefeito Miguel Martin Gualda"



Cidade: Promissão - SP
UTI covid-19 - Hospital Geral de Promissão "Prefeito Miguel Martin Gualda"



Cidade: Paranaíba - MS
Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba



Cidade: São Paulo - SP
Pronto-Socorro - Hospital Geral de Vila Penteado "José Pangella"



Cidade: São Paulo - SP
UTI covid-19 - Hospital Geral de Vila Penteado "José Pangella"



Cidade: São Paulo - SP
Hospital Geral de Taipas "Kátia de Souza Rodrigues"



Cidade: São Paulo - SP
Hospital Maternidade "Leonor Mendes De Barros"



Cidade: Caieiras - SP
Hospital Maternidade Estadual de Caieiras (Serviço de G.O. do Complexo Hospitalar do Juquery)



Cidade: Franco da Rocha - SP
Complexo Hospitalar do Juquery



Cidade: Paranaíba - MS
Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba



Cidade: São Paulo - SP
Unidade de Apoio Hospitalar "Hospital São José" (Complexo Hospitalar de Vila Nova Cachoeirinha)



Cidade: Ferraz de Vasconcelos - SP
UTI Neonatal - Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos "Doutor Osíris Florindo Coelho"



Cidade: Ferraz de Vasconcelos - SP
Pronto-Socorro - Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos "Doutor Osíris Florindo Coelho"



Cidade: Mogi das Cruzes - SP
UTI e Enfermaria covid-19 (nº 0049/2021) - Centro Especializado em Reabilitação "Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti"



Cidade: Mogi das Cruzes - SP
UTI e Enfermaria covid-19 (nº 0068/2021) - Centro Especializado em Reabilitação "Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti "Mogi das Cruzes - SP



Cidade: São Paulo - SP
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros



Cidade: Caieiras - SP
Hospital Maternidade de Caieiras



Cidade: Brasília - DF
Hospital de Campanha do Estádio Mané Garrincha



Cidade São Paulo - SP
UTI Adulto - Conjunto Hospitalar do Mandaqui

2.1 Informações Cadastrais

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
CNPJ: 45.349.461/0001-02			
Atividade Econômica Principal: Atividades de atendimento em pronto-socorro hospitalar, e unidades hospitalares para atendimento às urgências.			
Endereço: Rua Dr Orlando T Santos, 50, Willians			
Cidade: Garça			**UF:** SP
CEP: 17.402-064	**DDD/Telefone** (16) 3374-8438		
E-mail CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR			
Banco BANCO DO BRASIL	**Agência** 6790-3	**Conta Corrente:** 211-9	**Praça de Pagamento (*)** Bilac/SP

(*) – será indicado conta específica para os repasses do convênio.

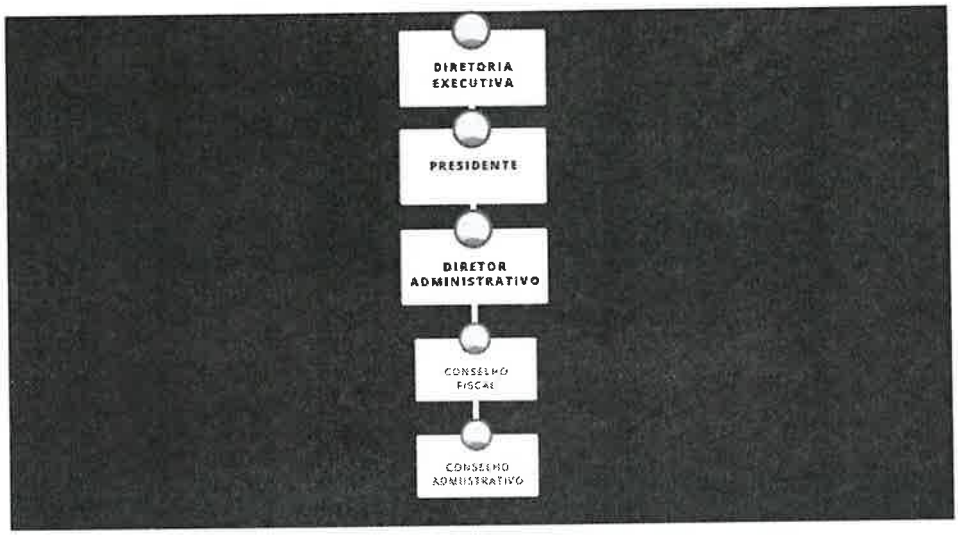
2.2 Responsáveis

Responsável pela Instituição: João Pedro Monteiro Pinotti Affonso		
CPF: 362.328.398-387	**RG:** 42.818.243-4	**Órgão Expedidor:** SSP/SP
Cargo: Presidente	**Função:** Presidente	
Endereço: Av. Alameda dos Pessegueiros,121.		
Cidade: São Carlos		**UF:** SP
CEP: 13.561-385	**Telefone:** (14)99655-3875	

2.3 Organograma Estatutário

AHBB | REDE SANTA CASA

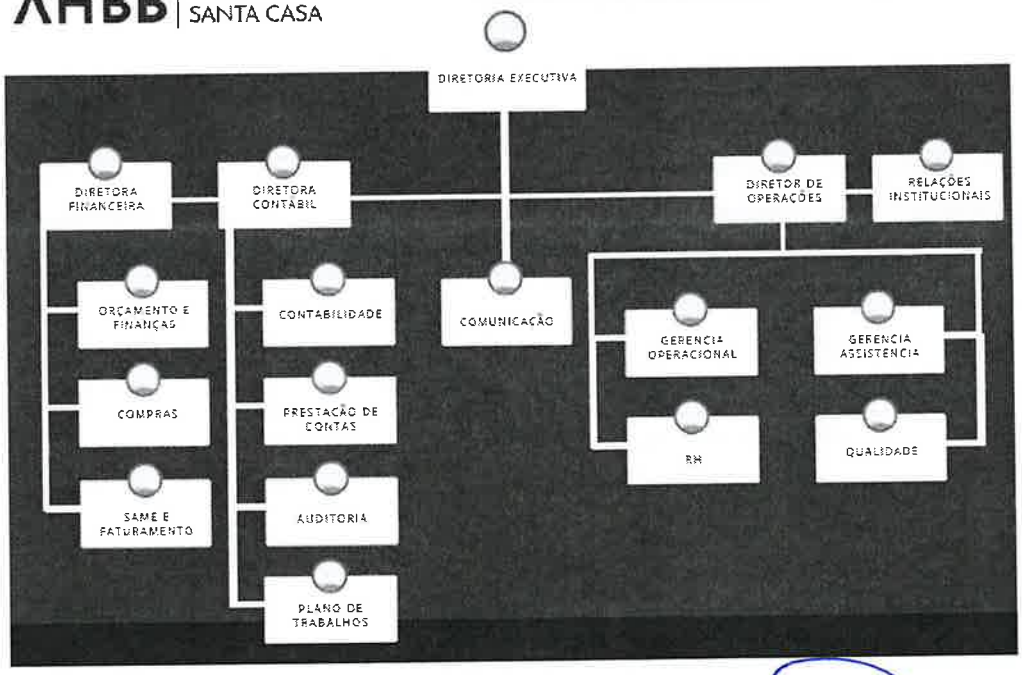
ORGANOGRAMA ESTATUTÁRIO



2.4 Organograma Gerencial – Centro de Serviço Compartilhado AHBB|Rede Santa Casa

AHBB | REDE SANTA CASA

ORGANOGRAMA



Competências e atribuições do Núcleo Gestor

- Diretoria Executiva:

Competências:

Definir a estratégia global da OSS.

Representar a organização em níveis externos.

Tomar decisões de alto nível.

- Diretoria de Operações:

Competências:

Planejar e coordenar as operações cotidianas.

Garantir a eficiência dos processos internos.

Supervisionar a implementação de projetos.

- Diretoria Financeira:

Competências:

Gerenciar as finanças da OSS.

Desenvolver e monitorar o orçamento.

Avaliar a viabilidade financeira de iniciativas.

- Diretoria Contábil:

Competências:

Manter registros contábeis precisos.

Assegurar conformidade com normas contábeis.

Gerar relatórios financeiros.

- Relações Institucionais:

Competências:

Estabelecer e manter parcerias.

Gerenciar relações com órgãos reguladores.

Representar a OSS em eventos institucionais.

- Gerência de Qualidade:

Competências:

Desenvolver e implementar políticas de qualidade.

Avaliar e melhorar processos internos.

Monitorar a satisfação do cliente.

- Gerência Assistencial:

Competências:

Supervisionar serviços de assistência.

Garantir a qualidade do atendimento ao paciente.

Desenvolver protocolos clínicos.

- Gerência Operacional:

Competências:

Coordenar operações diárias.

Otimizar fluxos de trabalho.

Garantir eficiência operacional.

- Gerência de Recursos Humanos:

Competências:

Gerenciar políticas de RH.

Recrutamento e seleção de pessoal.

Desenvolver programas de treinamento.

- Comunicação:

Competências:

Gerenciar a comunicação interna e externa.

Desenvolver estratégias de marketing.

Manter a imagem institucional.

- Contabilidade:

Atribuições:

Registrar transações financeiras.

Preparar relatórios contábeis.

Assegurar conformidade fiscal.

- Prestação de Contas:

Atribuições:

Preparar relatórios para órgãos reguladores.

Apresentar resultados financeiros.

Assegurar transparência.

- Escritório de Elaboração de Planos de Trabalho:

Atribuições:

Desenvolver planos estratégicos.

Elaborar projetos para captação de recursos.

Alinhar ações com a missão da OSS.

- SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico):

Atribuições:

Gerenciar registros médicos.

Produzir estatísticas de atendimento.

Garantir a confidencialidade das informações.

- Faturamento:

Atribuições:

Processar faturas e cobranças.

Garantir o recebimento de recursos.

Manter conformidade com normas de faturamento.

- Setor de Compras:

Atribuições:

Adquirir suprimentos e equipamentos.

Negociar contratos com fornecedores.

Garantir eficiência nos processos de compra.

- Setor de Orçamento e Finanças:

Atribuições:

Elaborar e monitorar o orçamento.

Realizar análises financeiras.

Garantir a alocação adequada de recursos.

2.5 Histórico Institucional da AHBB|Rede Santa Casa

A **AHBB|Rede Santa Casa** é uma Organização Social de Saúde que tem como estímulo buscar instrumentos e modelos de administração que possam levar racionalidade ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de conduzir o desempenho da gestão privada para a administração pública, aprimorando os recursos e garantindo a eficiência dos serviços prestados à população.

A associação é declarada instituição de Utilidade Pública nos âmbitos federal e estadual na cidade de Bilac/SP. Possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde – CEBAS, concedido pelo Ministério da Saúde.

2.6 Missão, Visão e Valores

AHBB|Rede Santa Casa, tem como **missão** cuidar de quem cuida, sabemos que o nosso bem maior é zelar pela vida de cada brasileiro.

Temos como **Visão**, ser referência no atendimento à saúde em todos os locais e serviços onde atuamos.

Nossos **Valores** estão alicerçados aos princípios da Ética e Moralidade, sendo: Capacidade, Comprometimento Social, Confiabilidade, Empreendedorismo, Equidade, Ética, Humanização, Qualidade, Sustentabilidade Ecológica, Econômica e Social, Tradição e Transparência.

2.7 Compliance e Integridade

Atuando em consonância às aspirações da sociedade e com base em seus valores organizacionais de transparência e ética, a **AHBB|Rede Santa Casa** encontra-se em fase final de implementação do sistema de Boa-Governança Corporativa, Compliance e Ética Organizacional.

O objetivo principal desta adequação diz respeitos às diretrizes essenciais ao desenvolvimento empresarial e econômico da sociedade brasileira, buscando trazer lisura e firmando o compromisso ético perante todos os membros, diretores, conselheiros, voluntários e colaboradores da **AHBB|REDE SANTA CASA**, com a sociedade e com o Poder Público.

A **AHBB|REDE SANTA CASA** aplicará o código de conduta ética a ser seguido por todos os seus componentes, primando pelo ambiente corporativo de desenvolvimento racional e sustentável em todos os campos de atuação da organização, sendo instituído como alicerce da sua existência e constituição os seguintes pontos:

I. Código de Conduta Ética a ser respeitado por todos os membros da Associação.
II. Treinamento sistêmico de gestores, administradores, parceiros e colaboradores para que atuem sempre de acordo com os padrões estabelecidos no Código de Conduta Ética e aos regulamentos e normatizações que incidem sobre a área de atuação da Associação.
III. Sistema interno de denúncia autônomo, através do e-mail denuncia@ahbb.org.br, onde todos os funcionários, parceiros e usuários poderão informar e relatar condutas contrárias ao Código de Conduta Ética, ilegais ou moralmente questionáveis.
IV. Conferir a todo o sistema organizacional da associação a qualificação das práticas de boa-governança e gestão consciente, conferindo a integralização de idoneidade empresarial.
V. Realização periódica de auditorias internas (Setor de Compliance) e auditoria externa para validação e verificação de todos os setores da Associação.
VI. Atuar de acordo com as bases constitucionais e princípios da administração pública, agindo com base na Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência.

Visamos combater todos os atos e todas as formas de corrupção e de condutas antiéticas, gerando a garantia de um serviço da mais alta qualidade e de excelência para todos os colaboradores e usuários. Fomentando a prática empresarial ética e proporcionando resultados positivos para toda a sociedade brasileira.

2.8 Expertise em Gestão

Áreas de Atuação

Tecnologia, administração e eficiência

A AHBB|Rede Santa Casa é uma instituição que tem por objetivo garantir a eficiência dos serviços de saúde prestados à população. A instituição carrega consigo uma história de importantes avanços na gestão em saúde, preparada para um presente e um futuro em que os desafios são muitos, mas a vontade e a capacidade de vencê-los é ainda mais vasta. Conheça nossas frentes de ação:

- Gestão Hospitalar
- Gestão da Saúde Primária
- Gestão de Saúde Secundária
- Gestão de Ensino
- Gerenciamento de Equipes de Saúde
- Gestão de Enfrentamento à covid-19



Certificações e Prêmios

Certificado CEBAS
Entidade Beneficente de Assistência Social - Saúde

Selo UTIs Brasileiras
2019
Epimed - AMIB

Selo UTI Top Performer
2017
Epimed - AMIB

Selo UTI Top Performer
2020
Epimed - AMIB

Selo UTI Top Eficiente
2020
Epimed - AMIB

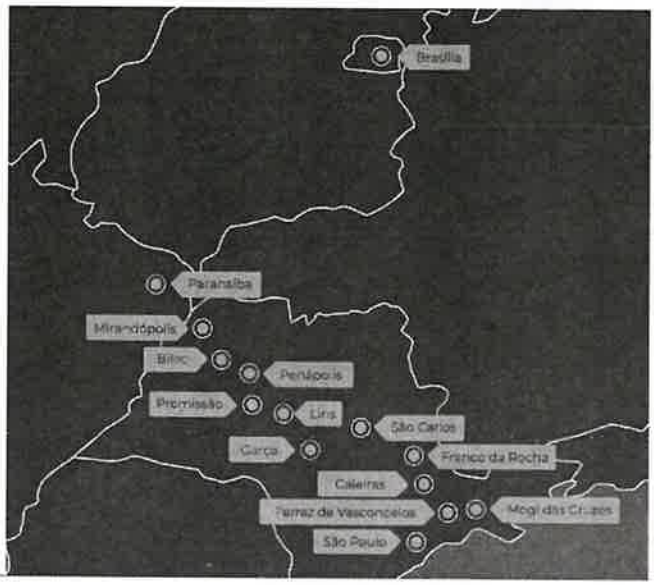
AHBB | REDE SANTA CASA

Almirante Tamandaré
PREFEITURA DA CIDADE

AHBB | REDE SANTA CASA

A AHBB|Rede Santa Casa em ação

A AHBB|Rede Santa Casa acredita que acolhimento aliado a profissionalismo e transparência constroem uma gestão eficaz em saúde.
Conheça, a seguir, nossos projetos:



AHBB | REDE SANTA CASA

Unidade	Projeto	Unidade	Projeto
Pronto Socorro e Santa Casa de Misericórdia de Penápolis - Penápolis/SP	REV IMP CER-H CER-S UTI C-19	Hospital Maternidade Estadual de Caieiras (Serviço de GO do Complexo Hospitalar do Juquery) - Caieiras/SP	MEO
[illegible]	REV IMP CER-H UTI C-19 ENC	Hospital Geral de Taipas "Katia de Souza Rodrigues" - São Paulo/SP	IMP CER-S UTI C-19
Sistema de Média Complexidade (Unidades de Assistência Secundária à Saúde) - Garça/SP	REV IMP CER-S	Hospital Maternidade "Leonor Mendes de Barros" - São Paulo/SP	IMP CER-S UTI
Hospital São Lucas - Garça/SP	REV IMP CER-H CER-S UTI C-19	Pronto Socorro e Hospital Geral de Vila Penteado "José Pangella" - São Paulo/SP	IMP CER-S UTI MEO C-19
Hospital Padre Bernardo - Bilac/SP	REV IMP CER-H CER-S C-19	Pronto Socorro e Hospital Regional "Doutor Osíris Florindo Coelho" Ferraz de Vasconcelos/SP	CER-S MEO
Hospital Geral "Prefeito Miguel Martin Guarda" - Promissão/SP	IMP CER-S UTI C-19	Unidade de Apoio Hospitalar "Hospital São José" (Complexo Hospitalar de Vila Nova Cachoeirinha) - São Paulo/SP	IMP CER-S UTI C-19
Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba- Paranaíba/MS	IMP CER-S UTI C-19	C.E.R Dr Arnaldo Pezuti Cavalcanti Mogi das Cruzes/SP	IMP CER-S UTI C-19
Hospital Estadual "Dr. Osvaldo Brandi Pena" - Mirandópolis/SP	IMP CER-S UTI C-19	Complexo Hospitalar do Juquery Franco da Rocha/SP	IMP CER-S UTI C-19
Santa Casa de Lins - Lins/SP	IMP CER-S UTI C-19	[illegible]	IMP CER-S C-19 ENC

Legendas:
IMPLANTAÇÃO | REVITALIZAÇÃO | UTIN | COVID-19 | GESTÃO HOSPITALAR | GESTÃO EM SAÚDE | GESTÃO MÉDICA | ENCERRADO

AHBB | REDE SANTA CASA

PLANO DE TRABALHO PARA MELHORIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMPLEMENTARES VOLTADAS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -SUS, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.

A União é o melhor resultado

Como reflexo dos importantes avanços na gestão em saúde, a AHBB|Rede Santa Casa conquistou números relevantes durante suas gestões, comprovando que o comprometimento com a qualidade e eficiência trazem os melhores resultados. Com isso, a AHBB|Rede Santa Casa conta com:

Total de Leitos Geridos:	*920*
Total de Colaboradores e Prestadores de Serviço:	*2.300*



AHBB | REDE SANTA CASA

3. CONHECIMENTO DO OBJETO

3.1 História do Município de Almirante



O município de Almirante Tamandaré tem seu desenvolvimento histórico ligado às explorações auríferas do sertão de Curitiba. Antes disso, porém, os seus mais antigos habitantes foram os índios Tinguis, os quais, conforme relato do historiador paranaense Romário Martins, 'dominavam, no século do descobrimento do sertão, os Campos de Curitiba, a partir da encosta ocidental da Serra

do Mar (São José dos Pinhais, Piraquara, Campo Largo, Araucária, Tamandaré, Colombo, Campina Grande e Rio Branco).'

Sobre eles, é ainda o mesmo historiador que nos esclarece: 'Os Tingüis (Tin gui = nariz afilado) não hostilizam os aventureiros pesquisadores e exploradores de ouro, que se estabeleceram com arraiais, no Atuba e na chapada do Cubatão, no início da formação de Curitiba. Deixaram-se ficar pelas imediações desses primeiros núcleos de população branca e foram serviçais das explorações auríferas, dos sítios de criação de gado, etc. Seus mestiços ainda constituem parte da população de vários municípios acima citados e se ufanam de sua ascendência.

Assim, é inquestionável o fato desses silvícolas terem sido os primeiros senhores destas terras que, por sua índole dócil e pacífica, cederam depois aos brancos exploradores.

Uma das primeiras bandeiras exploradoras de ouro de que temos notícia ter passado pelas terras de Tamandaré, conforme conta Alfredo Ellis Júnior, foi a comandada pelo famoso bandeirante Antônio Raposo Tavares, no ano de 1631. No entanto, o primeiro explorador aurífero a realmente estabelecer-se na região foi o Capitão Salvador Jorge Velho, sertanista de Rio Pardo, em 1680, por ocasião de suas pesquisas mineradoras que resultaram no chamado ' Descoberto da Conceição', no Quarteirão de Conceição, distrito de Campo Magro, segundo relata o historiador paulista Pedro Taques, confirmado por Ermelino Agostinho de Leão no seu 'Dicionário do Paraná'. Ainda hoje existem, naquela localidade, vestígios da exploração aurífera ali realizada por aquele sertanista e continuada, mais tarde, pelo Guarda-mór Francisco Martins Lustosa.

Finda a febre do ouro, com o esgotar dos ricos filões, as pequenas povoações serviram apenas de local de descanso, para renovação de provisões e pousada para os tropeiros e seus animais, quando estes, provindos de São Paulo e a caminho da Província de São Pedro do Rio Grande, Uruguai ou Argentina - onde iam em busca de cavalos, muares ou gado bovino - ali resolviam acampar.

Mais tarde, outros povoadores buscaram esta região. Não mais os aventureiros nômades, inconstantes e visionários do ciclo do ouro, mas pessoas afeitas ao trabalho, que buscavam a fertilidade destas terras com intenção de cultivo permanente e de trabalho honesto, para nela fixar-se e produzir concretamente, sem alimentar sonhos mirabolantes e devaneios visionários... assim, foram surgindo novas povoações, como Pacotuba, Botiatuba, Cercado, Mato Dentro e outras mais,

muitas delas frutos da colonização alemã, italiana e polonesa, como Antonio Prado, Boixininga, Tranqueira, Lamenha Pequena, Lamenha Grande, Santa Gabriela, São Miguel etc.

Com o desenvolvimento constante da região o Governo Provincial criou a Freguezia de Pacotuba, a pedido de seus habitantes. O progresso da região não cessa, havendo constante desenvolvimento dos povoados, particularmente do chamado Cercado, situado entre morros e às margens do aprazível Rio Barigüi. Mais tarde a povoação foi elevada à vila, em 1889, tendo sido o último município criado pelo regime monárquico no Paraná, desmembrado do Município de Curitiba.

Em 1890 a vila passou a ser denominada "Tamandaré', nome dado em homenagem a Joaquim Marques Lisboa, o consagrado Almirante Marquês de Tamandaré, patrono da Marinha do Brasil

3.2 Caracterização do território



Fonte: Google Maps

ÁREA TERRITORIAL	194,228km² [2022]
POPULAÇÃO	119.825pessoas [2022]
DENSIDADE DEMOGRÁFICA	616,93hab/km² 2022]

ESCOLARIZAÇÃO 6 A 14 ANOS	95,6% [2010]
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL - IDHM	0,699 [2010]
MORTALIDADE INFANTIL	7,54 óbitos por mil nascidos vivos [2020]
RECEITAS REALIZADAS	200.858,74R$ (×1000) [2017]
DESPESAS EMPENHADAS	165.618,14 R$ (×1000) [2017]
PIB PER CAPITA	14.102,03R$ [2020]

3.3 MORTALIDADE POPULAÇÃO GERAL

As principais causas de mortalidade de residentes do município de Almirante Tamandaré, segundo dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período compreendido entre 2015 e 2019 são: as doenças do aparelho circulatório (25,97%), neoplasias (17,24%) e as causas externas de morbidade e mortalidade (17,17%).

Nº DE ÓBITOS POR ANO E GRUPO DE CAUSAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019, SEGUNDO O CAPÍTULO CID-10

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019
ÓBITOS TOTAIS	650	686	603	639	641
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	29	30	28	23	28
II. Neoplasias (tumores)	123	111	100	111	110
III. Doenças sangue e órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	3	3	1	2	3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	29	44	43	58/	46
V. Transtornos mentais e comportamentais	14	15	16	14	21
VI. Doenças do sistema nervoso	19	27	24	21	17
IX. Doenças do aparelho circulatório	170	181	160	152	173
X. Doenças do aparelho respiratório	64	56	66	70	66

XI. Doenças do aparelho digestivo	27	39	32	41	40
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	1	3	1	1
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	3	4	1	2	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	14	17	20	17	14
XV. Gravidez parto e puerpério	1	0	0	1	0
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	4	7	11	8	5
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	8	4	6	4	4
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais não especificados em outra parte	12	8	6	8	20
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	130	139	86	106	92

FONTE: DATASUS, SIM, TABNET/2021

4. *Caracterização do Projeto*

Considerando o que dispõe a Constituição Federal de 1988, em especial o seu artigo 196, a saúde e direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, bem como, os artigos 197 e 198 que prevê a possibilidade da execução das ações voltadas para a saúde tanto diretamente pelo gestor público, como através de terceiros, sendo que, uma das diretrizes básicas previstas para a saúde é, justamente, a participação da comunidade.

Considerando a Lei 8.080 (SUS), de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, bem como, a realização da assistência à saúde pela iniciativa privada.

Considerando a Portaria GM/MS 399, de fevereiro de 2006 que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, compromisso entre os gestores do SUS em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população; e Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do trabalho e Educação na Saúde.

Dentro desta perspectiva coube ao município a operacionalização dos Programas propostos nos projetos, inserindo os mesmos em sua rede de serviços, visando à organização descentralizada do Sistema Único de Saúde – SUS. Pois compete ao município garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pelos Programas, sendo que os Programas foram adaptados à realidade local mantida as diretrizes do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Humanização - PNH contribuiu nesse processo, ao propor a inclusão dos diferentes atores na consolidação dessa política pública, fomentando movimentos que contribuíram para a renovação e consolidação do SUS. A gestão Municipal de Saúde, visando o desenvolvimento e o aprimoramento dos Programas de Saúde, em consonância com os princípios e diretrizes da PNH da Atenção e da Gestão do SUS, que por sua vez, busca a efetivação dos princípios do SUS, reconheceu a necessidade de produzir mudanças nas formas tradicionais de gerir e prestar assistência à saúde.

A gestão descentralizada da saúde, por meio de parcerias com instituições sem fins lucrativos, é uma alternativa que tem se mostrado eficiente na melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população de Almirante Tamandaré-PR.

A promulgação da Lei Municipal 2.267/2021 é um dos motivos pelos quais a escolha pelo modelo de gestão em substituição ao modelo atualmente praticado, já que a legislação estabelece as normas específicas para a qualificação de entidades como organizações sociais no município e possibilita a escolha de uma organização qualificada para gerir a saúde pública.

Lei federal nº 9.637/98 e suas alterações, bem como a Lei municipal 2.267/2021 e seu regulamento, o Decreto Municipal 068/2022, estabelecem as normas para a qualificação de entidades como organizações sociais, garantindo transparência e objetividade na escolha do parceiro privado para a gestão dos serviços de saúde.

A administração direta enfrenta dificuldades na contratação de médicos e outros profissionais de saúde, o que pode afetar a qualidade e a eficiência dos serviços oferecidos à população. Por outro lado, as organizações sociais têm mais facilidade em contratar e reter profissionais de saúde, por oferecerem condições de trabalho mais atrativas, o que contribui para a melhoria da prestação de serviços de saúde.

Considerando que a Lei de Responsabilidade Fiscal impõe limites aos gastos com pessoal na administração pública, o que pode limitar a contratação de profissionais de saúde pela administração direta. Por outro lado, as organizações sociais podem gerir os serviços de saúde com maior flexibilidade, permitindo uma melhor alocação de recursos e reduzindo o impacto dessas limitações.

Considerando também que o contrato de gestão é um instrumento que permite estabelecer metas e objetivos a serem alcançados pela organização social na gestão dos serviços de saúde, o que contribui para a melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços oferecidos.

A gestão descentralizada pode permitir a redução de custos, uma vez que as organizações sociais têm mais flexibilidade na gestão dos recursos, permitindo uma melhor alocação de recursos e uma maior eficiência na prestação dos serviços de saúde.

Os projetos a serem executados por meio da presente seleção estarão vinculados a Secretaria Municipal de Saúde, como forma de melhoria das políticas públicas complementares voltadas à Unidade de Pronto Atendimento 24 horas:

Pronto Atendimento 24 horas - a unidade de Pronto Atendimento 24 Horas é uma Unidade pré-hospitalares de natureza pública. A gestão dos seus serviços assistenciais, na forma deste Termo de Referência, visa implantar um novo modelo de prestação de atenção ao usuário, nos moldes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH), com vinculação a metas quantitativas e indicadores de desempenho. Tal forma de gestão representa uma modernização na administração de serviços de saúde no âmbito do SUS e proporcionará à população assistência completa, integral, qualificada, humana e resolutiva. Este resultado ocorrerá a um custo adequado,

utilizando modelo gerencial moderno, flexível e transparente que permite, além de alto grau de resolubilidade e satisfação do usuário.

4.1 METODOLOGIA DE TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

A **AHBB|Rede Santa Casa** adota como metodologia de trabalho o Modelo de Governança Corporativa criado para demonstrar a execução do programa de trabalho e como esse Modelo poder agregar valor aos serviços de saúde, através do fluxo de gestão da assistência e sua interface com a sociedade, com ênfase nos elementos de custo, qualidade e tempo.

Governança Corporativa é o sistema pelo qual a entidade vai dirigir, monitorar e incentivar, envolvendo os colaboradores, conselhos de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.

As boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da gestão, sua longevidade e o bem comum.

Trata-se de um sistema no qual a **AHBB|Rede Santa Casa** é dirigida, onde envolvemos nossos relacionamentos e boas práticas, alinhando diretamente aos nossos interesses.

Diante do exposto, uma eficiente governança corporativa deve garantir que os processos produzam resultados positivos, satisfazendo as necessidades da sociedade e em conjunto façam o melhor uso dos instrumentos a sua disposição.

4.2 Importância e Benefícios da Metodologia de Trabalho

Os 4 princípios da governança corporativa adotados pela AHBB|Rede Santa Casa

Transparência: todos os interessados e envolvido no negócio têm o direito de ter acesso às informações de seu interesse. E isso significa disponibilizar não apenas aquilo que a lei obriga, mas tudo que possa auxiliar na gestão, na melhoria do desempenho da empresa e na garantia da geração de valor sustentável em longo prazo para o negócio.

Equidade: equidade tem a ver – mas não somente – com igualdade. Gestores, líderes e colaboradores, entre outros stakeholders são tratados de maneira justa e isonômica. Para isso, consideramos seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas.

Prestação de Contas: Todos os que de alguma forma atuam na **AHBB|Rede Santa Casa** realizam suas prestações de conta de forma transparente, clara e em tempo para que seus atos sejam avaliados e acompanhados. São totalmente responsáveis pelos seus atos e suas omissões.

Responsabilidade Corporativa: se refere ao comprometimento de todos para que a viabilidade econômico financeira da **AHBB|Rede Santa Casa** se preserve. Isso inclui evitar riscos desnecessários e buscar as melhores oportunidades de crescimento.



Benefícios da governança corporativa

1- Identificar, avaliar e mitigar riscos

2- Transparência no processo de sucessão

3- Monitoramento da gestão

4- Auxílio na tomada de decisões estratégicas

5- Minimizar conflitos

6- Facilidade de acesso a capitais

7- Alinhamento de interesses

4.3 Proposta de Operacionalização e Execução do Serviço

Pensando na operacionalização e Execução do Serviço proposto como objeto no presente edital, apresentamos agora a descrição da organização dos serviços de acordo com a proposta de oferta apresentada como objetivo deste Plano de Trabalho.

4.4 Linha de Cuidado

A fim de proporcionar o melhor cuidado aos pacientes, demonstraremos abaixo a Macro Linha de Cuidado, a ser adotada e adaptada, caso seja necessário, para otimização dos resultados assistenciais, regulação de recursos e expansão da marca nos projetos sob gestão da instituição:

- ***Fase 1: Acolhimento, Condição Clínica e Plano de Tratamento***

Nesta fase, após o paciente passar em avaliação médica especialista para avaliação médica, com ou sem apoio diagnóstico terapêutico e terá sua condição clínica estabelecida e a necessidade de intervenção cirúrgica diagnosticada. Observação: o médico encarregado pelo procedimento cirúrgico no paciente conforme a necessidade, envolverá outros especialistas (fisioterapia, nutrição, psicologia, farmácia clínica e outras especialidades médicas de apoio). Esta avaliação será documentada e seguirá com o paciente até a próxima avaliação, onde será registrada a necessidade de intervenção, estabelecimento de metas terapêuticas e de cuidado, além de sua atualização, com base em respostas as terapias implantadas, exames de diagnóstico e análises clínicas.

- **Fase 2: Preparação**

  Esta fase consiste em preparar clinicamente o paciente para intervenção cirúrgica, planejada no acolhimento (etapa anterior), bem como preparar a infraestrutura necessária para a intervenção.

- **Fase 3: Intervenção**

  A intervenção cirúrgica planejada deve preferencialmente ser iniciada após o término da etapa anterior (preparação), ou a qualquer momento, mediante a análise de risco/benefício realizada pelo especialista responsável

- **Fase 4: Recuperação/Reabilitação**

  Esta fase consiste no reestabelecimento da saúde do paciente, visando prepará-lo para alta no menor tempo possível, sem prejuízo para a qualidade da assistência.

- **Fase 5: Alta do Paciente**

  Por meio de uma avaliação clínica, nesta fase o especialista decide pela alta paciente, e individualmente ou através do envolvimento de outros profissionais, pacientes ou familiares, elabora e comunica formalmente o plano de alta com as orientações necessárias para complementação do reestabelecimento pleno.

- **Fase 6: Monitoramento e Alta Definitiva**

  Esta fase será realizada nas avaliações e acompanhamento, até alta hospitalar, no índice de reinternação ou até mesmo em pesquisas de ouvidoria/satisfação do paciente.

Preocupada em estabelecer uma comunicação efetiva entre seus departamentos e unidades gerenciadas, a Instituição, coloca abaixo as principais definições e nossos processos e o detalhamento de cada ação:

a) **Processos Primários**: conjunto de processos diretamente relacionados a assistência prestada ao paciente e que impactam fortemente no valor agregado, ou seja, no resultado das assistências médica, das principais especialidades e áreas de apoio, assistência de enfermagem, assistência farmacêutica, assistência nutricional, assistência fisioterapêutica, assistência fonoaudiológica e assistência de psicologia clínica.

b) **Processos de apoio**: conjunto de processos que, embora não estejam diretamente relacionados a assistência técnica prestada ao paciente, atuam como facilitadores dos processos primários, sobretudo no que se refere a segurança e agilidade destes (Serviço Social, SADTs, Manutenção, Engenharia Clínica, Hotelaria e Suprimentos).

c) **Processos Gerenciais:** conjunto de processos que, embora não estejam diretamente relacionados a assistência, norteiam, controlam e direcionam as atividades exercidas nos processos primários e de apoio. Diretorias, Gerencias, Assessorias, Coordenações, Supervisões, Comissões Técnicas e de Apoio e SCIH.

d) **Informar e Aconselhar**: ato de comunicação eficientes entre as partes interessadas que permeiam toda a cadeia de assistência, visando assegurar a entrega de valor aos pacientes.

e) **Analisar e aprender:** a análise e a busca da melhoria contínua dos resultados médicos/assistenciais e dos protocolos de trabalho dar-se-á por meio de Fóruns de Aprendizado e Análise Crítica do Modelo de Assistência à Saúde, viabilizado pela Diretoria de Apoio e executado pelo Núcleo de Práticas Assistenciais, gerenciado pela Diretoria Técnica e Qualidade.

f) **Especialidades Médicas de Apoio:** são as especialidades que apoiam toda a estrutura da Assistência Médica, atuando sempre que solicitada pelos médicos cirurgiões ou da clínica médica

g) **Loops de Feedback**: refere-se a possibilidades de retorno do paciente a fases anteriores da cadeia de assistência, por motivos clínicos e instabilidades, visa assegurar a qualidade da assistência e o alcance das metas terapêuticas de cuidado.

h) **Condição Clínica**: trata-se de classificar o paciente de acordo com a real condição clínica apresentada na fase de acolhimento, através de uma visão que inclua a visão sistêmica do paciente. Essa classificação é estabelecida por equipe multidisciplinar coordenada pelo médico assistente que, por meio das métricas ajustadas a riscos estatísticos, permite

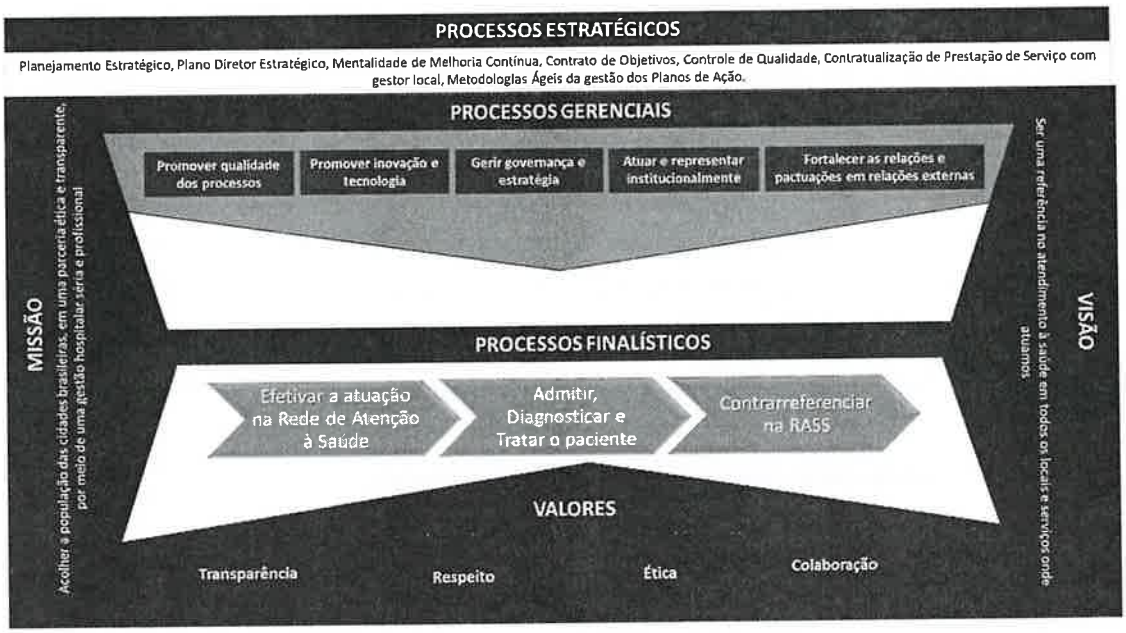
agrupar estatisticamente e epidemiologicamente os pacientes por "condição clínica", devidamente codificada. A análise destes agrupamentos possibilita a mensuração do "valor agregado ao paciente", bem como a comparação dos valores agregados entregues em "condições clínicas" semelhantes. Exemplo de métricas estabelecidas: CID-10 da patologia principal e das comorbidades diagnosticadas, escala de coma de Glasgow, ASA, faixa etária (MS), aplicação de método de avaliação do grau de incapacidade do paciente na fase de acolhimento e na alta hospitalar.

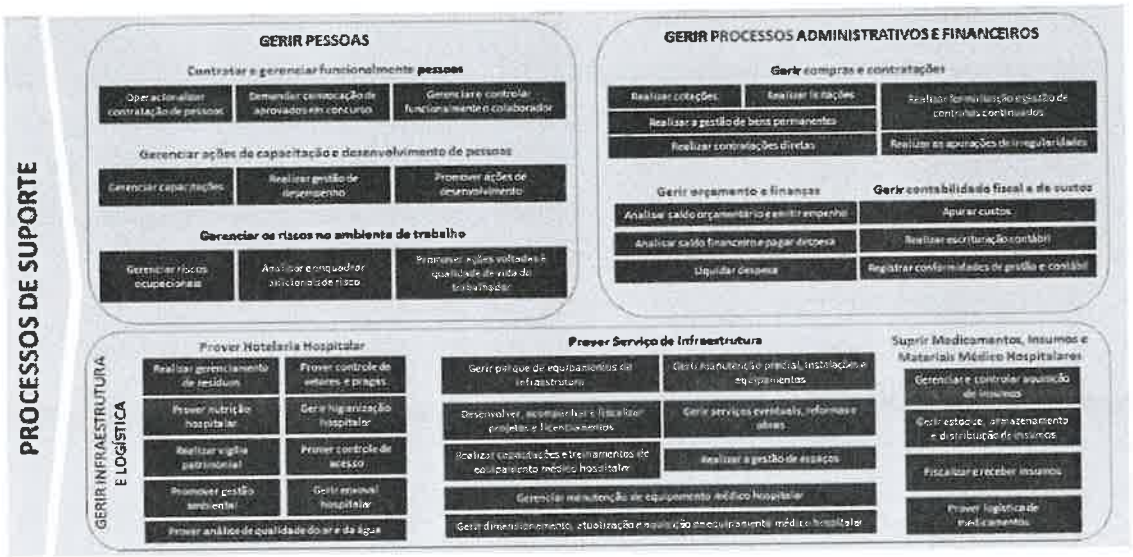
i) **Plano de Tratamento:** com base na condição clínica, a equipe multidisciplinar elaborará um plano de tratamento considerando cada fase da cadeia de assistência onde será estimado o tempo necessário para cada uma delas até a alta. Um sistema de custos bem estruturado irá estabelecer o custo por fases da cadeia de Assistência e a partir daí possibilitar a análise comparativa de custo e tempo de recuperação das condições clínicas atendidas na unidade.

j) **Agregar valor**: é o ato da entregar os melhores resultados assistenciais e administrativos, por unidade de ação despendidos na assistência. Contribuem também para a agregação de valor, de maneira substancial as ações que eliminam processos desnecessários e desperdícios.

5. *Proposta de Cadeia de Valor para Operacionalização e Execução das Ações de Saúde*

A cadeia de valor é uma ferramenta para gerenciar processos e revela todas as atividades que a organização faz para gerar valor aos clientes e indica os elos entre elas. Ao fortalecer as ligações entre essas atividades será possível criar uma cultura de valor em melhoria contínua e processos que visem atingir as metas de produção e qualidade operacional, com vistas ao objetivo proposto neste edital.


PROCESSOS ESTRATÉGICOS
Planejamento Estratégico, Plano Diretor Estratégico, Mentalidade de Melhoria Contínua, Contrato de Objetivos, Controle de Qualidade, Contratualização de Prestação de Serviço com gestor local, Metodologias Ágeis da gestão dos Planos de Ação.
PROCESSOS GERENCIAIS
Promover qualidade dos processos
Promover inovação e tecnologia
Gerir governança e estratégia
Atuar e representar institucionalmente
Fortalecer as relações e pactuações em relações externas
MISSÃO
Acolher a população das cidades brasileiras, em uma parceria ética e transparente, por meio de uma gestão hospitalar séria e profissional
VISÃO
Ser uma referência no atendimento à saúde em todos os locais e serviços onde atuamos
PROCESSOS FINALÍSTICOS
Efetivar a atuação na Rede de Atenção à Saúde
Admitir, Diagnosticar e Tratar o paciente
Contrarreferenciar na RASS
VALORES
Transparência
Respeito
Ética
Colaboração


PROCESSOS DE SUPORTE
GERIR PESSOAS
Contratar e gerenciar funcionalmente pessoas
Operacionalizar contratação de pessoas
Demandar convocação de aprovados em concurso
Gerenciar e controlar funcionalmente o colaborador
Gerenciar ações de capacitação e desenvolvimento de pessoas
Gerenciar capacitações
Realizar gestão de desempenho
Promover ações de desenvolvimento
Gerenciar os riscos no ambiente de trabalho
Gerenciar riscos ocupacionais
Analisar composição de adicional de risco
Promover ações voltadas à qualidade de vida do trabalhador
GERIR PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS
Gerir compras e contratações
Realizar cotações
Realizar licitações
Realizar formalização e gestão de contratos continuados
Realizar a gestão de bens permanentes
Realizar contratações diretas
Realizar as apurações de irregularidades
Gerir orçamento e finanças
Gerir contabilidade fiscal e de custos
Analisar saldo orçamentário e emitir empenho
Apurar custos
Analisar saldo financeiro e pagar despesa
Realizar escrituração contábil
Liquidar despesa
Registrar conformidades de gestão e contábil
GERIR INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA
Prover Hotelaria Hospitalar
Realizar gerenciamento de resíduos
Prover controle de vetores e pragas
Prover nutrição hospitalar
Gerir higienização hospitalar
Realizar vigília patrimonial
Prover controle de acesso
Promover gestão ambiental
Gerir enxoval hospitalar
Prover análise de qualidade do ar e da água
Prover Serviço de Infraestrutura
Gerir parque de equipamentos de infraestrutura
Gerir manutenção predial, instalações e equipamentos
Desenvolver, acompanhar e fiscalizar projetos e licenciamentos
Gerir serviços eventuais, reformas e obras
Realizar capacitações e treinamentos de equipamento médico hospitalar
Realizar a gestão de espaços
Gerenciar manutenção de equipamento médico hospitalar
Gerir dimensionamento, atualização e aquisição de equipamento médico hospitalar
Suprir Medicamentos, Insumos e Materiais Médico Hospitalares
Gerenciar e controlar aquisição de insumos
Gerir estoque, armazenamento e distribuição de insumos
Fiscalizar e receber insumos
Prover logística de medicamentos

6. Componentes Estruturadores da Qualidade Assistencial

6.3 Comissões Técnicas

O Modelo de Gestão Assistencial refere-se à atuação das comissões técnicas regulamentares, exigidas pela legislação, cuja atuação impacta no desempenho da assistência como um todo.

As comissões técnicas serão criadas com o objetivo de realizar ações preventivas, corretivas de melhorias de processos, de manutenção de qualidade da assistência, de investigação e outras atividades. Compete às comissões seguirem as orientações da legislação pertinente, desenvolvendo assim suas atividades. São atribuições das comissões, equipes multiprofissionais e comitês.

- Garantir o cumprimento de suas resoluções e regimentos;
- Aplicar os Manuais da AHBB|Rede Santa Casa
- Aplicar Regimento;
- Aplicar Protocolo;
- Aplicar Relatório com Indicadores;
- Manter documentos (alteração na constituição) atualizados com as devidas assinaturas;
- Comunicar o Setor de Comissões todas as reuniões, planos de ações, atividades e campanhas.

Outras comissões poderão vir a ser implantadas frente às necessidades apresentas pela Unidade de Saúde:

- São Comissões Técnicas:
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Ética de Enfermagem
- Comissão de Prontuário
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão de Humanização
- Comissão / Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
- Comissão / Núcleo de Epidemiologia (NE)

As comissões serão formadas por grupos profissionais das Unidades de Saúde tendo cada uma, um presidente e secretário.

Esses grupos se reunião periodicamente, de acordo com as características de cada comissão para propor as análises e as ações a serem realizadas.

As reuniões deverão ser mensais, com data, local e horário, previamente definidos em Cronograma. A convocatória das reuniões deverá ocorrer 48 horas antes da data de realização das mesmas.

As reuniões terão como tópico obrigatórios: leitura da última Ata da reunião com resultado das ações e apresentação de indicadores referentes ao mês anterior ao da realização da reunião.

As reuniões deverão ser registradas em Ata e arquivadas contendo: data e hora da mesma, nome, cargo, setor e assinatura dos membros presentes, e registros dos ausentes, decisões tomadas, planos de ações realizados e a serem realizados.

Caso não seja cumprido o cronograma de reuniões a justificativa deverá ser registrada em Ata e comunicado todos os membros com antecedência de no mínimo 24 horas. Para alteração do cronograma de reuniões, será necessária a aprovação da maioria dos membros, a justificativa da mudança deverá ser registrada em Ata com assinatura dos membros aprovando a alteração do cronograma.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes e urgentes, podendo ser convocadas pela Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de qualquer área, pelo Presidente ou Vice- Presidente e deverão ser registradas sem Alta. Após as reuniões realizadas, no prazo máximo de 48 horas, enviar as Atas devidamente assinadas ao Setor de Comissões.

O quórum para reunião deverá ser de 50% mais um total de membros da comissão. Só poderão ocorrer reuniões, quer ordinária, com a presença de seu Coordenador/Presidente ou Vice. Sempre relatar em Ata a justificativa da ausência do coordenador/presidente.

Todas as Comissões adotarão instrumentos da gestão e acompanhamento dos resultados, dentre os quais destacamos:

- Documentos de registro de ações (atas, lista de presença, etc.); e
- Regimento Interno de funcionamento das comissões

Cada Comissão terá seu próprio Regimento, dispondo sobre seu funcionamento.

a) Comissão de Ética Médica

A comissão de Ética Médica é constituída por delegação do Conselho Regional de Medicina. Sua função é de sindicância, educação e fiscalização do desempenho ético da Medicina e deverá manter sua autonomia em relação A Unidade de Saúde, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do mesmo. A Comissão de Ética Médica será composta por médicos, um dos quais será seu Presidente, escolhido entre os membros efetivos do Corpo Clínico em eleição presidiada pelo Diretor Clínico.

b) Comissão de Ética de Enfermagem

Esta Comissão é um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) com função educativa, consultiva e fiscalizadora do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.

Os membros eleitos através de voto facultativo secreto e direito, preferencialmente. Os candidatos são divididos em Grupo I (categoria de enfermeiros) e Grupo II (categoria dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem).

Os Enfermeiros eleitores votam nos candidatos do Grupo I e os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem votam nos candidatos do Grupo II. Todos os candidatos devem ter condições necessárias de elegibilidade, ou seja, estar sem regularizado junto ao COREN-SP e não estarem envolvidos em processos Éticos.

Embora sejam vinculadas ao Conselho, as comissões são autônomas em assuntos vinculados a consulta de caráter ético disciplinar dos profissionais de enfermagem.

c) Comissão de Prontuário

A Comissão de Revisão de Prontuários como "documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo". (Resolução CFM no 1638/2002). O mandato será de 12 meses com prorrogação por mais 12 meses os membros serão nomeados conforme definição do Diretor Técnico, podendo ser renovada.

d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão que atua diretamente vinculado à Diretoria Técnica; é quem realiza as ações de prevenção e controle das infecções, encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções da Unidade de Saúde. O Programa é um conjunto de ações desenvolvidas visando a redução máxima

possível da incidência e gravidade das infecções. Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecido na legislação e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde.

e) Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Família e Terapêutica (CFT) tem caráter consultivo e deliberativo, sua finalidade é formular e implementar políticas institucionais relacionadas com a seleção, prescrição e uso racional de medicamentos, num processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegura terapêutica eficaz e melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

Neste sentido, é imprescindível ao gestor de saúde que decide sobre incorporação de medicamentos ao sistema, que se utilize de mecanismos e instrumentos que possam orientá-lo para esta tomada de decisão. A criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT é uma estratégia, que estabelece um instrumento (a CFT) para que o gestor possa tomar decisões mais uniformes e segundo diretrizes estabelecidas.

A CFT é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados no sistema de saúde nos três níveis de atenção, além de assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos. Seu papel ultrapassa as fronteiras da seleção, estando muito ligado à educação e promoção do uso racional de medicamentos.

f) Comissão de Humanização (CH)

A CH adota os seguintes princípios para todas as práticas de atenção e gestão:

- Valorização da vida;
- Compromisso com a qualidade do trabalho;
- Valorização da dimensão subjetiva e social das pessoas;
- Estímulo ao trabalho em equipe e à construção de redes cooperativas;
- Estímulo à participação, autonomia e responsabilidade.

A CH deverá ser composta por representantes de todos os serviços da Unidade de Saúde, especialmente os assistenciais, formando um grupo central de pelo menos 05 profissionais, além dos grupos secundários para trabalhos focados.

g) Comissão/Núcleo de Segurança do Paciente

As unidades de Saúdes têm como política instituir a Comissão/Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade

e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Desta forma garante a implantação da Política de Segurança do Paciente por meio de ações específicas e de sensibilização em relação ao risco de dano que impacta a segurança do paciente.

Também faz parte da política:

- Medir a cultura de segurança, por meio de indicadores específicos e promover análise crítica de forma transdisciplinar, a fim de retroalimentar o processo de capacitação e desenvolvimento dos profissionais.
- Sistematizar, de forma proativa, modelo de capacitação, desenvolvimento e intervenções para melhorar o desempenho das unidades assistenciais, a fim de reduzir danos evitáveis aos pacientes;
- Estimular o alinhamento das "Práticas Assistenciais Institucionais", inclusive as práticas preventivas, por meio de atualizações científicas e melhorias contínuas para manutenção e aquisição de conhecimentos e técnicas profissionais;
- Adotar e alinhar as diretrizes do Programa Brasileiro de Segurança do
- Paciente aos processos de trabalho;
- Garantir o cumprimento de todos os passos descritos na política de segurança do paciente, os quais e referem aos procedimentos básicos e essenciais no cuidado, para promoção da segurança do paciente; e
- Estimular os colaboradores a notificarem os Eventos, bem como adotar a política de punição.
- Instância do serviço de saúde criado para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, compete a este o desenvolvimento de ações para redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado da saúde.
- As principais atividades da Comissão/Núcleo de Segurança do Paciente serão:
- Notificar os órgãos vigentes (SMS; SÉS; ANVISA entre outros);
- Estabelecer normas específicas para a Gestão de Risco visando o cumprimento da Política de Segurança do Paciente;
- Cumprir os critérios estabelecidos para o Gerenciamento de Risco, visando à cultura de notificação dos Eventos, tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância;
- Apoiar a implantação da Política de Segurança do Paciente nas respectivas unidades assistenciais, envolvendo os Programas: Identificação do paciente, Comunicação Efetiva:

Melhorar a Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; Cuidado Limpo é Cuidado Seguro – Higiene das Mãos; reduzir o Risco de Lesão ao paciente em Decorrência de Quedas, reduzir o Risco de Lesão de ele;

- Assessorar o desenvolvimento de normas específicas para a Gestão de Riscos e Segurança do Paciente;
- Fomentar a identificação e mitigação sistemática dos riscos, por meio de ferramentas da qualidade, para garantir a segurança do paciente;
- Gerenciar com foco na melhoria continua e nas melhores práticas e o cumprimento das legislações pertinentes.

h) Comissão/Núcleo de Epidemiologia – (NE)

A Comissão/Núcleo de Epidemiologia (NE) é responsável pelo planejamento e execução das ações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória e outros fatos de interesse para a saúde pública, ou seja, é o serviço responsável pela vigilância permanente

O NE também realiza a Epidemiologia da Unidade de Saúde, que é a coleta análise e interpretação contínua e sistemática de dados de saúde da Unidade, essenciais para o planejamento, implementação de práticas integradas à disseminação desta informação em tempo adequado aos que precisam conhecê-la. Têm como principal objetivo a vigilância das doenças de notificação compulsória (DNC).

As DNC são assim designadas por constarem da Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (DNC) em âmbito mundial, nacional, estadual e municipal. São doenças cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causar surtos e epidemias exigem medidas eficazes para a sua prevenção e controle

Esse núcleo fará à investigação e o acompanhamento de doenças de notificação compulsória, conforme a Portaria Ministerial nº 5, de 21 de fevereiro de 2006.

Os profissionais deste núcleo serão devidamente treinados e capacitados.

Estes terão trânsito livre na unidade, assim como acesso a prontuário para busca ativa de casos suspeitos, desde que respeitados os tramites de liberação e gerenciamento dos prontuários na Unidade.

6.4 Comissão Interna De Prevenção De Acidentes – CIPA

Capítulo 1 - Introdução, Finalidade e Campo de Aplicação

Art. 1° - A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (**AHBB|Rede Santa Casa**), Associação civil sem fins lucrativos dotada de personalidade jurídica de natureza privada, deverá constituir e manter a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, conforme preconizado na Norma Regulamentadora - NR5 do Ministério do Trabalho e Emprego, publicada na Portaria n. ° 3214 08 de junho de 1978.

Art. 2° - O presente regimento interno tem por objetivo regulamentar a organização e o funcionamento, bem como agregar as principais regras que deverão disciplinar o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - Parágrafo único.

Este regulamento obedece fielmente à legislação em vigor, vez que apenas acrescenta dispositivos complementares, permanecendo perfeitamente aplicável o regime trabalhista estabelecido em lei ou, ainda, o que for estabelecido em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da respectiva categoria. A **AHBB|Rede Santa Casa**, reger-se-á pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis e pelos dispositivos deste Regimento.

Capítulo 2

Do objetivo

Art. 3° - 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.

Capítulo 3 - Da Estrutura e Composição

Secção I - Estrutura

Art. 4° - A Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa** proporcionará o suporte técnico, científico e operacional, com a finalidade de assegurar a estrutura indispensável à eficiência da Comissão.

Secção II Composição

Art. 5°. A Comissão será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora - NR5, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978, sendo de forma paritária por representantes do empregador, nomeados pela direção, e representantes dos empregadores, eleitos mediante votação.

Art. 6°. Caberá a Diretoria a designação, anualmente, dos representantes da **AHBB|Rede Santa Casa**, titulares e suplentes, que irão integrar a comissão, por meio de ato normativo.

§ 1°. O empregador designará dentre os seus representantes, o Presidente da CIPA;

§ 2°. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo **AHBB|Rede Santa Casa** e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

§ 3°. Os representantes dos empregados eleitos, escolherão o Vice-presidente entre os mais votados.

Capítulo 4 - Da organização

Art. 7° - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção e demais membros, de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 8° - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

Art. 9° - Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10° - 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.

Art. 11° - A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 12° - A documentação indicada no Art. 11° deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada.

Art. 13° - O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo

Art. 14° - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

Capítulo 5 - Das atribuições

Art. 15° - A CIPA terá por atribuição:

I. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

II. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III. Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII. Participar, das discussões promovidas pela Unidade de Saúde para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII. Requerer ao Departamento de Saúde Ocupacional, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX. Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programas de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programas de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, NR7 e NR9, respectivamente, bem como de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI. Participar, em conjunto com o departamento de saúde ocupacional, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII. Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII. Requisitar ao hospital as cópias das Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT's emitidas;

XIV. Promover, anualmente, em conjunto com o departamento de saúde ocupacional, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

XV. Participar, anualmente, em conjunto com a Secretaria Municipal de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 16° - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 17° - Cabe aos empregados:

I. Participar da eleição de seus representantes;

II. Colaborar com a gestão da CIPA;

III. Indicar à CIPA, ao Departamento de Medicina Ocupacional e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.;

IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 18° - Cabe ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao Departamento de Medicina Ocupacional as decisões da comissão;

III. Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

IV. Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 19° - Cabe ao Vice-Presidente:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 20° - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
IV. Promover o relacionamento da CIPA com o Departamento de Medicina Ocupacional;
V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
VII. Constituir a comissão eleitoral.

Art. 21° - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

I. Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
II. Preparar as correspondências; e
III. Outras que lhe forem conferidas.

Capítulo 6 - Do Funcionamento

Art. 22° - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 23° - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. Como a Unidade de Saúde funciona (24) vinte e quatro horas, o turno das reuniões será decidido, por meio de votação, entre os membros da comissão (indicados e eleitos) que estiverem presentes na data da posse.

Art. 24° - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de (50%) cinquenta por cento mais um, do total de componentes.

Art. 25° – Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art. 26° - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 27° - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 28° - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 29° - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único.

Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 30° - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 31° - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de (04) quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 32° - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 33° - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em (02) dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 34° - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em (02) dois dias úteis.

Art. 35° - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 36° - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 37° - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de (30) trinta dias, contados a partir da data da posse.

Capítulo 7 - Do processo eleitoral

Art. 38° Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 39° A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

Art. 40° 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.

Art. 41° Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa. O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a. Publicação e divulgação, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
b. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
c. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
d. Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
e. Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
f. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
g. Voto secreto;
h. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
i. Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
j. Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 42° Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 43° 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.

Art. 44° Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Art. 45° Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Art. 46° 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.

Art. 47° Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 48° Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 49° 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.

Secção I - Sistema de comunicação

A comunicação, interna e/ou externamente, deverá ocorrer junto a diretoria de acordo como o que segue:

I. Calendário de reuniões: Instrumento de comunicação interno-externa utilizado para informar as datas de todas as reuniões ordinárias, tendo como responsável, o secretário da comissão;

II. Ata: Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões;

III. Memorando: Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da comissão (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição;

IV. Memorando circular: Instrumento que contém avisos e/ou determinações da comissão, destinado a todo o serviço ou algumas áreas ou serviço;

V. Justificativa de ausência em reuniões ordinárias:

a) Documento padrão aprovado pela Comissão destinado ao controle e registro das ausências.

b) Fica instituído que o prazo para justificativa de faltas será de 24 horas de antecedência a data da reunião.

c) Em casos excepcionais motivados na data pré-determinada, deverão ser justificados no primeiro dia útil após a reunião em formulário próprio e especifico.

Art. 50° - A comunicação verbal utilizada interna e externamente pode ocorrer através de reuniões Gerenciais e técnicas, ordinárias e/ou extraordinárias, com a finalidade de elaborar, implementar, acompanhar e avaliar as ações propostas. Secção II

Seção II - Do mandato

Art. 51°. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano.

Secção III - Das disposições gerais

Art. 52°. Os casos omissos e as dúvidas, surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirigidos pelo Presidente da Comissão em conjunto com a direção.

Art. 53°. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Art. 54°. Este Regulamento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

6.5 Comissão De Controle De Infecção (CCIH)

Diretrizes e normas para prevenção do controle da infecção

Regimento interno, categorias e finalidade

Art 1° - Nos termos da Lei 9.431 de 06 de janeiro de 1997 e da portaria MS n°2. 616, de 12 de maio de 1998, a Comissão de Controle de infecção e natureza técnico-científica permanente.

Art 2°-Desenvolvimento e manutenção de programas de Controle de Infecção são os objetivos desta Comissão.

§ 1° - Programa de Controle de Infecção é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções.

§ 2° - As infecções relacionadas à assistência à saúde (conhecidas também pela sigla IRAS), antigamente chamadas de infecções, são aquelas adquiridas após a admissão do paciente e que se manifestam durante a internação ou após a alta, quando puderem ser relacionadas aos procedimentos da assistência, seja ela, em clínicas de diálise, instituições de longa permanência, hospital-dia ou ambulatórios de quimioterapia ou infusão de medicamentos. Quando se desconhece o período de incubação do agente etiológico e não houver evidência clínica ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionaram-se IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de setenta e duas horas após a admissão.

Objetivo

Agregar as áreas em comum, que envolvem os programas de prevenção e Controle de infecção relacionadas a assistência em saúde, infecções de origem comunitária de notificação compulsória e gerenciamento de riscos.

CAPÍTULO II - Estrutura e organização

SEÇÃO I

Estrutura

Art 3º - A estrutura da CCIH compreende:

Serviço de Controle de Infecção (CI)

Comissão de Controle De Infecção Hospitalar (CCIH) Órgão de assessoria da direção da instituição composta por profissionais de nível superior, formalmente designados, constituída por:

Membros Consultores (representantes dos serviços médico, de enfermagem, farmácia, laboratório de microbiologia e da administração.

Membros Executores (obedecendo à relação de 2 técnicos de nível superior, sendo um dos membros preferencialmente da enfermagem).

Art 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Diretoria Clínica, proporcionará a infraestrutura necessária.

Composição do colegiado

Art 5º - A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar, no mínimo, com 7 (sete) componentes.

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Composição da Comissão CCIH		Quantidade
Formação	Perfil do Componente	
Médico infectologista	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia	1

Médico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade.	2
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade.	2
Farmacêutico	Profissional com Formação em Farmácia, com título de especialista e que atua no Serviço de Farmácia	1
Bioquímico ou Biomédico	Profissional com formação em Biologia, Farmácia e Bioquímica ou Biomedicina, com título especialista	1

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em técnicos e profissionais especializados em Controle de infecção e representantes, preferencialmente de nível superior, da unidade envolvidas diretamente no referido programa.

Art 6° - O Diretor Clínico escolherá os Membros que comporão a CCIH e promoverá as designações destes, do Presidente e do Vice-Presidente.

Das competências e metas

Art. 7 °. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH:

Elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de Controle de infecção adequado às características e necessidades da unidade, contemplando no mínimo ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções, de acordo com o Anexo III da Portaria 2.616 do Ministério da Saúde/1998;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da UPA 24H, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-.

- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da unidade e às Chefias de todos os setores da unidade a situação do controle das infecções, promovendo seu amplo debate;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na unidade, por meio de medidas de precaução e isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-Ambulatoriais;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções;
- Elaborar e praticar o Regimento Interno para a CCIH;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades;
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sobre vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em quaisquer dos serviços ou unidade do hospital, e atuar cooperativamente com serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Das atribuições da CCIH

Art. 12. São atribuições específicas da Diretoria Clinica

I. Constituir formalmente a CCIH;

II. Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
III. Propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
IV. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH;
V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição.

Art. 13. São atribuições específicas do Presidente:

I. Representar a CCIH;
II. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
III. Despachar expedientes e subscrever documentos da Comissão;
IV. Dirigir os trabalhos da CCIH;
V. Prover recursos para implementação dos Projetos da CCIH
VI. Assessorar a CCIH com relação às diretrizes da administração;
VII. Comunicar a destituição dos membros ao Diretor Clinico;
VIII. Cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas;
IX. Indicar o seu substituto eventual.

Art. 14. São atribuições dos membros consultores da Comissão:

I. Representante da Administração:
- ✓ Implementar as normas da CCIH junto aos serviços de apoio (limpeza, lavanderia, serviço de manutenção).

II. Médico:
- ✓ participar da padronização de medicamentos;
- ✓ participar ativamente do controle de infecção pré ;
- ✓ participar em todos os âmbitos nas discussões e orientações;
- ✓ discutir a prescrição de antibióticos com os médicos, subsidiado com as informações do farmacêutico, do laboratório e da enfermagem;
- ✓ autorizar a liberação do antibiótico fora da padronização e diante de necessidade;
- ✓ elaborar o programa de controle de antimicrobianos;
- ✓ realizar vigilância epidemiológica ativa;
- ✓ participar de reuniões;
- ✓ participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema "infecção";
- ✓ participar de pesquisas sobre infecção;
- ✓ sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções.

III. Farmacêutico:

- ✓ fiscalizar as condições de armazenamento e validade dos medicamentos adquiridos, especialmente dos antibióticos;
- ✓ propor à Comissão o número de marcas e de apresentações comerciais dos agentes terapêuticos utilizados no hospital;
- ✓ manter atualizada a padronização de medicamentos (especialmente a de antibióticos) e sugerir, periodicamente, à CCIH, a exclusão ou a inclusão de agentes terapêuticos na mesma;
- ✓ preparar e divulgar através da CCIH tabela de incompatibilidade química, a fim de evitar a administração inadequada de misturas de medicamentos no paciente;
- ✓ controlar o uso de medicamentos de alto custo ou de elevada toxicidade e pesquisar alternativas menos onerosas e menos tóxicas;
- ✓ informar ao corpo médico, através da CCIH, o custo, os efeitos colaterais e a ação terapêutica dos novos agentes colocados no mercado;
- ✓ manter um arquivo de prescrição de antimicrobianos e fornecer mensalmente à CCIH, levantamento dessa prescrição por clínica e por antibiótico.

IV. Enfermeiro:

- ✓ manter contato permanente com as diversas UPA 24Hs para detecção relativa ao controle de infecção, coletar dados de interesse, dar orientação técnica e supervisionar o cumprimento das normas e recomendações emanadas da CCIH;
- ✓ criar mecanismos que facilitem o desenvolvimento da vigilância epidemiológica ativa, de forma a facilitar a coleta de dados;
- ✓ acompanhar a implantação do programa de controle de infecção pré;
- ✓ elaborar rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem adequado ao controle das infecções Ambulatoriais e orientar sua execução;
- ✓ promover educação em serviço para pessoal que atua em áreas de capacitação específica;
- ✓ participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema "infecção";
- ✓ participar de pesquisas sobre infecção;
- ✓ sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções;
- ✓ promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos com a finalidade de prevenir as infecções;

- ✓ fazer cumprir as atribuições descritas.

V. Biomédico:

- ✓ orientar o corpo clínico quanto à solicitação de exames, coleta de amostras e interpretação de resultados microbiológicos;
- ✓ rejeitar as solicitações que não estiverem de acordo com os critérios por ele estabelecidos e aprovados pela CCIH;
- ✓ implantar métodos rápidos para a identificação de agentes infecciosos e determinar sua sensibilidade aos antimicrobianos;
- ✓ organizar um arquivo de resultados que permita a realização periódica de levantamentos da frequência de microorganismos isolados das infecções pré Ambulatoriais da prevalência de cepas resistentes aos antibióticos.

VI. Secretárias:

- ✓ agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- ✓ digitar memorandos, ofícios e demais documentos, receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes a CCIH e Gerência de Risco;
- ✓ catalogar fontes bibliográficas;
- ✓ manter os arquivos atualizados;
- ✓ manter os armários organizados;
- ✓ executar os serviços de digitação da CCIH;
- ✓ fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos setores competentes, após autorização da chefia da UPA 24H;
- ✓ alimentar diariamente o sistema para notificações de infecção (planilha Excel) após notificação de infecção pelos membros executores da CCIH, gerando a estatística global mensal;
- ✓ participar da organização de eventos;
- ✓ digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- ✓ confeccionar impresso referente a planilha NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance - Sistema Nacional de Vigilância de Infecções) mensal das infecções Ambulatoriais das UPA 24Hs críticas;
- ✓ realizar a notificação das queixas técnicas e eventos adversos da farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância;

- ✓ participar e elaborar ata de reunião da Gerência de Risco e CCIH;
- ✓ conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do setor;
- ✓ receber exames laboratoriais, conferir UPA 24H de internação e leito do paciente e encaminhar aos membros executores da CCIH para vigilância microbiológica ativa;
- ✓ checar os e-mails da caixa de entrada CCIH diariamente;
- ✓ encaminhar até o último dia de cada mês o impresso NNIS para as UPA 24Hs críticas e solicitar os impressos anteriores;
- ✓ solicitar até o dia 05 de cada mês as estatísticas gerais de cada setor

Dos membros executores da CCIH

Art. 15. Os membros executores da CCIH representam o Controle de Infecção, e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção:

Da Composição

I. Coordenador, com dedicação a CCIH;
II. o Médico, com tempo mínimo de quatro horas diárias de dedicação a CCIH;
III. o enfermeiro com tempo mínimo de seis horas diárias de dedicação a CCIH;
IV. Secretária com dedicação exclusiva ao CCIH;

Das atribuições

Art. 16. São atribuições dos membros executores:

I. Coordenador:

- ✓ estruturar a CCIH do ponto de vista organizacional e operacional;
- ✓ promover a capacitação dos recursos humanos da CCIH;
- ✓ coordenar e ministrar periodicamente, cursos de Controle de infecção para os profissionais de saúde que atuam na Instituição;
- ✓ realizar busca ativa de casos, diariamente, com assessoramento na abordagem de pacientes de risco e infectados;
- ✓ padronizar germicidas e/ou produtos químicos com supervisão da utilização dos mesmos;
- ✓ avaliar a padronização de rotinas técnicas;
- ✓ realizar investigações epidemiológicas quando necessárias;
- ✓ elaborar relatórios periódicos e promover discussão com o corpo clínico e a UPA 24H de enfermagem;

- ✓ elaborar relatórios mensais e anuais para a Secretaria de Saúde;
- ✓ assessorar e/ou dar subsídio as UPA 24Hs, na aquisição e manutenção de equipamentos destinados a procedimentos invasivos;
- ✓ divulgar o trabalho realizado nas UPA 24Hs em congressos, seminários, cursos e atividades afins;
- ✓ comunicar periodicamente ao Diretor Técnico/Clinico todas as medidas a serem tomadas e o andamento das atividades.

II. Médico:

- ✓ realizar busca ativa de casos, com assessoramento na abordagem de pacientes infectados;
- ✓ participar da rotinização de atividades técnicas;
- ✓ realizar investigação epidemiológica;
- ✓ elaborar relatórios periódicos e discuti-los com o corpo clínico;
- ✓ realizar pesquisas e divulgar o trabalho da CCIH em eventos;
- ✓ auditar o uso de antimicrobianos;
- ✓ elaborar estratégias de intercâmbios internos e externos.

III. Enfermeiro:

- ✓ realizar vigilância epidemiológica (busca ativa e passiva) de casos nos diversos setores e unidades do hospital, com pesquisa de infecções de egresso;
- ✓ realizar busca ativa no laboratório de microbiologia e/ou obter acesso direto com terminal de computador na CCIH;
- ✓ realizar investigações epidemiológicas;
- ✓ padronizar e/ou supervisionar rotinas técnicas para controle de infecções e s;
- ✓ elaborar os relatórios mensais da CCIH;
- ✓ reciclar recursos humanos para controle de infecções em todos os níveis em cooperação com setores competentes;
- ✓ realizar trabalhos científicos em Controle de infecção que sejam de importância para a CCIH;
- ✓ realizar inspeção periódica em todos os setores para avaliar a implementação do Programa de Prevenção e Controle das Infecções;
- ✓ atender e assistir os visitantes e estagiários do CCIH;

- ✓ elaborar, implantar e implementar e/ou orientar o Programa de Prevenção do Controle das Infecções es;
- ✓ substituir o coordenador em seu impedimento.

Art. 17. A execução de atividades desenvolvidas pela CCIH não relacionadas neste Regimento poderão ser realizadas por qualquer um de seus membros de acordo com sua disponibilidade.

Das Reuniões

Art. 18. As reuniões da CCIH serão realizadas em caráter ordinário (mensal), em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 19. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 20. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 21. A CCIH poderá incluir mensalmente em uma de suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 22. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros da CCIH.

Art. 23. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 24. Os membros da comissão que faltarem a três reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente consideradas desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Diretor Técnico/Clinico.

DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

Comissão de Controle de Infecção												
Ações	1°mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	7° mês	8° mês	9° mês	10° mês	11° mês	12° mês

Nomeação do Membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos – Levantamento de Necessidades												
Capacitação Biossegurança												
Capacitação de Lavagens das mãos												
Avaliação de indicadores												

Das Disposições Finais

Art. 25. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 26. Os casos omissos serão resolvidos pela comissão em reunião para isto, convocada com a presença do Diretor Técnico/Clinico.

Art. 27. O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

6.6 Comissão De Ética De Enfermagem - CEF

Definição

É um órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem; com a finalidade de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos a Ética Profissional de Enfermagem.

Regulamentação:

Lei nº. 5.905 / 1973 do COREN

Resolução nº. 172 / 1994

Vigência:

12 meses permitindo reeleição

Principais Atividades:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Unidade de Saúde através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;
- Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem

Indicadores

- Total de Enfermeiros com Inscrição no COREN
- Total de Técnicos / Total de Auxiliares
- Total de funcionários capacitado
- Total de processos Éticos analisados

Funcionamento e Organização

- ✓ O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão.
- ✓ Deverão ocorrer Reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definido e realizado mensalmente.
- ✓ Cronograma de Atividades Educativas e Epidemiológica Anual.
- ✓ Ata das reuniões, bem como Relatório com plano de ação, indicadores e metas:
- ✓ Mensal – a ser entregue a coordenação local
- ✓ Cronograma de reuniões ordinárias.

Proposta para regimento- comissão de ética de enfermagem

Capitulo I - Características Gerais – Definição

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício nas referidas instituições.

Capitulo II - Natureza e Finalidades

Art. 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da unidade de Saúde à que pertence, estabelecendo com ela uma relação

de independência e autonomia, cientificando e assessorando a mesma sobre os assuntos afetos a esta.

Parágrafo único – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar a Diretoria da unidade de Saúde o calendário de suas reuniões e/ou atividades.

Art. 3° - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da unidade através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;
- Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

Capitulo III - Das Eleições

Art. 4° - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto

Art. 5° - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados de pleito.

Parágrafo 1° - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos.

Parágrafo 2° - A Convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para a votação. Prazo este também para as inscrições e divulgação dos candidatos.

Parágrafo 3° - Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

Grupo I correspondente ao Quadro I, da categoria de Enfermeiros e Grupo II correspondente ao Quadros II e III, respectivamente dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Parágrafo 4° - Os candidatos poderão indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de enfermagem da unidade, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Parágrafo 5° - As inscrições serão encerradas 30 (trinta) dias antes da data do pleito, quando a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação dos candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, quando o COREN-SP deverá expedir declaração, sem ônus para os candidatos.

Parágrafo 6° - os candidatos ao pleito deverão ter os seguintes requisitos:

I. Ter no mínimo 2 anos de inscrição definitiva e estarem em dia com suas obrigações junto ao COREN.

II. Os candidatos não devem estar envolvidos em processo ético no COREN.

Parágrafo 7° - Os candidatos não devem estar respondendo a nenhum processo administrativo na Unidade de Saúde, ou envolvidos em investigações de Análise de Causa Raiz com desfecho óbito.

Art. 6° - A data de votação fica estabelecida para o último dia útil do mês devendo a posse ocorrer até o dia dd/mm do mesmo ano.

Parágrafo 1° - Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares nos candidatos do Grupo II.

Parágrafo 2° - O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto.

Art. 7° - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do processo eleitoral podendo ser assistida por todos os interessados.

Parágrafo 1° - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número dos votos válidos no Grupo I e Grupo II, e os resultados finais deverão ser enviados ao COREN no prazo máximo d 30 (trinta) dias após o pleito.

Parágrafo 2° - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate de acordo com o tempo de exercício na **AHBB|Rede Santa Casa** na categoria eleita. Caso persista o empate considerar-se a o profissional com o número de registro mais antigo no Conselho como vencedor.

Parágrafo 3° - Protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após as eleições e encaminhados, em primeira instância, à Comissão Eleitoral, em segunda instância à C.E.E e, por último, a instância superior – COREN.

Art. 8° - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN

Capitulo IV - Competência

Art. 9° - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

I. Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das Resoluções e Decisões do COFEN e dos COREN's dentro da Instituição.

II. Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão.

III. Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que trabalham na Instituição.

IV. Realizar sindicância sobre o fato notificado, quando julgar necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando à termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo as modificações que venham a julgar necessárias;

V. Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da CEE ao COREN, no prazo máximo de trinta dias, sujeito a prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos a este, com cópia para a respectiva Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da unidade.

VI. Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a CEE deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na unidade.

VII. Cientificar à Diretoria da unidade sobre todos os relatórios conclusivos das Sindicâncias ali instauradas pela CEE.

VIII. Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de complexa tecnologia, para que sejam adotados pela equipe de enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados.

IX. Solicitar aos responsáveis pela Diretoria, assim como, aos responsáveis pelos outros serviços da Unidade de Saúde, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados.

Art. 10° – Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

I. Eleger Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

II. Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre matérias em pauta.

III. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão prevista neste regimento.

IV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa aqueles que vierem responder sindicâncias.

Capitulo V - Estrutura

Art. 11° – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício com a **AHBB|Rede Santa Casa**, executando-se àqueles profissionais que sejam membros da Diretoria nos órgãos de classe ou que sejam Diretor/ Gerente de Enfermagem, na referida unidade.

Parágrafo único – A unidade de Saúde poderá fazer com que a Instituição de Ensino que solicita campos de Estágio se comprometa em participar de processos de sindicância quando necessário.

Capitulo VI - Composição

Art. 12° – Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, a unidade de Saúde deverá contar no seu quadro de pessoal de enfermagem, no mínimo, 10 (dez) enfermeiros.

Art. 13° – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser constituída por 5 membros efetivos, sendo 3 enfermeiros, 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 5 membros suplentes sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Parágrafo 1° - Os membros efetivos serão designados para as funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário, através de votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.

Parágrafo 2° - As funções de Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros.

Parágrafo 3° - A C.E.E somente poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros.

Parágrafo 4° - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos suplentes nos trabalhos da C.E.E.

Capítulo VII - Atribuições

Art. 14° – ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem compete:

I. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão.
II. Planejar e controlar as atividades programadas ou não da Comissão.
III. Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhá-lo à Diretoria/Gerência para ciência.
IV. Elaborar parecer final para ser encaminhado ao COREN em casos que sejam constatadas infrações éticas.

Art. 15° – ao Vice-Presidente da Comissão compete:

I. Participar das reuniões da C.E.E.
II. Colaborar no planejamento e controle das atividades da C.E.E.
III. Substituir o Presidente na ausência do mesmo.

Art. 16° – Ao Secretário da C.E.E compete:

I. Secretariar as reuniões e registrá-las em ata.
II. Verificar o quórum nas sindicâncias.
III. Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas.
IV. Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância.
V. Executar as atividades internas que lhe forem atribuídas ou delegadas.
VI. Elaborar conjuntamente com o Presidente da Comissão os relatórios das Sindicâncias.

Art. 17° – Aos suplentes da C.E.E compete:

I. Participar e colaborar nos trabalhos da C.E.E.
II. Atender às convocações da reunião da C.E.E.
III. Substituir os membros efetivos nas reuniões da C.E.E.

Capitulo VIII - Disposições Gerais

Art. 18° – A C.E.E. reunir-se-á, uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados.

Art. 19° – A C.E.E. reunir-se-á extraordinariamente quando a importância do fato assim o exigir.

Art. 20° – O quórum para as decisões corresponde à maioria simples dos membros da Comissão.

Art. 21° – Na desistência de um ou mais membros efetivos da C.E.E., os mesmos serão automaticamente substituídos pelos suplentes de acordo com o número de votos obtidos na eleição. Na ausência destes no momento, cientificando-se formalmente o COREN a esse respeito.

Parágrafo único – Em casos excepcionais a **AHBB|Rede Santa Casa** poderá encaminhar nome (no máximo três) de profissionais ao COREN, que fará a indicação para preenchimento de vagas existentes.

Art. 22° – A ausência não justificada à mais de 3 reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da C.E.E sendo convocado o suplente correspondente. Tal exclusão e a correspondente substituição deverão ser comunicadas formalmente ao COREN.

Art. 23° – Quando um dos membros da C.E.E, estiver envolvido na sindicância, o mesmo, será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade às suas atividades na Comissão, durante a vigência da sindicância.

Art. 24° – Quando um dos convocados não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa junto a CEE até 3 dias após a referida data. Se a justificativa não for aceita pela C.E.E., o fato deverá ser comunicado ao COREN sob forma de denúncia, ficando assim sujeito às penalidades impostas.

Art. 25° – Os trabalhos de sindicância dar-se-ão por encerrados assim que todos os aspectos do fato estiverem esclarecidos. Havendo necessidade, a C.E.E. poderá convocar e organizar sindicâncias sobre o mesmo fato tantas vezes quantas forem necessárias.

Art. 26° – Se houver a necessidade da presença de profissionais de outras áreas, os mesmos poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados.

Art. 27° – A CEE deverá enviar ao COREN, até o dia XX/mm de cada ano, sobre suas atividades dentro da instituição, correspondente ao ano anterior, incluindo aí o número de sindicâncias abertas e demais dadas considerados importantes, para análise do COREN.

Art. 28° – O COREN, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios anuais enviados pela CEE promoverá Seminários com os componentes da CEE para orientações e esclarecimentos.

Art. 29° – As Comissões de Ética de Enfermagem eleitas anteriormente à promulgação desta Decisão, terão seus mandatos prorrogados até a posse da C.E.E. a ser eleita e empossada.

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de Contrato

- ✓ Nomeação pela Gerência de Enfermagem dos membros da Comissão, após identificar, entre os profissionais, indivíduos com perfil;
- ✓ Validação do COREN – PR da Comissão;
- ✓ Validação do Regimento Interno pela Comissão;
- ✓ Elaboração de relatório mensal;
- ✓ Educação Permanente: Criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;
- ✓ Manter atualizado o cadastramento de todos da equipe de Enfermagem;
- ✓ Divulgar o código de Ética e demais normas disciplinares e Éticas da categoria;

- ✓ Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe de Enfermagem;
- ✓ Manter portaria atualizada.

Cronograma de Atividades Anual

Comissão de Ética de Enfermagem												
Ações	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	7° mês	8° mês	9° mês	10° mês	11° mês	12° mês
Proposta dos membros da Comissão												
Eleições dos Membros da Comissão												
Reuniões Mensais conforme Demanda												

6.7 Comissão De Revisão De Óbito - CRO

6.7.1 Da Denominação

Art. 1° A Comissão de Revisão de Óbitos foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS N° 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171/2017.

Art. 2° A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

6.7.2 Das Finalidades

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – **AHBB|Rede Santa Casa**:

I. Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

II. Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.

III. Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará oscasos para a Comissão de Ética Médica (quando esta estiver implantada na unidade), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regionalde Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais envolvidos.

IV. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da unidade

6.7.3 Da Composição

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional da **AHBB|Rede Santa Casa**, e deverá ser nomeada em portaria da Diretoria da unidade:

§ 1° A Comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 2° Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos.

§ 3° Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 01 (um) representante por profissão.

§4° O presidente da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

§5° A comissão será composta por um representante de cada unidade existente no serviço:

I. Representante da Unidade de Pronto Atendimento;

II. Representante da Unidade de Materno Infantil;

III. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;

IV. Representante da Unidade de Unidade da Equipe Multiprofissional

6.7.4 Do Mandato

Art. 5º A duração do mandato da Comissão de revisão de Óbitos será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. Em caso de

substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Diretoria Técnica, para aprovação e alteração.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros

6.7.5 Do funcionamento e organização

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se a mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada à Diretoria uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará à Direção Técnica que indicará um novo representante para análise, aprovação e nomeação via Diretoria;

§ 3º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, constando data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido em reunião;

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião;

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes;

Art. 9º Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise;

Art. 10. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11. Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Técnico;

Art. 12. Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

§ 1º Será utilizado um formulário para padronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 13. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue à Direção Técnica para as providências necessárias.

6.7.6 Das Atribuições

Art. 14. Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da unidade, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017).

Art. 15. São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
II. A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.
III. Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados. É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.

IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
VI. Criar, com juntamente com o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

VII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

VIII. Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Direção Técnica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

IX. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;

X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e à instituição.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Sugerir seu substituto à Direção Técnica da unidade;

III. Representar a comissão junto à alta governança da unidade, ou indicar seu representante;

IV. Fazer cumpri o regimento;

V. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 17. São atribuições da secretaria da comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Realizar outras funções determinantes pelo presidente, relacionadas ao serviço;

VIII. Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após o trabalho realizado.

6.7.7 Das disposições gerais

Art. 18 Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria e gerências assistenciais.

Art. 19 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 20 O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e Gerência da Qualidade

Anexo

QUALIDADE
REDE SANTA CASA

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE ÓBITOS					
COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS					
Nome do Paciente:				Idade:	
Nº de Prontuário:				Data de Nascimento:	
Data do Óbito:	Horário do Óbito:			Local do Óbito:	

Nº	QUESTÃO	Resposta			
		Sim	Ir Para	Não	Ir Para
1	Trata-se de caso terminal, irreversível?		23		2
2	A morte foi devida a casa ou complicação esperada?		3		7
3	Existem e estavam disponíveis medidas para evitar a causa?		4		7
4	As medidas para evitar a causa foram tomadas?		5		6
5	As medidas foram adequadas e tomadas na hora certa?		7		24
6	O paciente ou seu responsável quis que medidas para evitar a causa fossem tomadas? (sim se não houver registro específico no prontuário)		24		7

7	Há probabilidade que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?		8		11
8	Há registros no prontuário de manifestações de causa?		9		11
9	As manifestações da causa foram reconhecidas / comunicadas como evidências de desencadeamento da morte?		10		11
10	Há razoável evidência de que o diagnóstico feito ou problema identificado estavam de acordo com os achados		12		24
11	Foi reconhecido a presença da causa?		12		24
12	O diagnóstico era tratável?		13		23
13	O tratamento foi efetuado de forma no tempo correto?		23		24
14	Falta de Material e ou equipamento médico hospitalar?				
15	Não realização de exame solicitado?				
16	Não realização da cirurgia proposta?				
17	Óbito no pós-operatório?				
18	Infecção hospitalar?				
19	Sepse/Choque séptico?				
20	Queda de leito hospitalar?				

21	Falta de vaga em setor crítico?				
22	Óbito durante transporte intra-hospitalar				
23	Óbito justificado	Local do óbito à tempo:			
24	Dúvida: O óbito deve ser discutido				

Conclusões Clínicas	Atestado de Óbito	
Diagnóstico inicial	Causa básica:	
Diagnóstico definitivo:	Causa sequencial:	
Diagnóstico secundário	Causa terminal:	
	Data do óbito:	
	Avaliação preenchimento	Letra ilegível:
		Falta carimbo:
		Falta preenchimento:
Conclusões:	Revisor:	

6.8 Comissão De Ética Médica - CEM

6.8.1 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Médica (CEM)

Capítulo I – Das definições

Art 1° - A Comissão de Ética Médica, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras.

Art 2° - A CEM exercer suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CREM PR, que exercem atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.**

Art 3° - A CEM é autônoma em relação à Administração, mantendo com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

Capítulo II – Da Estrutura

Art 4° - A Estrutura da CEM compreende:

I. Colegiado
II. Presidência

III. Secretário

IV. Apoio Administrativo

Capítulo III – Da Composição

Art 5° - A CEM será composta por 4 (quatro) membros efetivos e 4 (quatro) membros suplentes, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

Parágrafo 1 – O número de integração poderá ser alterado a qualquer momento tendo como base Resoluções do CFM ou CREM PR.

Parágrafo 2 – Todos os membros serão considerados titulares.

Art 6° - Os membros eleitos escolherão por votação, o presidente e o secretário.

Parágrafo Único – No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da sua maioria, em Reunião procederão à substituição dos mesmos que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art 7° - Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em Reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleições do seu Presidente e ou Secretário.

Art 8° - Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam quites com o CREM PR

Parágrafo 1 -Os membros da CEM que, posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa, deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

Parágrafo 2 – O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Formação	Perfil do Componente	QTD
Presidente	Profissional com formação em medicina, efeito pelo corpo clínico do hospital	1
Secretário	Profissional com formação em medicina e que atua no Hospital	1
Membros efetivos	Profissional com formação em medicina, efeito pelo corpo clínico do hospital	3

Membros Suplentes	Profissional com formação em medicina, efeito pelo corpo clínico do hospital	3

Art 9° - As Comissão de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1° desde Regulamento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instalações com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;

b) Na instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membro efetivos e igual números de suplentes;

c) Na instituição que possuir de 100(cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual números de suplentes;

d) Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 8 (oito) suplentes;

e) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos 8 (oito) suplentes;

f) Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizada no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos de 10(dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.

Capítulo IV – Das Competências

Art 10° - Compete à CEM

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar e nas Instituições sob sua administração o exercício ético da atividade médica;

b) Comunicar ao CREM PR quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

c) Comunicar ao CREM PR o exercício ilegal da profissão.

d) Instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminha-lo ao CREM PR quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica, sem emitir juízo, e quando ela for instaurada por solicitação daquele órgão

e) Desenvolver atividade educativa através de discussões, e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria e Departamentos e Comissões de Residência Médica (COREME) e Comissão de Pós-Graduação (CPG).

Art 11 – Compete ao colegiado da CEM:

a) Eleger o Presidente a o Secretário;
b) Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta;
c) Desenvolver as atribuições conferidas a CEM;
d) Garantir o exercício do amplo direto de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias;
e) Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;

Art 12 – Compete ao Presidente da CEM:

a) Representar a CEM perante as Direções, bem como às suas diversas Comissões e ao CREM PR;
b) Convocar as reuniões ordinárias extraordinárias da CEM.
c) Convocar o Secretário ou, na ausência deste, membros da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
d) Encaminhar ao CREM PR os relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas quem tiveram origem naquele órgão;
e) Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório e CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder à consultas referentes a assunto éticos;

Art 13 – Compete ao secretário da CEM:

a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
b) Colaborar com Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;
c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
d) Supervisionar, lavar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CEM;
e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos a CEM.

Art 14 – Compete ao apoio administrativo

a) Receber os expedientes encaminhados a CEM;
b) Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;

c) Manter o arquivo da CEM em ordem;
d) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
e) Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, as Atas das reuniões;
f) Confecção de memorando, ofícios e rotinas operacionais da CEM;
g) Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;
h) Zelar pelo patrimônio disponibilizado à Secretaria da CEM;
i) Proceder as convocações para as reuniões da CEM;
j) Proceder as convocações para as oitavas;
k) Secretariar as oitavas instituídas pela CEM;
l) Lavrar os depoimentos durante as oitavas;
m) Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;
n) Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

Art 15 – A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa, inscritos regularmente no CREM PR, executando-se os residentes e estagiários. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Art16 – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado nas unidades no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art 17 – Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art 18 – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados e Institutos sob sua administração, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art 19 – O Diretor Clínico designara uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CREM PR.

Art 20 – Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

Art 21 -A CEM será composta pelos 4 (três) candidatos que obtiverem o maior número de votos.

Parágrafo Único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CREM PR.

Art 22 – O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CREM PR para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art 23 – Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após a eleição, e encaminhados em primeira instancia à Comissão Eleitoral e em segunda instancia ao CREM PR.

Art 24 – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CREMERS ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral, quando então se procederá a escolha, pelos membros eleitos, em votação secreta, do Presidente e Secretario da CEM.

Art 25 – O mandado da CEM será de até 24 (vinte e quatro) meses.

Parágrafos Único – As eleições serão realizadas, a cada 24 meses, no dia 18 de outubro (data comemorativa do médico).

Capítulo VI - Do Funcionamento

Art 26 – A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias mensais e reunir-se de forma extraordinárias quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art 27 – As reuniões ordinárias e extraordinárias de CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretario na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número dos membros, após 15 (quinze) minutos do início previsto ou mesmo antes, se estiverem presentes, pelo menos a metade dos seus 16 (dezesseis) membros.

Parágrafo único – Na ausência do Presidente e Secretario os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretario que a conduzirão.

Art 28 – Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância tem caráter sigiloso.

Art 29 – Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes à reunião, sendo prerrogativa do Presidente o "voto de Minerva" em caso de empate. Entretanto, a aprovação de Relatórios de Sindicância ou de assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença da metade mais um do 16 (dezesseis) membros da CEM.

Art 30 – As sindicâncias serão instauradas mediante:

a) Denuncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
b) Denuncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Técnico;
c) Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto quer mereça ser apurado;
d) Determinação do CREM PR.

Art 31- Aberta a Sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir relatório com suas conclusões e apresenta-lo em reunião ordinária. O

membro da CEM que se julgar impedido para determinada Sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art 32 – Instaurada a Sindicância, a CEM notifica os citados na sindicância oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.

Art 33 – Os envolvidos na sindicância podem manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela comissão sindicante (oitiva), acompanhados ou não por advogados, devidamente identificados, que não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do membro sindicante.

Art 34 – Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitivas, prontuários, ordens de serviço da Administração e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos das Sindicâncias, deverão ser devidamente numerados e juntados à sindicância.

Art 35 – O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultativo somente às partes e os membros da CEM.

Art 36 – Em qualquer momento os envolvidos têm direito a consulta e cópia dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestação, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Art 37 – Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

Art 38 – O membro da CEM presentes à reunião que não se julga suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas de Sindicância, propor diligencias ou adiamento da votação. O prazo de vistas, improrrogáveis, será até a realização da próxima reunião ordinária.

Art 39 – Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade de recursos junto ao CREM PR, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art 40 – Constatada a existência de início de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREM PR, para competente tramitação.

Art 41 – Contatada a existência de início de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria, para as providencias cabíveis.

Art 42 – Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do CREM PR.

1° - Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata especificas.

2° - Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio de relatório ao CREM PR.

Art 43 – O membro da CEM envolvido em sindicância não participarão das discussões de análise e da votação final do referido expediente.

Capítulo VII – Das disposições gerais

Art 44 -Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CREM PR.

Art 45 – Este Regimento Internos poderá ser alterado de acordo com futuras resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CREM PR e quando a CEM julgar necessário.

Capítulo VIII - Do funcionamento

Art 46 – As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art 47 – Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância terão caráter sigiloso.

Art 48 – Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de minerva" em caso de empate.

Art 49 -As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedeceram aos preceitos contidos nesta resolução.

Art 50- A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
b) Denúncia, por escrito, do diretor clinico ou diretor técnico;
c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
d) Solicitação da Delegacia Regional, seccional ou Representação;
e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art 51 – Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato ao envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art 52 – Todos os documentos relacionados com fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clinicas, das ordens de serviço e outros que podem colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensadas à sindicância quando for enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art 53 – O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art 54 – Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único – Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligencias para melhores elucidações do(s) fatos(s).

Art 55 – Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art 56 – Em caso de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiro, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

1° - Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata especifica.

2° - Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO VI – Cronograma de atividades anual

Comissão da Ética Médica												
Ações	1° Mês	2° Mês	3° Mês	4° Mês	5° Mês	6° Mês	7° Mês	8° Mês	9° Mês	10° Mês	11° Mês	12° Mês
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												

Oficina de capacitação sobre Ética Médica												
Realização de Reuniões com a Comissão de Prontuários												
Realização de reuniões com a Comissão de Óbitos												
Avaliação de indicadores												

Capítulo VII - Das disposições finais

Art 57– As determinações deste regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1° – As normas do presente regulamento referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, conforme parágrafo único do artigo 15.

Parágrafo 2° - A CEM já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art 58 -Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art 59 – Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência da Comissão de Ética dento da instituição.

6.9 Comissão De Revisão De Prontuários - CRP

6.9.1 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Prontuário

Capitulo I - Princípios e diretrizes gerais

Art. 1° O Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação de suas atividades

Art. 2 A CRP é regida por este Regimento Interno, tem natureza permanente e foi instituída para conduzir os processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dos prontuários médicos, conforme a Resolução do CFM n° 1.638 de 09 de agosto de 2002

Art. 3° A CRP é um órgão de assessoria direta da **AHBB|Rede Santa Casa** e deverá manter estreita relação com a Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 4° A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) da unidade será constituída por um número mínimo de 6 membros nomeados pelo diretor clinico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.

Representantes a serem deliberados

- Médico Pediatria
- Clínica Médica
- Enfermagem
- Administrativo

6.9.2 Objetivos

Analisar o prontuário do paciente, avaliando a qualidade dos registros sempre em consonância com a segurança da assistência prestada ao paciente;

- Analisar e sugerir a padronização de documentos a serem incluídos e/ou retirados do prontuário padrão encaminhado para a Diretoria Técnica da **AHBB|Rede Santa Casa.**
- Comunicar aos responsáveis pelas áreas assistenciais e de apoio as oportunidades de melhorias identificadas nas análises realizadas pela Comissão, bem como sugerir ações de educação permanente;
- Gerenciar e analisar mensalmente os dados estatísticos relativos à avaliação do prontuário e divulgá-los periodicamente para as áreas envolvidas.

6.9.3 Das definições

Art. 5° Para este regimento considera-se prontuário médico como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos,

acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência e ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros de equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Constituição

Composição da Comissão de Prontuário		
Formação	**Perfil do Componente**	**QTD**
Médico Clínico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade	1
Médico infectologista	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia	1
Médico pediatra	Profissional com formação em medicina, residência médica em pediatria e que atua na Unidade	1
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade	1
Médico Cirúrgico	Profissional com formação em medicina, residência médica em cirurgia que atua na Unidade	1

6.9.4 Das atribuições

Art. 6° - São atribuições da comissão de Revisão de Prontuário:

I. Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II. Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III. Competência da CRP:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina n° 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte eletrônico ou papel:

a) 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), e exames anexados;

b) Anamnese, exame físico, hipótese diagnosticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, descriminação de todos os procedimentos ao qual o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e / ou armazenados em meio eletrônico;

d) 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 respectivo número do Conselho de Classes.

e) 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.

f) Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clinicas e a direção técnica da unidade.

II. A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

6.9.5 Da organização e funcionamento

Art. 7° A CRPM requisitara ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Art. 8° A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Art. 9° A escolha do prontuário é aleatória.

Art. 10° A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Art. 11° As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.

6.9.6 Das Competências

Art. 18. São atribuições do Presidente e do Vice-presidente, na ausência ou vacância do Presidente:

I. Representar a Comissão, quando necessário;
II. Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;
III. Encaminhar à Superintendência, para homologação, as propostas de atividades
IV. aprovadas pela Comissão;
V. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem os resultados das avaliações dos prontuários;
VI. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;
VII. Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da Instituição, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação da Comissão de Ética Médica;
VIII. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 19. São atribuições do Secretário:

I. Assistir às reuniões;
II. Preparar e encaminhar os expedientes;
III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
V. 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;
VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
VIII. 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. 20. São atribuições comuns dos membros da Comissão:

I. Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado;
II. Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;
III. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas

para auditoria, organização e revisão dos prontuários;

IV. Zelar pelo sigilo ético das informações;

V. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;

VI. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência

VII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

VIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

CRONOGRAMADE ATIVIDADES ANUAL

Comissão da Prontuários												
Ações	1° Mês	2° Mês	3° Mês	4° Mês	5° Mês	6° Mês	7° Mês	8° Mês	9° Mês	10° Mês	11° Mês	12° Mês
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Realização de Reuniões com												

a Comissão de Prontuários												
Avaliação de indicadores												

6.9.7 Das disposições gerais

Art. 21. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão, a equipe da **AHBB|Rede Santa Casa** proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 22. A Comissão de Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 23. Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão e ciência das respectivas Comissões de Ética.

Art. 24. Este regimento entrará em vigor após publicação.

7. Anexos – Comissões

7.3.1 Anexo I – Plano de Ação

ID	Domínio	Evento	Plano de ação	Resultado esperado	Local de realização	Início/Duração	Responsável	Passo a passo

7.3.2 *Anexo II – Modelo de ficha De Monitoramento De Riscos Assistenciais*

QUALIDADE
JUNTOS SALVAMOS VIDAS

Gerenciamento de Riscos Assistenciais: Critérios de Avaliação - Instrumento de coleta de dados diário

AHBB | REDE SANTA CASA

Paciente/Nome	Score	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
	Braden																															
	Morse																															
	Maddox																															
	Braden																															
	Morse																															
	Maddox																															
	Braden																															
	Morse																															
	Maddox																															

INSTITUIÇÃO MEMBRO
Hospitais Saudáveis

002360

7.3.3 *ANEXO III – Modelo de ficha de coleta de dados assistenciais*

QUALIDADE
JUNTOS SALVAMOS VIDAS

Coleta de dados dos indicadores

AHBB | REDE SANTA CASA

Extubação	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	Total
Nº de pacientes em VM	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	2	1	1	1	2	2	21
Nº de extubação acidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retirada CVC	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	
Nº de pacientes com CVC	2	4	1	3	2	2	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	5	7	6	6	8	7	5	5	3	3	3	4	3	4	123
Nº retiradas acidentais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

AVP	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	
Nº de pacientes com AVP	2	6	6	9	7	6	6	5	5	5	5	5	5	4	4	1	3	6	4	2	3	6	6	7	6	6	6	5	2	4	3	150
Nº retiradas acidentais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retirada SNE	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	
Nº de pacientes com SNE	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	1	3	2	1	0	0	0	3	57
Nº retiradas acidentais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bradem	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	
Nº de pacientes com alto risco no Bradem	7	10	10	11	10	7	9	10	10	10	11	10	7	8	10	5	6	10	11	12	12	16	16	16	16	14	14	14	10	10	10	332
Nº com UPP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Contenção Mecânica	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	
Nº de pacientes dia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº pacientes com contenção	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Queda	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	
Nº de pacientes com risco para queda	7	10	10	11	10	7	9	10	10	10	11	10	7	8	10	5	6	10	11	12	12	16	16	16	16	14	14	14	10	10	10	332
Nº quedas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pesquisa	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	
Nº de pacientes com de alta	1	1	0	1	1	3	0	0	1	0	0	2	3	0	0	6	0	1	2	3	1	1	4	1	1	0	3	1	5	2	2	46
Nº pesquisas respondidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SAE	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	
Nº de SAE realizadas	7	10	10	11	10	7	9	10	10	10	11	10	7	8	10	5	6	10	11	12	12	16	16	16	16	14	14	14	10	10	10	332
Nº paciente/dia	7	10	10	11	10	7	9	10	10	10	11	10	7	8	10	5	6	10	11	12	12	16	16	16	16	14	14	14	10	10	10	332
Paciente/dia	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	
	7	10	10	11	10	7	9	10	10	10	11	10	7	8	10	5	6	10	11	12	12	16	16	16	16	14	14	14	10	10	10	332
Óbitos	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	
	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Transferências	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	
	3	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0	3	0	1	0	2	0	19

INSTITUIÇÃO MEMBRO
Hospitais Saudáveis

0021761

ANEXO IV - NOM (notificação de oportunidade de melhoria)

Notificação de Oportunidade de Melhoria
NOM

Dados do Evento Adverso

Unidade AHBB:	
Data da Notificação:	
Data da Ocorrência:	
Local:	Leito:
Setor:	
Nome do Paciente:	

Classificação do Incidente

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário à saúde	**Dano:** refere-se ao grau de comprometimento do estado de saúde do paciente, podendo ser:
Near Miss: incidente que não atingiu o paciente, é um potencial evento adverso (quase falha) **Incidentes sem dano:** evento que atingiu o paciente, mas não causou dano aparente **Incidentes com dano:** evento que resultou em dano ao paciente **Evento sentinela:** evento adverso não esperado, que resulte em incapacidade temporária ou permanente e/ou morte, sem consequências de um cuidado prestado	**Nenhum:** não houve nenhuma consequência ao paciente **Leve:** o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação) **Moderado:** o paciente necessitou de intervenção (exemplo procedimento suplementar ou terapêutica adicional) prolongamento do tempo de internação. **Grave:** necessário intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico-cirúrgica ou causou graves danos permanentes ou em longo prazo **Morte:** causada pelo evento adverso

Dados do Evento

	Queda do paciente
( ) Com dano	( ) Sem dano
	Lavagem das mãos
( ) Erro na técnica	( ) Não realização do procedimento
	Erro de medicação
( ) Dispensado errado ( ) Armazenamento errado ( ) Prescrição errada ( ) Administração errada ( ) Paciente errado ( ) Horário errado ( ) Infusão errada ( ) Incompatibilidade de soluções ( ) Outros:	
	Acidentes com material biológico
Descrever:	
	Infecção relacionada ao uso de cateter
( ) SVD ( ) CVC ( ) Sítio Cirúrgico ( ) Outro	
	Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica
Descrever:	

ANEXO V – Modelo de ficha técnica de indicadores

Número	Nome	Indicador	Domínio
1	CNES atualizado	CNES	SEGURANÇA (Prevenção Extubação acidental)
2	Apresentar percentual igual ou maior a 80% de bom e ótimo o grau de satisfação dos usuários do SUS	80% Satisfação	SEGURANÇA (Prevenção Infecção)
3	Implantar a visita ampliada aos pacientes internados	Visita Ampliada	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções)
4	Implantar/implementar o Setor de Ouvidoria da Instituição	Ouvidoria	EFETIVIDADE
5	Realizar mensuração de APGAR no 1º e 5º minuto de vida do RN	APGAR	EFETIVIDADE (Operacional)
6	Implantar política de medicamentos na instituição	Política de Medicamentos	EFETIVIDADE
7	Manter campo de estágio para alunos da ETEC	Estágio	EFICIÊNCIA
8	Apresentar taxa de infecção hospitalar em até 5%	Taxa de infecção hospitalar	EFICIÊNCIA
9	Garantir o acesso de pacientes encaminhados pelas UBS e UPA	Pacientes encaminhados USB UPA	EFICIÊNCIA
10	Alta Hospitalar Responsável	Alta Responsável	EFICIÊNCIA
11	Comissões Éticas Médicas	Comissão Ética Médica	SEGURANÇA (Prevenção)
12	Comissões de Óbitos	Comissão Óbito	EFICIÊNCIA (Assistencial)
13	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	CCIH	EFETIVIDADE (Assistencial)
15	Comissões de Prontuários	Comissão Prontuário	EFETIVIDADE
16	Política Estadual de Humanização (PEH)	Política Estadual Humanização	SEGURANÇA (Prevenção de trombose venosa e pulmonar, qualidade da assistência)
17	Educação Continuada Capacitações e treinamentos	Educação	SEGURANÇA (Prevenção de trombose venosa e pulmonar, qualidade da assistência)
18	Taxa de alcance da produção conveniada / contratada	Tx produção conveniada	EFICIÊNCIA (Assistencial)
19	Taxa de Ocupação (leito SUS, clínica cirúrgica)	TX ocupação	EFICIÊNCIA (Assistencial)
20	Tempo médio de permanência - especialidade clínica médica	Tempo permanência Clínica	EFICIÊNCIA (Assistencial)
21	Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica	Tempo permanência Cirúrgica	EFICIÊNCIA (Assistencial)
22	Taxa de mortalidade Institucional	Tx Mortalidade	ESSENCIAL
23	Incidência de queda de paciente	Queda	SEGURANÇA (Prevenção de quedas)
24	Índice de rotatividade	Rotatividade	EFETIVIDADE (Assistencial)
25	Índice de uso de sala cirúrgica	Uso da sala cirúrgica	Efetividade (Operacional)
26	Reinternação de pacientes > que 24 horas	Reinternação	EFICIÊNCIA (Assistencial)
24	Taxa de avaliação da qualidade bacteriológica da água hospitalar	Água hospitalar	EFICÁCIA (Prevenção Infecção)
25	Taxa de consumo de preparação alcoólica para as mãos	Recoleta	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções)
26	Taxa de monitoramento do uso adequado de antibióticos	Antibióticos	SEGURANÇA (Prevenção infecções)
27	Taxa de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com métodos microbiológicos em conformidade	Limpeza e desinfecção	EFICÁCIA (Prevenção Infecção- limpeza e desinfeção de móveis e equipamentos hospitalares)
28	Taxa de falhas nas condições de limpeza de artigos médico-hospitalares	Falhas nas condições de limpeza	EFICÁCIA (Prevenção Infecção - CME)
29	Taxa de erros na dispensação de medicamentos com notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente - NSP	Dispensação de medicamentos	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções)
30	Taxa de erros na administração de medicação com notificação ao núcleo de segurança do paciente - NSP	Administração de medicamentos	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções)
31	Taxa de erros de prescrição com notificação ao núcleo de segurança do paciente - NSP	Prescrição medica	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções)
32	Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco de queda na admissão	Avaliação de risco de queda	SEGURANÇA (Identificação do Paciente)
34	Taxa de quedas de pacientes com dano	Queda de pacientes com dano	SEGURANÇA (Prevenção de quedas)
22	Taxa de manutenção preventiva para equipamentos médico-hospitalares e instalação predial	Manutenção preventiva	EFICÁCIA (Manutenção predial e equipamentos médico-hospitalares)
37	Absenteísmo	Absenteísmo	EFETIVIDADE (Recursos Humanos)

8. Proposta de melhoria continua dos processos de cuidado que envolvem as comissões hospitalares

A **AHBBIRede Santa Casa** adota diversas ferramentas para melhoria dos processos de cuidado, que podem ser melhor entendidos no capítulo que propõe as ações de Qualidade. Para exemplificar as tratativas derivadas das Comissões, abordamos abaixo, a aplicação e uso dos indicadores, com base na Metodologia PDCA, e monitoramento contínuo

8.1 Monitoramento e avaliação das prioridades

Para efetividade de todas as ações propostas pelas Comissões, é imprescindível que a etapa de monitoramento seja desenvolvida regularmente junto ao **UPA 24H** .

O monitoramento busca auxiliar na definição ou redefinição das prioridades para acompanhamento e programação ou correção das ações, promovendo o aprendizado e crescimento, ao reconhecer o real problema, os resultados alcançados e a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias.

O monitoramento também deve promover a definição de indicadores que reflitam as prioridades, definição de responsáveis, periodicidade do acompanhamento, instrumentos de sistematização das ações. Tais atividades são contribuintes para melhoria contínua da assistência e

indicadores. Devem ser pensados também, mecanismos de divulgação de resultados para toda a unidade e espaço de discussão dos resultados entre os gestores e profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

A **AHBB|Rede Santa Casa** propõe que o monitoramento das ações seja da seguinte maneira:

- **Gestores da Unidade de Saúde:** Responsável pelo monitoramento da implantação e/ou implementação do Plano de Ação junto aos respectivos setores e técnicos envolvidos, e pelo monitoramento dos Indicadores de produção e de Qualidade estabelecidos em Contrato de Gestão, dentre outros Indicadores que reflitam a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Espaços programados junto aos profissionais da equipe interna, contemplando a discussão, informação e formação da equipe, o que possibilitará a identificação de necessidades de adequações e intervenções na organização dos processos de trabalho;
- **Gestores Municipais de Saúde dos municípios de abrangência**: A **AHBB|Rede Santa Casa** realizara reuniões programadas, junto aos profissionais/equipes de saúde municipais e DRS, para o fornecimento e discussão de relatórios mensais sobre os indicadores (absenteísmo, perda primária, dispensa e cirurgias realizadas por município), com intuito de formulação de estratégias para intervenções das necessidades apontadas.
- **Gerência de Qualidade Corporativa AHBB|Rede Santa Casa:** responsáveis pelo monitoramento do Plano de Ação (produto das Oficinas de Planejamento estratégico) junto aos Gestores do Hospital Regional Pioneiro Amin Hanouche com periodicidade regular e registro em planilha de monitoramento e elaboração de relatório, que permitirá acompanhar o desenvolvimento das ações e identificação das dificuldades de implantação e execução do plano de ação. Realizará o Monitoramento dos Indicadores de Produtividade e de Qualidade, Acompanhamento dos dados dos sistemas de informação, e demandas provindas das reuniões com equipe interna das Unidades, bem como das reuniões entre Gestão/Equipe Municipais de Saúde e DRS.

Considerando a organização dos serviços da unidade através das ferramentas sugeridas anteriormente, sob a ótica do acesso do usuário e monitoramento do planejamento realizado destaca-se a importância de promover uma cultura de acompanhamento e avaliação na unidade, a partir do gerenciamento dos processos de trabalho desenvolvidos para o alcance das metas propostas.

8.2 Operacionalização e Controle de Escala Médica

Planejamento de Escalas:

Operacionalização:

- O setor de Recursos Humanos (RH) trabalha em conjunto com a Gerência Assistencial para elaborar as escalas mensais.
- São consideradas as necessidades de pessoal para cada turno e especialidade médica.
- O planejamento leva em conta regulamentações trabalhistas, limites de carga horária e políticas internas da UPA.

Controle:

- O RH mantém registros detalhados das escalas, garantindo a conformidade com as normas.
- Os gestores revisam as escalas regularmente para ajustes e asseguram que haja cobertura adequada em todos os momentos.

Sobreavisos:

Operacionalização:

- Médicos são designados para sobreavisos de acordo com a especialidade e demanda histórica da UPA.
- Um sistema de comunicação eficiente é implementado para notificar médicos de sobreavisos quando necessário.

Controle:

- O setor de Controle de Escalas mantém registros de médicos em sobreaviso e sua disponibilidade.
- Feedbacks regulares são obtidos dos médicos sobre a eficácia do sistema de sobreavisos.

Comunicação e Ajustes Emergenciais:

Operacionalização:

- Um sistema de comunicação, como aplicativos específicos ou mensagens diretas, é utilizado para alertar os médicos sobre mudanças repentinas nas escalas.
- Procedimentos claros são estabelecidos para a troca de plantões entre médicos, quando necessário.

Controle:

- O RH mantém registros das comunicações emergenciais e das mudanças nas escalas.
- Feedbacks dos médicos são coletados para avaliar a eficácia do sistema de comunicação.

Monitoramento da Jornada de Trabalho:

Operacionalização:

- Um sistema de ponto eletrônico registra a entrada e saída dos médicos.
- Suprimentos tecnológicos, como aplicativos, podem ser utilizados para monitorar a jornada de trabalho, garantindo o cumprimento das normas trabalhistas.

Controle:

- O setor de Recursos Humanos realiza auditorias regulares nos registros de ponto.
- Feedbacks dos médicos são acolhidos para ajustes necessários na gestão do tempo.

Avaliação de Desempenho:

Operacionalização:

- Avaliações regulares são conduzidas para monitorar o desempenho dos médicos em plantões e sobreavisos.
- São considerados critérios como tempo de resposta, qualidade do atendimento e cooperação em equipe.

Controle:

- O setor de Recursos Humanos mantém registros das avaliações de desempenho.
- Feedbacks dos médicos são incorporados para melhorias contínuas no sistema.

Treinamento e Capacitação:

Operacionalização:

- Programas de treinamento contínuo são oferecidos para médicos, abordando temas como gestão do tempo, resiliência e protocolos de atendimento de urgência.

Controle:

- O setor de Recursos Humanos monitora a participação dos médicos nos programas de treinamento.
- Feedbacks são coletados para ajustes nos programas de capacitação.

Ao implementar essas práticas de operacionalização e controle, a UPA 24 Horas pode garantir uma gestão eficiente das escalas médicas, assegurando a qualidade do atendimento, o cumprimento das normas trabalhistas e a satisfação dos profissionais de saúde.

8.3 Monitoramento dos Indicadores de Qualidade

Os indicadores de qualidade propostos pela **AHBB|Rede Santa Casa** buscam refletir a qualidade das ações assistenciais dos serviços de saúde.

As ações assistenciais devem estar organizadas de modo a trazer a participação dos profissionais de saúde na sua construção. Quando desenhada e imposta burocraticamente, sem considerar as variáveis locais relacionadas com a oferta e organização dos serviços, com os profissionais que aí atuam e com a população e suas demandas, corre o risco de fracassar. Devem ser considerados em sua elaboração os conhecimentos técnicos acumulados geralmente expressos em protocolos clínicos e padronização técnica, mas também a colaboração de atores locais.

Para garantir a implementação das ações que agregam qualidade aos serviços de saúde é necessário dispor de estrutura adequada, como recursos humanos, e insumos suficientes.

Com base no exposto todas as ações de qualidade propostas pela **AHBB|Rede Santa Casa** serão monitoradas e avaliadas sistematicamente a partir de Indicadores de Qualidade, tanto pelo Gestor da Unidade de Saúde para subsidiar discussões com as equipes de trabalho, quanto pela equipe técnica da **AHBB|Rede Santa Casa** para subsidiar discussões com os Gestores das Unidades de Saúde, SMS de modo a possibilitar a reorganização do processo de trabalho.

8.3 Divulgação dos resultados para equipe

A **AHBB|Rede Santa Casa** procura divulgar todos os seus resultados aos colaboradores da assistência, incluindo os que estão na beira leito e seus administrativos. Se parte do grupo não sabe quais os objetivos estratégicos ou qual tarefa deve ser desenvolvida primeiro, a produtividade pode ser prejudicada. O quadro de gestão à vista é uma ferramenta desenvolvida para solucionar esses problemas e ainda engajar a equipe, realizando uma comunicação clara, transparente e uniforme para todos os envolvidos.

Utilizamos um quadro ou mural de gestão à vista como forma de colocar informações importantes da gestão, em um local de alta visibilidade.

Esse quadro serve para desenvolver a consciência situacional do trabalho da equipe e influenciar diretamente no comportamento e nas ações dos colaboradores.

Isso ocorre, porque ele deve conter dados para verificação do andamento do trabalho em relação às metas, de modo que se atualizem diante de cada tarefa

Essa é uma ferramenta que serve para motivar e engajar os colaboradores, além de organizar o trabalho diário, colocando o grupo todo em prol de um mesmo objetivo.

A ideia é conscientizar as equipes dos resultados e do trabalho que fazem diariamente. E, com isso, levar cada membro a se comprometer melhor com as suas atividades.

Com um painel de gestão à vista, o funcionário recebe um feedback instantâneo de como o seu trabalho é importante para gerar resultados e alcançar o objetivo final do grupo.

Ata de Reunião

	OSS AHBB / REDE SANTA	
AHBB | REDE SANTA CASA	*nião, os pontos mais importantes que foram abordados.* *CASA*	**Gestão da Qualidade**
	Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	
Tipo de Documento: **IMPRESSOS**	Data da Emissão: *Dia que emitiu a ata*	Data da Revisão: *Se a ata foi revisada*
Título do Documento: **ATA DE REUNIÃO**	Versão: 1	Página: 1/3

Ata de Reunião

Participantes *(todos os que tiveram presentes na reunião)*

Nome	Função	Assinatura

Assuntos Pendentes (reunião anterior)

Se ficou algum assunto da reunião anterior para ser tratado

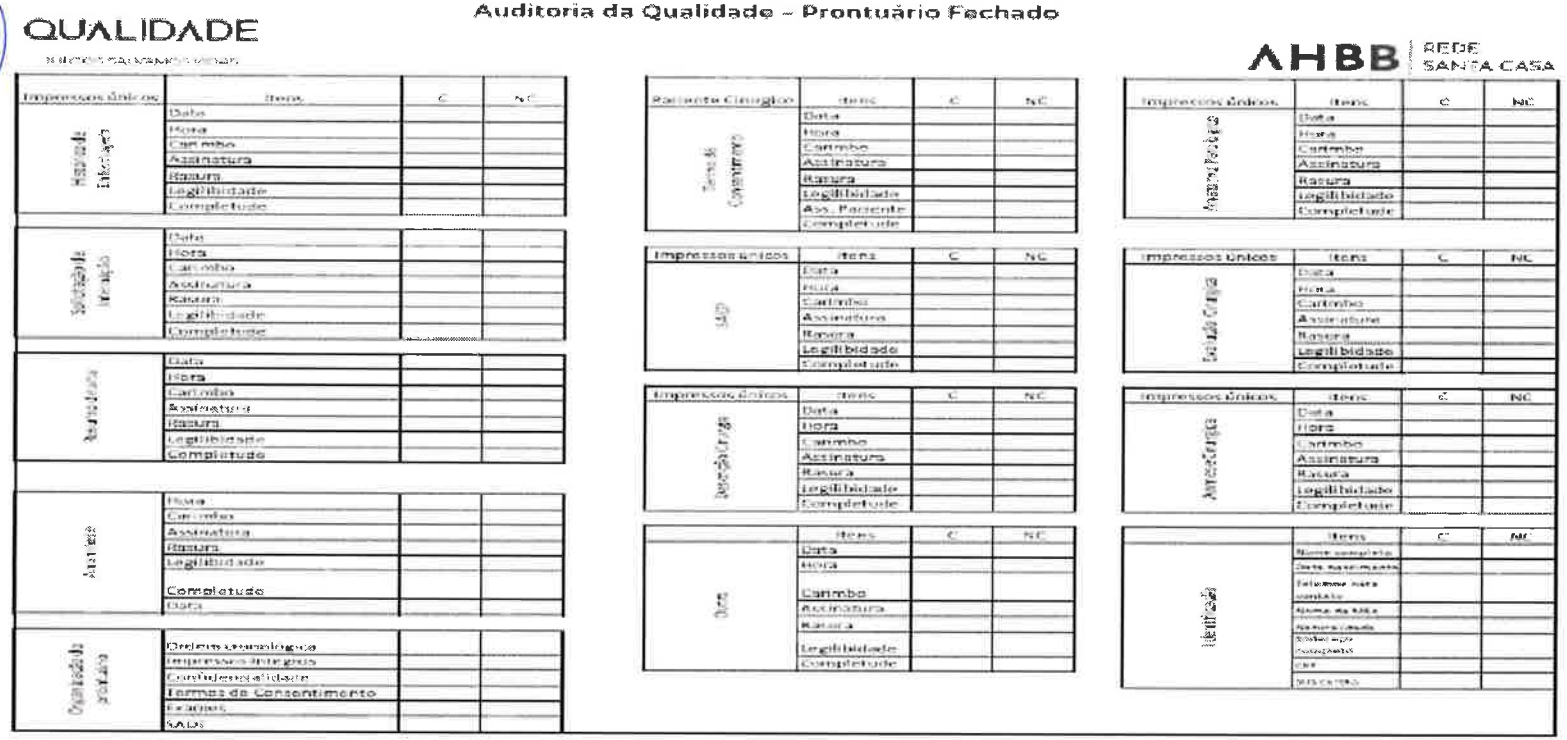
Descritivo da Reunião

Ações a serem realizadas

Área	Pendencia	Ação	Responsável	Prazo	Custo
Area do responsável da ação	*Se ficou alguma coisa pendente*	*O que vai ser feito após a reunião*	*Quem é o responsável pela ação*	*Quanto tempo para a realizar (em dia) (18dias)*	

Data	*Data que foi feito a reunião*
Local	*Cidade e onde a reunião foi feita*
Hora	*O horário que iniciou a reunião*
Duração	*Quanto tempo demorou a reunião*
Assunto	*O Assunto / motivo da reunião*

Auditoria da Qualidade – Prontuário Fechado



Impressos únicos	Itens	C	NC
Identificação	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
Solicitação de Internação	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
Anamnese	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
Anotações	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
	Data		
Organização geral	Ordem cronológica		
	Impressos íntegros		
	Contiguidade/validade		
	Termos de Consentimento		
	Exames		
	SAEs		

Paciente Cirúrgico	Itens	C	NC
Termo de Consentimento	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Ass. Paciente		
	Completude		
Impressos únicos	Itens	C	NC
SAE	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
Impressos únicos	Itens	C	NC
Prescrições	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
	Itens	C	NC
Dor	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		

Impressos únicos	Itens	C	NC
Passagem Perioperatória	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
Impressos únicos	Itens	C	NC
Saúde Criança	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
Impressos únicos	Itens	C	NC
Anestesia	Data		
	Hora		
	Carimbo		
	Assinatura		
	Rasura		
	Legibilidade		
	Completude		
	Itens	C	NC
Identificação	Nome completo		
	Data nascimento		
	Telefone para contato		
	Nome da Mãe		
	Nome pai		
	Endereço		
	Complemento		
	CEP		
	Município		

Enfermagem	Itens	1	2	3	4	5	6	7	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Descrição de Enfermagem	Data																														
	Hora																														
	Carimbo																														
	Assinatura																														
	Rasura																														
	Legibilidade																														
	Completude																														

Enfermagem	Itens	1	2	3	4	5	6	7	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Anotação de Enfermagem	Data																														
	Hora																														
	Carimbo																														
	Assinatura																														
	Rasura																														
	Legibilidade																														
	Completude																														

Enfermagem	Itens	1	2	3	4	5	6	7	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Legibilidade Enfermagem	Data																														
	Hora																														
	Carimbo																														
	Assinatura																														
	Rasura																														
	Legibilidade																														
	Completude																														

Enfermagem	Itens	1	2	3	4	5	6	7	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Controle de Sinais Vitais	Data																														
	Hora																														
	Carimbo																														
	Assinatura																														
	Rasura																														
	Legibilidade																														
	Completude																														

Enfermagem	Itens	1	2	3	4	5	6	7	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Prescrição de Enfermagem	Data																														
	Hora																														
	Carimbo																														
	Assinatura																														
	Rasura																														
	Legibilidade																														
	Checagem																														
	Justificativa																														
	Completude																														

PLANO DE TRABALHO PARA MELHORIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMPLEMENTARES VOLTADAS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA UNICO DE SAÚDE -SUS, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.

INSTITUIÇÃO MEMBRO
Hospitais Saudáveis

002166

9. *Gerenciamento De Riscos*

O Gerenciamento de risco identifica os riscos existentes nos processos de trabalho em saúde, investigá-los e quantificá-los em termos de severidade e probabilidade, eliminando o que é possível intervir e reduzindo os efeitos daqueles que não podem ser eliminados.

A **AHBB|Rede Santa Casa** propõe que esse tipo de gestão pode ser realizado através da criação e da manutenção de sistemas de monitoramento da segurança do paciente, através de protocolos, auditorias, treinamentos e utilização de diretrizes, e através do aprendizado que provém da ocorrência de eventos adversos e de queixas.

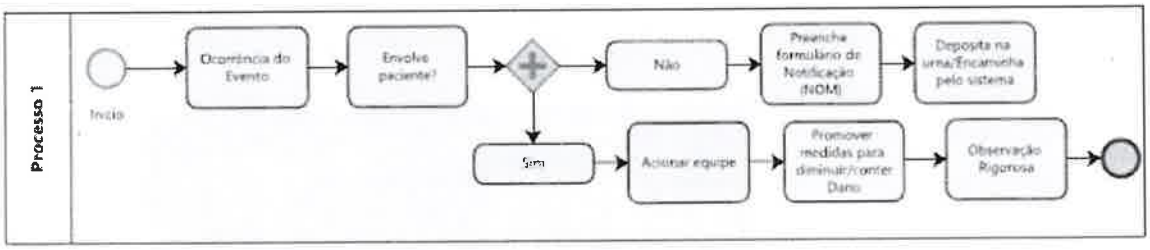
Os eventos potenciais e reais devem ser reportados com a finalidade de aumentar a conscientização e o aprendizado dos colaborados no processo de prevenção ao dano.

Para tanto, a **AHBB|Rede Santa Casa** institui em suas unidades a Norma de Notificação de Oportunidade de Melhorias, visando a melhoria constante da qualidade da assistência prestada, estabelecendo um sistema padronizado de notificações e ações, como forma de organizar o serviço dentro das unidades, alcançando os seguintes objetivos:

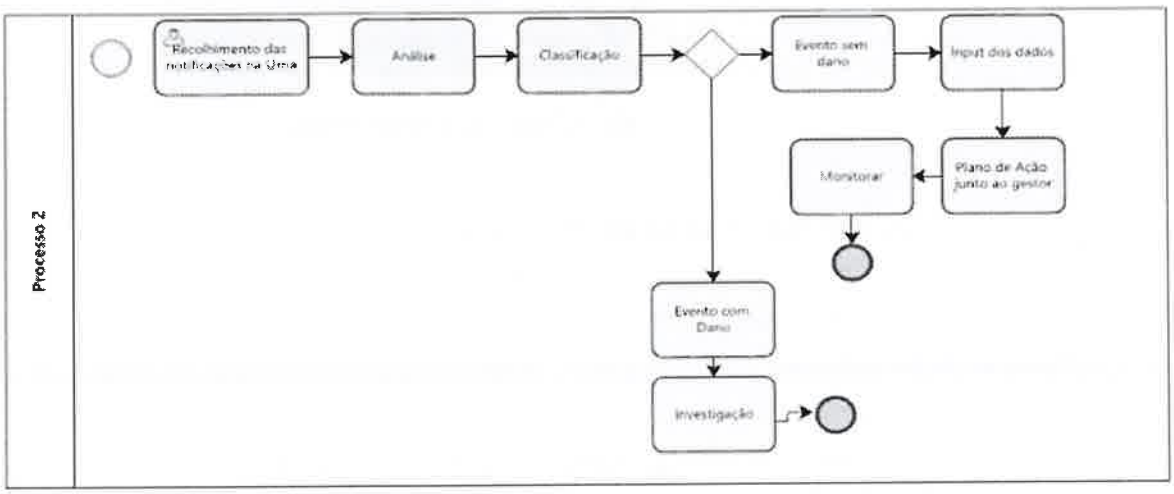
- Padronizar ações de Notificação de Eventos Adversos e Incidentes associados à assistência à saúde através do formulário de notificação.
- Estabelecer fluxograma de Investigação e Notificação Eventos Adversos / Incidentes associados à assistência à saúde.
- Contribuir para a melhoria da segurança no cuidado à saúde através da identificação, quantificação e análise dos eventos adversos / Incidentes associados à assistência à saúde, permitindo aos profissionais aprender com as experiências, identificar vulnerabilidades, reduzir seus efeitos e promover a prevenção dos mesmos.
- Estimular a criação de uma cultura de segurança institucional
- Organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes ao processo do cuidado.
- Reconhecer e mapear os riscos institucionais relacionados a especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais
- Promover a melhoria nos resultados através da análise nas notificações dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial de dano, incidentes, eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.

Referente à cultura de notificações de incidentes, o profissional será constantemente treinado para que reconheça um incidente e saber classificá-lo, assim como saber o que pode ser notificado, quem pode realizar a notificação, saber quais os itens que devem ser preenchidos na ficha de notificação e saber o que é feito com a notificação depois de feita, ou seja, saber como funciona o sistema de notificação da sua instituição como um todo, adquirindo assim o conhecimento (o saber).

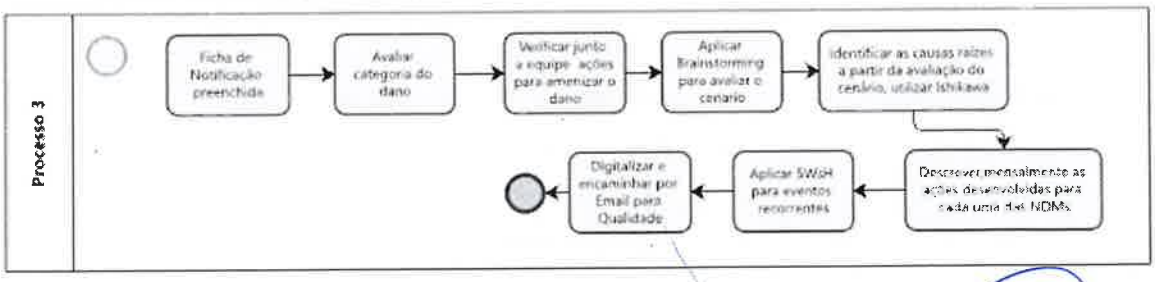
Processo 1: Todos os colaboradores



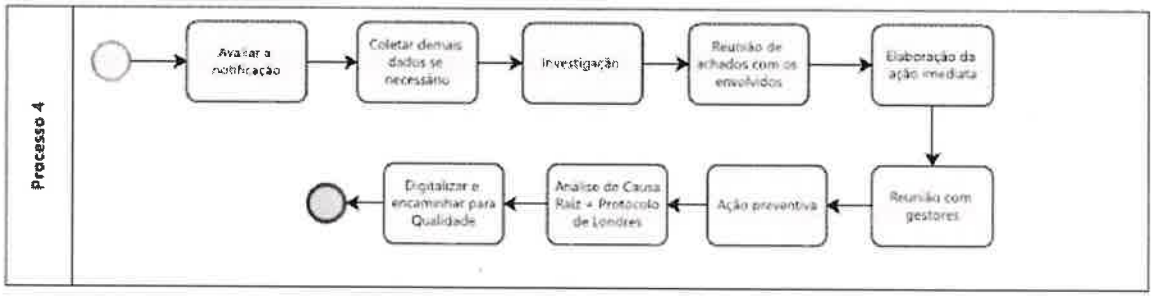
Processo 2: Analista da Qualidade (**Centro de Serviço Compartilhado – AHBB|Rede Santa Casa**)



Processo 3: Analista da Qualidade



Processo 4: Todos os envolvidos



Notificação de Oportunidade de Melhoria (NOM)
AHBB | REDE SANTA CASA

(QR CODE - ativo para teste)

10. Serviço de prontuário do Paciente (SPP)

O SPP é um serviço de assistência que engloba um conjunto de atividades relacionas, recepção do paciente, agendamentos de consultas e procedimentos, assim como o controle da movimentação e guarda do prontuário e a estratificação dos dados de produção, produzindo a estatística relacionada com o desempenho da Unidade.

10.3.1 Recepção e Agendamento de Consultas e Exames:

Introduzir o sistema de marcação de consulta e exames, com antecedência, nas Unidade Básicas de Saúde, respeitando os casos prioritários.

Planejar uma política de atendimento, fixando a capacidade da agenda de cada médico.

Possibilitar ao Arquivo preparar os prontuários para serem entregues nos consultórios onde serão atendidos os pacientes, contendo seu histórico na Instituição.

São funções da recepção de consultas e exames:

- Marcar as consultas;
- Conferir documentação do paciente;

- Emitir fichas de atendimento de consulta e exames devidamente preenchidos;
- Gerenciar as disponibilidades da agenda;
- Encaminhar para exames e para consulta.

Cabe a Recepção de Consultas e Exames definir procedimentos em conjunto com as áreas assistenciais para os seguintes atendimentos:

- Fluxo para Consulta / Exame Simples
- Fluxo para Consulta / Exame com Procedimento
- Fluxo para Retornos
- Fluxo para Pegar Resultados de Exames
- Fluxo para Encaminhamento ao Pronto Atendimento

10.3.2 Prontuário do Paciente

A **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** usará sistema de registro e prontuário único por paciente. O prontuário é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente. Ele contém todas as informações sobre a saúde do paciente, as anotações dos profissionais que prestaram assistência, os resultados dos exames e os relatórios dos procedimentos e dos tratamentos realizados.

Por lei, as informações pertencem ao paciente, sendo as Unidades de Saúde o responsável legal pela guarda e conservação das informações, organizadas na forma do PUP (Prontuário Único do Paciente). Sempre que precisar, as Unidades de Saúde são obrigadas por lei a fornecer ao paciente ou seu representante legal, informações necessárias contidas no prontuário.

A lei determina a guarda do prontuário pelo tempo mínimo de 20 anos, a contar do último registro lançado no prontuário (resolução CFM 1639).

Sendo que todo o registro deverá ser descrito de forma clara, sem rasuras e ser datado, com assinatura e número do Conselho do Profissional.

10.3.3 Arquivo de Prontuários e Estatística:

É responsável pela organização, auditoria administrativa, armazenamento e guarda de prontuários, permitindo sua responsabilidade sempre que necessário.

É também responsável pela elaboração dos indicadores estatísticos no âmbito técnico e de produção, visando à avaliação da demanda e do desempenho da Unidade de Saúde. São funções do Arquivo e Estatística:

- Montagem;
- Organização;
- Movimentação;

- Controle de Páginas;
- Arquivamento;
- Processamento de dados.

Procedimentos a serem desenvolvidos pelo Arquivo de Prontuários:

- Retirada (e arquivamento) de prontuário apara atendimento;
- Manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;
- Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- Selecionar prontuários para uso de comissões;
- Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação quando solicitado.
- Procedimentos a serem desenvolvidos pela Estatística;
- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário, consultas, exames) para elaboração de relatórios.
- Prepara relatório estatístico mensal e anual.
- A Unidade de Saúde usará o Digito Terminal que é o sistema de arquivamento com sinalização visual. Através de uma combinação numérica colorida, as pastas são localizadas, retiradas e guardadas com muito mais rapidez e total segurança. Além de comportar maior quantidade de pastas por metro linear, evita erros e procuras cansativas. Por tudo isso é o mais indicado para arquivar, com segurança e custo reduzido, prontuários de pacientes.

Procedimentos Técnicos Aplicáveis à Estatística:

- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (agenda de consultas ambulatoriais e exames) para elaboração de relatórios. Além do Ambulatório também são obtidas informações de setores de diagnóstico;
- Preparar relatório estatístico diário, mensal e anual.

10.3.4 Estatística de Atendimentos à Pacientes

Será instituído um Plano Estatístico conforme perfil de atendimentos da Unidade de Saúde. Esse Plano será alimentado diariamente conforme atendimento realizados. Haverá fechamento diário, semanal, mensal e anual dos atendimentos, tanto em qualidade quanto em especificidade. Serão levantados, no mínimo, os seguintes indicadores estatísticos de atendimento à pacientes:

- Nº Pacientes Atendidos por Especialidade
- Consultas Atendidas por Região
- Consultas Atendidas por Faixa Etária
- Atendimentos da Enfermagem
- Atendimentos da Nutrição
- Atendimentos do Serviço Social
- Exames de Radiologia por tipo
- Exames de Eletroencefalografia
- Exames de Análises Clínicas por tipo
- Transferências
- Entre outros
- Cada indicador terá uma ficha própria para conceituar e apurar o seu resultado

11. Arquivo de prontuário de paciente

11.3.1 Prontuário Médico:

Definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução 1638 de 09108/2002 como "Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo."

11.3.2 Propriedade do Prontuário

Conforme dispõe o Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução1821 de 23/11/2007: "o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, a quem cabe o dever da guarda do documento.

Os prontuários e os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável.

11.3.3 Guarda do Prontuário

Os prontuários devem ser reproduzidos com todas as informações dos documentos originais. O arquivo digitalizado (NGS2) ou microfilmado deverá ser mantido permanentemente A

AHBB|Rede Santa Casa mantém os prontuários fechados arquivados no SAME até 3 (três) meses após a alta. Vencido esse período, serão encaminhados para guarda em arquivos externos, pactuada com a **Secretaria Municipal de Saúde Almirante Tamandaré**.

É de responsabilidade do SAME, realizar visita anual à Empresa de Guarda, para fins de controle da qualidade do serviço prestado.

Ao SAME da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** compete garantir a guarda ilimitada (Resolução CEM 1821/07), o sigilo e o acesso às informações do prontuário do paciente após a alta e fechamento da conta pelo faturamento. Durante o período de observação é da responsabilidade da equipe multiprofissional tais garantias e no período de fechamento da conta essa responsabilidade é da equipe do faturamento.

Tipo de prontuários	Arquivo de papel	Após 20 anos
Prontuários de papel	Guarda por 20 anos	Deve ser digitalizado ou microfilmado com guarda permanente
Prontuário em Sistema informatizado	Não há necessidade de guarda de papel	Guarda permanente em sistema informatizado
Prontuário com sistema informatizado com informações impressas	20 anos para arquivo de papel	Dados informatizados devem ter guarda permanente em sistema informatizado e impressos devem ser digitalizados ou microfilmados com guarda permanente por 20 anos
Prontuário digitalizado após 20 anos de arquivo morto	Não se aplica	Guarda permanente
Prontuário digitalizado antes de 20 anos	20 anos em arquivo de papel	Deve ser digitalizado ou microfilmado em guarda permanente
Prontuário microfilmado	Não se aplica	Guarda permanente

Toda e qualquer consulta ao prontuário fechado deverá ser realizada no SAME, seguindo as rotinas estabelecidas.

Para maior segurança o setor SAME da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** será monitorado 24 horas por câmera de segurança.

Definido na Resolução CEM n 1821 de 23 de NOV 2007: "Estabelece a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado: Estabelece o prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro para a preservação dos prontuários em suporte de papel não arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado."

11.3.4 ***Cadastro de Usuários do SUS.***

Estabelece o conjunto de informações necessárias para que uma pessoa seja identificada univocamente no sistema de saúde brasileiro

Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES

Estabelece a identificação unívoca de todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados no país o número CNES é de uso obrigatório na área pública e privada.

11.3.5 ***Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)***

É o setor normativo e regulador da documentação referente a prontuários da unidade responsável por assegurar a integridade, guarda e disponibilidade dos prontuários nos diversos setores assegurando a continuidade do tratamento do paciente.

11.3.6 ***Comissão de Revisão de Prontuários/FAs***

Obrigatória nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde aonde se presta assistência médica; a ela compete:

- Observação dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário;
- Exercer as atribuições estabelecidas para a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira:
- Estabelecer mecanismos para assegurar a melhoria continua de qualidade dos registros constantes no prontuário do paciente principalmente em relação a registros incompletos e/ou omitidos guando da assistência prestada ao paciente.
- Assegurar que toda informação prestada pelo paciente ao médico e a equipe multiprofissional seja sigilosa.
- Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio de prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, da clínica e à Direção Técnica.

11.3.7 ***Termos de Consentimento:***

A unidade determinara a utilização do Termo de Consentimento para toda a unidade, com o objetivo de cumprir o dever ético de informar e esclarecer aos pacientes e/ou responsáveis sobre as questões relacionadas ao seu atendimento, envolvendo o paciente na decisão de seu cuidado e garantindo o direito à Autonomia e Confidencialidade.

Modelo de Termo de Consentimento

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Paciente:_____

_____

Data de Nascimento:_____

Responsável

legal:_____

Carteira Identidade:_____

Autorizo a realização do(s) seguintes(s) procedimentos(s) invasivos(s) e/ou cirurgia(s)

_____

_____ indicado pela Dr (a) abaixo mencionado (a) e a sua equipe, médicos (as) credenciados (as) no CAPS I,II, AD E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que será submetido (A) seus benefícios, riscos, complicações, potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.]
3. Autorizo que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Conforme que recebi explicações, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a aprofundado para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Deve ser preenchido por médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe for informado.

_____

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável

11.3.8 ***Instruções Específicas de Preenchimento do Prontuário:***

Profissionais autorizados a fazer registros no prontuário: Os profissionais assistenciais (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, , farmacêuticos, assistente social, capelão, colaboradores do banco de sangue): os profissionais administrativos podem fazer registros em formulários administrativos específicos (termos de consentimento administrativos, solicitação de exames e procedimentos, nota de despesa, roll de pertences, circulação de exames, Check list de montagem de prontuários, educação de pacientes e familiares para registrar a entrega do folder de direitos e deveres).

Identificação dos profissionais: Todos os registros no prontuário necessitam de identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe, a **AHBB|Rede Santa Casa** reconhece as assinaturas ou rubricas desde que o número dos respectivos conselhos esteja legível, sendo possível identificar o profissional responsável pela anotação. O preenchimento de documentos por meio eletrônico acontece mediante senha de acesso pessoal, de acordo com a categoria profissional a que pertence.

Uso de Siglas e Abreviaturas: As abreviaturas e os símbolos podem ser utilizados desde que sejam de reconhecimento da Instituição e estejam constantes do Livreto "Abreviaturas, Siglas e Símbolos Padronizados e Proibidos" ou haja legenda nos documentos.

Anotações: Não é permitido fazer anotações que não se referem ao paciente.

Rasuras: O Prontuário do Paciente não poderá ter rasuras, como: uso de corretivos, duas etiquetas no mesmo espaço indicado. Quando a informação registrada estiver inadequada, colocá-la entre parênteses e utilizar-se das expressões: NÃO SE APLICA; NÃO SE REFERE; NÃO PROCEDE AO PACIENTE; SEM EFEITO; DIGO e outras. Havendo rasura, o profissional será convocado a justificá-la. Caso não haja comparecimento a tal convocação, o SAME encaminhará o caso à Diretoria Clinica ou gerentes das áreas envolvidas.

Omissões: As omissões e/ou preenchimento incompleto do prontuário só poderão ser corrigidos pelo profissional que prestou a assistência, com a anotação da data da correção. Para as equipes médicas, aceita-se um membro da equipe, desde que tenha participado do atendimento. O prazo para esta correção não deverá ultrapassar 60 (sessenta) dias da alta do paciente. Notificações comparecimento do profissional envolvido para proceder ao registro de omissão ou erro serão controlados pelo SAME. Caso os documentos médicos exigíveis para admissão do paciente não sejam localizados no prontuário, deverão ser refeitos, sendo obrigatória a data da correção da omissão.

11.3.9 ***Criação e Revisão de Formulários:***

O controle e fluxo de revisão e/ou criação de novos impressos ou formulários é prerrogativa exclusiva da Comissão de Prontuários. Este controle envolve:

- Avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo dos impressos institucionais em conformidade com os padrões de Qualidade da **AHBB|Rede Santa Casa** e normas oficiais;
- Padrões de formatação de documentos;
- Avaliação e validação dos impressos específicos dos serviços especializados;
- Os serviços que possuem impressos específicos e exclusivos deverão realizar a validação do conteúdo por consenso entre a unidade/serviço e especialistas médicos envolvidos na assistência ao paciente. Os impressos específicos deverão ser aprovados na área, responsável por estabelecer o conteúdo e revisão dos mesmos. Nestes casos caberá à Comissão de Prontuários rever os conteúdos para identificar falhas ou ausência de algum item obrigatório por obediência à legislação ou adequação a processos de qualidade (certificação e acreditação);
- Encaminhamento dos impressos aprovados segue o fluxo administrativo vigente entre as áreas assistenciais, setor de suprimentos e prestador de serviço de impressão;
- Setor de suprimentos deve garantir que todos os impressos e formulários de prontuários produzidos ou revisados na Instituição sejam aprovados pela Comissão de Prontuários;
- A descontinuidade do uso de impressos ou formulários do prontuário também deve ser aprovada pela Comissão de Prontuários;
- A Comissão de Prontuários, em conjunto com o Gerenciamento de Prontuários, realiza reuniões periódicas para discussões da aplicabilidade dos impressos.

11.3.10 ***Prontuário Institucional:***

- A unidade assegurará a identificação do paciente, gerando um registro único (número do prontuário), ao qual estarão vinculados os diversos atendimentos realizados na instituição (números de passagens).
- Todos os formulários devem conter a identificação do paciente, identificação dos profissionais prestadores do atendimento com nome completo, a assinatura e respectivo número do conselho.
- Os seguintes itens devem constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel: Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, endereço completo; Anamnese / Exame físico, exames complementares solicitados, seus respectivos resultados, hipóteses

diagnósticas, diagnóstico definitivo, conduta terapêutica, tratamento efetuado; sumário de alta, orientações e medicamentos receitados.

- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
- Os prontuários de pacientes que permaneçam mais de 24 horas na unidade devem conter Evolução Diária do paciente (médica e de enfermagem), com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram e Prescrição Médica e de Enfermagem Diárias.

11.3.11 Padrão de formatação dos impressos:

- Papel A4. As exceções devem ser justificadas e aprovadas pela Comissão de Prontuários;
- Modelo "retrato", de ter margem esquerda para quatro furos.
- Modelo "paisagem" deve apresentar o espaço para quatro furos na margem superior;
- Letra "Arial" tamanho 10 ou 12;
- Tinta escura;
- Presença de título do documento, sucinto e que deixe clara a finalidade do mesmo;
- Logotipo da **AHBB|Rede Santa Casa**, de acordo com o determinado pelo Comitê de qualidade;
- Identificação do paciente no canto superior direito do impresso, contendo no mínimo: Nome do Paciente, data de nascimento, número de prontuário.
- Todos os impressos devem conter espaço para registro de data, hora, identificação com assinatura do profissional.

11.3.12 Sigilo, Confidencialidade, Privacidade

Garantia de sigilo e confidencialidade das Informações - Privilégio de Registro e Acesso às informações do prontuário:

Durante o atendimento ao paciente (em regime de internação, ambulatorial ou de emergência), os membros da equipe multiprofissional, envolvidos na assistência ao paciente, terão acesso ao prontuário para consulta e inserção de informações referentes ao tratamento. As categorias profissionais autorizadas são:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos de Enfermagem;
- Auxiliares de Enfermagem;

- Biomédicos;
- Nutricionistas;
- Fisioterapeutas;
- Assistente Social;
- Farmacêuticos.
- Estão autorizados a ter acesso ao prontuário as equipes administrativas ligadas à guarda do prontuário e auditoria;
- Equipe de Escriturários, Faturamento e SAME;
- Equipes de atendimento, no momento da Internação e registro das Orientações de Direitos e Deveres.
- Garantia da Privacidade das informações durante a observação do paciente,
- O prontuário deve ser mantido em local de acesso restrito destinado a essa finalidade.
- A equipe deve garantir supervisão constante para que o prontuário não fique exposto.
- Especial atenção deve ser dedicada durante o procedimento de transporte, o prontuário não deve ser deixado em macas ou cadeiras de rodas.

Fora do ambiente da unidade de observação, deve ser destinado um local especifico para a colocação do prontuário do paciente durante o procedimento, bem como um responsável por sua guarda, de modo a garantir sua contínua vigilância.

Sendo necessário manter uma lista de pacientes na unidade, a mesma deve ser guardada em local reservado e sob supervisão.

Ao desprezar impressos com informações do paciente o responsável deve garantir que os mesmos sejam picotados e que não haja exposição sobre a informação do paciente.

11.3.13 Compartilhamento de Informações

É vedado a qualquer membro da equipe multiprofissional fornecer informações do prontuário do paciente a terceiros, salvo autorização do paciente ou representante legal.

A unidade compartilhará as informações relativas à evolução de saúde pessoalmente e mediante a autorização do paciente a(s) pessoa (s) por ele indicada(s) através do preenchimento do formulário "AUTORIZAÇÃO PARA COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES".

11.3.14 Coleta de informações do prontuário para fins estatísticos e oficiais

A tabela utilizada para codificação dos diagnósticos com finalidade estatística é a Classificação Internacional de Doenças - décima revisão (CID-10).

A tabela utilizada para codificação dos procedimentos com finalidade estatística é a do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS.

11.3.15 Acesso para consulta de terceiros

Os prontuários são disponibilizados para consulta de terceiros, nas seguintes situações:

- Durante a internação e após a alta, somente o paciente ou seu representante legal ou pessoa por ele poderá autorizar a unidade a liberar as informações a terceiros.
- Representantes legais que asseguram o cumprimento da Lei: a liberação de informações requisitadas por órgãos oficiais somente será honrada para aqueles que tiverem posse da requisição legítima ou legal para recebê-las.
- Procedimentos legais: todas as requisições para liberação de informações para fins litigiosos serão enviadas ao Departamento Jurídico.

11.3.16 Acesso para consulta interna

O SAME poderá liberar o acesso ou consulta às informações contidas no prontuário do paciente para as seguintes categorias:

- Comissões Internas e auditorias com o objetivo de avaliação e controle de qualidade;
- Equipe multiprofissional relacionada com o atendimento, o diagnóstico ou tratamento;
- Auditorias administrativas, financeiras e médicas relacionadas com o atendimento atual;
- Pesquisadores para levantamentos científicos com autorização formal do CEP - Comissão de Ética em Pesquisa.

11.3.17 Emissão de cópias de prontuários:

Nos casos em que couber, a cópia deverá ser realizada nas dependências do SAME e, em condições excepcionais, a mesma poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um funcionário do SAME (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todas as cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

11.3.18 Solicitação pelo próprio paciente

Deve ser formalizada em formulário próprio com apresentação de documento pessoal com foto (RG ou Carteira de Habilitação). A entrega somente será feita ao paciente ou por intermédio de procurador com poderes específicos para a prática deste ato.

11.3.19 Solicitação de Familiares e Responsáveis Legais (Paciente vivo)

Cumpre esclarecer que o status de familiar não se confunde com a figura jurídica de responsável legal, cuja atribuição decorre da própria lei ou de decisão judicial. Para os menores de dezesseis anos, considerados incapazes (ART. 3° C.C) — Somente para os Pais, por conta do poder familiar que lhe é atribuído pela legislação vigente, mediante a apresentação de Certidão de

Nascimento ou RG para comprovação do vínculo. Para os menores entre 16 e 18 anos, considerados relativamente capazes (ART. 4° CC) e que tenham condição de discernimento, somente será fornecida aos pais ou tutor mediante autorização expressa do próprio paciente. Esta condição aplica ao menor de idade que não tenha pais, nem Tutor definido em processo judicial. Nos casos de maiores incapazes, ou com incapacidade transitória por alteração do estado de consciência somente será fornecida a cópia de prontuário mediante a apresentação de certidão atualizada da decisão judicial que nomeou o solicitante como curador. Para Ação de interdição a conduta será restrita ao fornecimento de relatório médico circunstanciado e através de Ordem Judicial

11.3.20 No Caso de Óbito do Paciente

Por força do ART. 73 do CEM o dever de guardar sigilo dever ser preservado mesmo após a morte, desse modo, a liberação de cópias de prontuários de pacientes após o falecimento obedece às normas legais vigentes e orientações específicas do Conselho Federal de Medicina.

11.3.21 Regras nos Demais Casos

Nos casos do ART. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Na investigação de hipótese de cometimento de crime, o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Se na instituição de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou ficha médica, os documentos serão disponibilizados ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Se houve autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em um documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante. O médico deverá fornecer cópia da ficha ou prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Nos casos de transferências para outra instituição, as remoções de pacientes para outro serviço serão feitas com relatório médico (Sumário de Alta / Transferência) e cópia da última prescrição médica; a enfermagem terá autonomia para copiar os documentos necessários para garantir a continuidade da assistência.

11.3.22 Funcionamento da unidade de arquivo de prontuários

Objetivo

Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

O Serviço de Prontuário de Paciente tem como função básica de ter todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SPP está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos. A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização especifica.

Objetivos Específicos:

Implantar os processos administrativos do SPP na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**

- Definir e implantar lógica do arquivamento de prontuário;
- Implantar o controle de entrada e saída e rastreabilidade dos prontuários;
- Implantar a estatística na unidade realizando a coleta, tabulação, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos dos prontuários, através de estatísticas do movimento dos clientes, bem como seus diagnósticos;
- Implantar o controle das declarações de Óbito;
- Implantar pré-faturamento para receber os prontuários após alta, verificar e organizar documentos que constam da internação;
- Coordenar as escriturarias das unidades para realizar o controle e ordenação de prontuários de pacientes em observação, implantar interface com clientes internos dentre outras rotinas;
- Registro dos envios das declarações de Óbitos utilizadas para os órgãos competentes

11.3.23 Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência.

Diariamente a equipe do SPP encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de AIH (Autorização de Internação), se o paciente foi transferido para outra instituição ou recebeu alta do próprio serviço, antes de 24 horas.

Os prontuários são devolvidos ao SPP após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados.

11.3.24 Detalhamento do Processo

DETALHAMENTO DE PROCESSOS				
PROCESSO: Serviço de Prontuário do Paciente				
FORNECEDOR	**ENTRADA**	**FLUXO DE ATIVIDADES**	**SAÍDA**	**CLIENTE**
Faturamento	Prontuários faturados	Receber o prontuário do faturamento. Lançar os prontuários no sistema do Serviço de Prontuário do Paciente. Verificar a composição do prontuário. Montar e identificar o prontuário. Encaminhar para correção de não conformidades Realizar a conferência final. Arquivar.	Manutenção, armazenamento e rastreabilidade dos prontuários do paciente	Anestesiologia Atendimento Cirúrgico Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia Serviço de Atendimento ao Usuário Serviço de Informação e Atendimento Serviço de Prontuário do Paciente Serviço e Controle de Infecção Hospitalar Serviço social Unidade de Alimentação e Nutrição
Gestão de Recursos Humanos	Corpo funcional habilitado e capacitado; Desenvolvimento e treinamento; e Prevenção de acidentes de trabalho e promoção da saúde ocupacional.			
Hotelaria	Ambiente higienizado; Gestão de resíduos comum, reciclável e infectante e; Controle integrado de pragas			
Manutenção	Manutenção corretiva e preventiva das instalações.			
Qualidade	Assessoria técnica especializada.			
Segurança	Segurança patrimonial e informação.			
Serviço de Informação e Atendimento	Cadastro, internação, controle de visitas e informações			

Suprimentos	Fornecimento de materiais			Unidade de Terapia Intensiva Unidade de Internação Núcleo Ensino e Pesquisa
Tecnologia da Informação	Infraestrutura de informática (software e hardware); e Manutenção corretiva e prevenção dos equipamentos.			

12. *Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente*

O núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente é um órgão de apoio e assessoramento a todas as Diretorias e Serviços da Unidade de Saúde. Tendo como competência definir diretrizes e ações para implantar, controlar e gerenciar os processos institucionais, bem como evidenciar os indicadores de qualidade, visando à busca pela melhoria contínua, qualidade, segurança e satisfação da assistência prestada aos pacientes.

O Núcleo da Qualidade será único e integrado com a Comissão / Núcleo de Segurança do Paciente.

O Núcleo da Qualidade atuará em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente de modo que as metodologias sejam únicas e complementares, cada qual com seu campo de atuação. Cabe ao Núcleo da Qualidade definir o modelo estruturante, implantar e capacitar. Enquanto isso, o Núcleo de Segurança do Paciente tem como foco específico o tratamento das questões que envolvam diretamente a segurança do paciente assistido pela Unidade de Saúde, planejando e implementando métodos e técnicas de assistência que priorizem a segurança.

Procedimentos Técnicos Aplicáveis

A metodologia de trabalho do Núcleo permite que todos os serviços da Unidade de Saúde tenham um padrão de organização e gestão, capaz de assegurar a qualidade dos serviços prestados em qualquer dos níveis de organização.

O Núcleo tem um forte papel educativo e de integração profissional com vistas a estabelecer um ambiente de melhoria contínua entre as atividades desenvolvidas pelo Núcleo destacamos a implantação dos seguintes procedimento e ferramentas:

a) Procedimentos de Gestão de Documentos

Tem como fornece uma diretriz padronizar, normatizar, planejar, resguardar e reduzir os riscos, garantindo evidências dos processos realizados na instituição, bem como assegurar a sistemática

de elaboração=, verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

A Unidade de Saúde terá seu sistema de documentação estruturado com base nos conceitos abaixo apresentados. Cada serviço irá estabelecer a seguir normas técnicas e funcionais que caracterizem seu funcionamento e sejam orientadoras dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Todo documento interno elaborado é gerenciado pelo Núcleo da Qualidade, onde serão observados os seguintes critérios;

- Elaborador: Responsável do setor/área;
- Verificador: Responsável da Qualidade;
- Aprovador: Liderança, conforme hierarquia do processo e tipo de documento;
- Distribuidor/Controlador: Responsável de Qualidade
- Todo documento terá ainda controle de codificação, versão e data para revisão. Quanto ao tipo de documento, a Unidade de Saúde usará a seguinte classificação:

MG. Manual de Gestão – Documento soberano que descreve quem é a instituição, sua identidade, aborda todo o sistema organizacional, política, diretrizes, normas de governança e considerações sobre o modelo de gestão instituído.

CN. Circular Normativa – Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria referente a assuntos de amplo interesse da Instituição.

RE. Regimento – Documento imposto por força de regulamentação dos órgãos oficiais, com poder normativo.

PG. Procedimentos de Gestão – Documento que descreve uma ou mais etapas de um processo corporativo, possui abrangência global, ou seja, deve ser aplicado igualmente por todas as áreas da instituição.

MT. Manual Técnico – Documento que descreve amplamente um processo (todas as suas etapas), com abrangência setorial, ou seja, aquele processo que envolve uma ou mais áreas e tem uma aplicação específica.

PC. Protocolo Clínico – Recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. Orientações concisas sobre teste diagnósticos e tratamentos que possam ser usados pelo médico no seu dia-a-dia.

PS. Protocolo de Segurança - São recomendações desenvolvidas para uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos

planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA.

IT. Instrução de Técnica – Documento que descreve atividades e se aplica a um setor/área especificamente.

FO. Formulário – Documento utilizado para a inserção de registros.

OF. Ofício – Documento de uso para comunicação externa, ou seja, de uso extra institucional.

Registro: É todo e qualquer documento que demonstre as verificações, acompanhamentos e situações específicas daquilo que efetivamente foi realizado e constatado em cada etapa do processo, também denominado de "evidência objetiva". São caracterizados como "comprovantes" de que uma respectiva tarefa/atividade foi efetivamente realizada (ofícios, guia e formulários preenchidos).

b) Procedimento de Gestão de Auditoria

Tem como diretriz verificar os fatos e evidências, avaliando o estado de conformidade do sistema de gestão frente às normas, legislações, padrões, procedimentos e políticas. Sua finalidade é gerar informações úteis e válidas para que a administração da organização analise criticamente seus processos.

Trata-se de um instrumento de aprimora mento e/ou melhoria uma vez que proporciona medidas preventivas e corretivas, tem o caráter educativo e não punitivo com foco na identificação das oportunidades de melhoria dos processos.

c) Procedimento de Gerenciamento das Ocorrências:

Tem como diretriz registrar, investigar as causas, tratar e monitorar suas reincidências, promovendo um ciclo de melhoria continua, bem como consolidar a eficácia da política de gerenciamento de risco.

d) Procedimento de Gestão de Análise Crítica de Desempenho:

Tem como diretriz a utilização de indicadores, cujo objetivo é gerenciar, controlar, monitorar e avaliar os resultados institucionais analisando a necessidade de ações de melhoria, utilizando referências externas e literárias quando necessário. Garantir a análise crítica e a implementação de ações corretivas e preventivas, para alcance dos resultados. Garantir o alinhamento e consolidação dos indicadores de acordo com os objetivos estratégicos da instituição e suas exigências contratuais.

e) Gerenciamento de Processo:

Tem como diretriz mapear, monitorar, mensurar o desempenho dos processos e suas interações com clientes e fornecedores, busca atender necessidades e expectativas das partes

interessadas. Realizar Benchmarking para identificar e implementar as boas práticas aplicadas em outras instituições.

f) Ferramentas de Gestão de Qualidade:

Tem como finalidade definir, mensurar analisar e monitorar os problemas, promovendo facilidade e efetividade de decisões. Para garantia a evidência de ciclos de melhoria continua deverá ser utilizada as seguintes ferramentas:

- **PDCA** (Plan-Planejar, Do-Executar, Check-Verificar, Act-Agir/Padronizar); É um método de gerenciamento de processos que contribui para alcance das metas visando melhoria contínua.
- **5W2H** (What – O que, Who – Por que, Where – Onde, When – Quando, Who – Por quem, How – Como, How Much – Quanto custará); sistemática do plano de ação que permitirá que determinadas ações desenvolvidas com máximo de clareza possível pelos colaboradores.
- **Diagrama de causa e efeito** (ISHIKAWA ou 6ms): Ferramenta utilizada para analisar criteriosamente as causas potenciais de um problema. Promover exatidão no planejamento das ações para solucionar o problema e permitir agrupar a visualização das várias causas que estão na origem do problema ou resultado que se pretende melhorar.

12.3 Núcleo De Segurança Do Paciente (NSP)

Regimento interno do núcleo da comissão de qualidade e segurança do paciente

12.3.1 CAPÍTULO 1 - Princípios e diretrizes gerais

Art. 1° O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem a missão de proteger a saúde da população e garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Art. 2° O NSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

- ✓ Resolução - RDC n° 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- ✓ Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- ✓ Resolução - RDC n° 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.
- ✓ Portaria n° 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

- ✓ Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.
- ✓ Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança nas filiais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.
- ✓ Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente – Brasília: Anvisa, 2015.
- ✓ Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2019 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

12.3.2 CAPÍTULO II - Natureza e objetivos

Art.3º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição, diretamente ligada à **AHBB|Rede Santa Casa**

Art. 4º O NSP tem por finalidade assessorar a diretoria estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais das unidades, de forma a fortalecer a gestão hospitalar e atender a legislação vigente.

12.3.3 CAPÍTULO III - Das prerrogativas e competências

Art. 5º São princípios do NSP:

- ✓ A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- ✓ A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- ✓ A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- ✓ A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- ✓ A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- ✓ A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- ✓ A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente;
- ✓ Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- ✓ Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

Art.6º Compete ao NSP:

- ✓ Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;

- ✓ Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Segurança do Paciente;
- ✓ Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- ✓ 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;
- ✓ Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- ✓ Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- ✓ Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- ✓ Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- ✓ Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da unidade.
- ✓ Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- ✓ Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- ✓ Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- ✓ Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Setorial Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- ✓ Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e profissionais; bem como aos pacientes/familiares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- ✓ Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- ✓ Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- ✓ Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- ✓ Apoiar a Sede da **AHBB|Rede Santa Casa** no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- ✓ Participar de eventos e demais ações promovidas pela **AHBB|Rede Santa Casa** Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

Art.7° Compete a Superintendência quanto ao NSP:

- ✓ Apoiar a implantação e a manutenção do núcleo de segurança do paciente;
- ✓ Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;
- ✓ Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NSP;
- ✓ Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a superintendência deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas do hospital

12.3.4 CAPÍTULO IV - Da composição

Art.8° O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria, seguindo as Diretrizes do Serviço de Qualidade Hospitalar/Coordenadoria da Gestão de Qualidade Hospitalar que determina que o NSP deva ser composto, minimamente, por:

- Um representante da Diretoria;
- Um médico representante do Corpo Clínico
- Um representante da Equipe Multiprofissional
- Um enfermeiro representante da Enfermagem;
- Um farmacêutico representante da Farmácia;
- Um representante do Setor de Gestão da Qualidade que coordenará o Núcleo
- Um representante da Gerência Administrativa;

Art.9° Os membros do NSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pela Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa**, mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

- Por iniciativa própria.
- Por provocação escrita, devidamente fundamentada, apresentada pelo Responsável Técnico.
- A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

12.3.5 CAPÍTULO V - Dos deveres e responsabilidades

Art. 10 Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- ✓ Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à identidade do notificador;
- ✓ Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- ✓ Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 11 Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes da Unidade ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art.12 As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicizados para apreciação da Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Art. 13 As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- Coordenar as discussões;
- Produzir e expedir documentos;
- Distribuir tarefas;
- Conduzir os trabalhos; e
- Coordenar o apoio administrativo.

Art. 14 O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

12.3.6 CAPÍTULO VI - Do mandato

Art. 15 O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Diretoria

12.3.7 CAPÍTULO VII - Do funcionamento

Art. 16 O NSP deverá se reunir mensalmente, ou seja, a cada 30 dias, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente. Haverá reuniões dos subgrupos, também de frequência mensal.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador das Unidades.

Regimento interno do núcleo da comissão de qualidade e segurança do paciente												
Ações	1° Mês	2° Mês	3° Mês	4° Mês	5° Mês	6° Mês	7° Mês	8° Mês	9° Mês	10° Mês	11° Mês	12° Mês
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Realização de Reuniões com a Liderança												
Realização de reuniões com demais Comissões												

Art. 17 As reuniões do NSP são agendadas mensalmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 18 O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 19 O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NSP.

Art. 20 As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

12.3.8 CAPÍTULO VIII - Das deliberações e recomendações

Art. 21 As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1° - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2° - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3° - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NSP

12.3.9 CAPÍTULO IX - Do suporte ao funcionamento

Art. 22 - O apoio administrativo ao NSP será realizado pelo secretário da **AHBB|Rede Santa Casa** e na ausência deste poderá ser assessorado por um dos representantes.

Art. 23 - São consideradas atividades administrativas:

Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;

Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;

Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Parágrafo Único. O NSP da **AHBB|Rede Santa Casa** usará a estrutura física da Qualidade para a guarda de documentos, portarias, atas e outros.

12.3.10 CAPÍTULO X - Das reuniões

Art. 24 - Quando as reuniões do NSP acontecerem no horário de expediente, o membro participante do núcleo dever ser liberado e a chefia designar outro funcionário para desempenhar a função do mesmo, para que não haja prejuízo das atividades.

Art.25 - Quando as reuniões do NSP acontecerem fora do horário de expediente, o membro participante do núcleo receberá as horas de participação em folgas, cujo dia deverá ser acordado com chefia, sem prejuízo das atividades.

Art.26 - Cabe à chefia de cada setor e/ou unidade exigir a confirmação da participação do membro do NSP nas reuniões.

12.3.11 CAPÍTULO XII - Das disposições finais

Art. 27 - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28 - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença do Diretor.

Art. 29 - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

13. Gestão da Assistência

13.3 Descrição sobre a Gestão da Assistência

A Gestão da Assistência tem como objetivo assegurar a busca permanente pela excelência na assistência entregue aos pacientes; por meio da incorporação institucional de fundamentos, critérios, padrões e melhores práticas de gestão do mercado, visando agregar valor aos pacientes.
Como Valor Agregado aos pacientes em tratamento na Instituição, será estabelecida pelo:

- Custo do Atendimento;
- Tempo de Tratamento;
- Qualidade da Assistência.

A assistência praticada deve garantir a qualidade e segurança assistencial ao usuário, com a implantação de medidas que sustente o Modelo Assistencial favoreça a elucidação diagnóstica, tratamento compatível às patologias e comorbidades apresentadas, redução do risco a vida ou sofrimento intenso, a cura e recuperação dos pacientes portadores de diversas patologias clínicas.

Além dos atendimentos de urgência e emergência, nos quais os médicos realizam o atendimento, controlam o problema e detalha o diagnóstico, eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.

Todas as práticas assistenciais estarão alinhadas ao Perfil Epidemiológico da Unidade e a estrutura de atendimento estabelecida, já pactuada com a Secretaria de Estado da Saúde, além de respeitar as determinações do Ministério da Saúde, quanto as suas especificidades.

13.4Características e Diretrizes Assistencial

Modelo De Assistência

O Modelo de Assistência na Saúde propõe a aplicação de uma cadeia de valor estruturada para delinear e analisar o processo de prestação dos serviços.

Outras proposições desafiadoras do modelo são:

a) A mensuração, comparação e divulgação dos resultados dos serviços assistenciais, visando melhoria no resultado entregue ao paciente:

b) A organização da unidade sem torno da condição clínica do paciente, ou seja, de acordo com o perfil da demanda recebida. A unidade deverá se organizar de maneira integrada através das especialidades tratamentos e serviços, visando proporcionar valor agregado aos resultados entregues.

Um eficiente modelo assistencial pressupõe a atuação de uma equipe multiprofissional composta além do médico e enfermeiro, também pelo nutricionista, farmacêutico, controla de infecção, entre outros.

Boa Prática Clínica

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica são;

- Orientações estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde
- Qualificação dos profissionais
- Utilização de registros da atividade assistência
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre diagnóstico, tratamento e condições de referência.
- Perfil de prescrição farmacêutica
- Autoavaliação assistencial pelos profissionais
- Avaliação externa da prática assistência!

13.5Ações para a Gestão da assistência

Objetivo a ser atingido

Desenvolver as atividades de vigilância em saúde no **CAPS I,II, AD E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, gerenciadas de acordo com as normas legislações e diretrizes vigentes

desenvolveram um trabalho em conjunto com a secretaria da saúde e atendendo de imediato as solicitações e ou projetos específicos relacionados a epidemias calamidade pública estado de emergência e ações de utilidade pública.

Ação 1

Criar um canal de comunicação com a Secretaria da Saúde de **Almirante Tamandaré**, para criar um programa de treinamento da equipe quanto as doenças de notificação compulsória.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

SINAN e fichas.

Ação 2

Alinhar a unidade para o atendimento de surtos, epidemias calamidades públicas em geral seguindo as recomendações da SMS.

- **Período**

01 a 30 dias e manter.

- **critério de avaliação**

Utilização do Plano de contingência.

Ação 3

Preparar a equipe para acompanhar, investigar, orientar e tratar os usuários demandados da Vigilância Epidemiológica.

- **Período**

01 a 30 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Lista de presença.

Ação 4

Treinar a equipe para detecção registro das doenças de notificação compulsória.

- **Período**

01 a 30 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Lista de presença.

Ação 5

Investir esforços para manter e aumentar os espaços de Ensino e Pesquisa, com atuação conjunta da iniciativa privada com Cursos Técnicos e Universidades, conduzindo a UPA 24H ao ambiente de ensino e aprendizagem contínuo.

- **Período**

01 a 30 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Novos contratos e novas parcerias.

Ação 6

Equacionar investimentos no desenvolvimento e aplicação das Políticas de Humanização do Ministério da Saúde, Política Estadual de Humanização, Política Nacional de Humanização.

- **Período**

01 a 30 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Novas parcerias.

Ação 7

Instituir o através da Comissão de Humanização o Plano Institucional de Humanização, após ser validado pela Diretoria e Secretaria Municipal de Saúde.

- **Período**

01 a 30 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Indicadores da área.

Objetivo a ser atingido

Promover ambiência acolhedora para usuários e trabalhadores, proporcionando dignidade a respeito nas relações e mantendo a qualidade na prestação dos serviços.

Ação 1

Treinar a equipe quanto ao atendimento ao cliente, para proporcionar ações que favoreçam condições para que todos os usuários recebam um atendimento digno, com respeito e educação de toda a equipe de trabalho.

- **Período**

No processo de integração e repetir a cada 6 meses.

- **Critério de avaliação**

Integração Lista Treinamento.

Ação 2

Implantar controles de tempo de atendimento, definindo metas e processos de melhoria.

- **Período**

Após 90 dias de contratação.

- **Critério de avaliação**

Sistema.

Ação 3

Treinar a equipe multidisciplinar para que compreendam e garantam a privacidade do usuário.

- **Período**

No processo de integração repetir a cada 6 meses.

- **Critério de avaliação**

Integração e lista de treinamento projeto.

Ação 4

Implantar o programa de 5S para que todos os profissionais mantenham a ordem e controle do perfeito funcionamento da unidade hospitalar.

- **Período**

Após 60 dias de contrato.

- **Critério de avaliação**

Indicadores de Adesão ao Projeto.

Ação 6

Estabelecer normas que garantam a permanência de um acompanhante durante toda a assistência prestada a, desde que se garante a ordem e respeito a privacidade dos demais já cientes.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Regulamento interno.

Ação 7

Orientar todos os profissionais que se identifiquem aos usuários, para que possam identificar o nome e categoria de quem presta informações assistência direta.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Lista de presença da divulgação do Regulamento interno.

Ação 9

Implantar o "termo de consentimento" informado para todos os procedimentos invasivos, transferências e outros, desde que o paciente não se encontra em risco de morte para que o paciente e o responsável de forma autônoma posso decidir se submeter ou não a tratamento médico oferecido.

- **Período**

60 dias após o contrato.

- **Critério de avaliação**

Termo de consentimento e auditorias.

Ação 10

Instalar um toten para retirada de senha, que se comunique com os demais serviços e setores desde a entrada do paciente na unidade até o atendimento final (seja alta, transferência ou óbito).

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Ficha de atendimento.

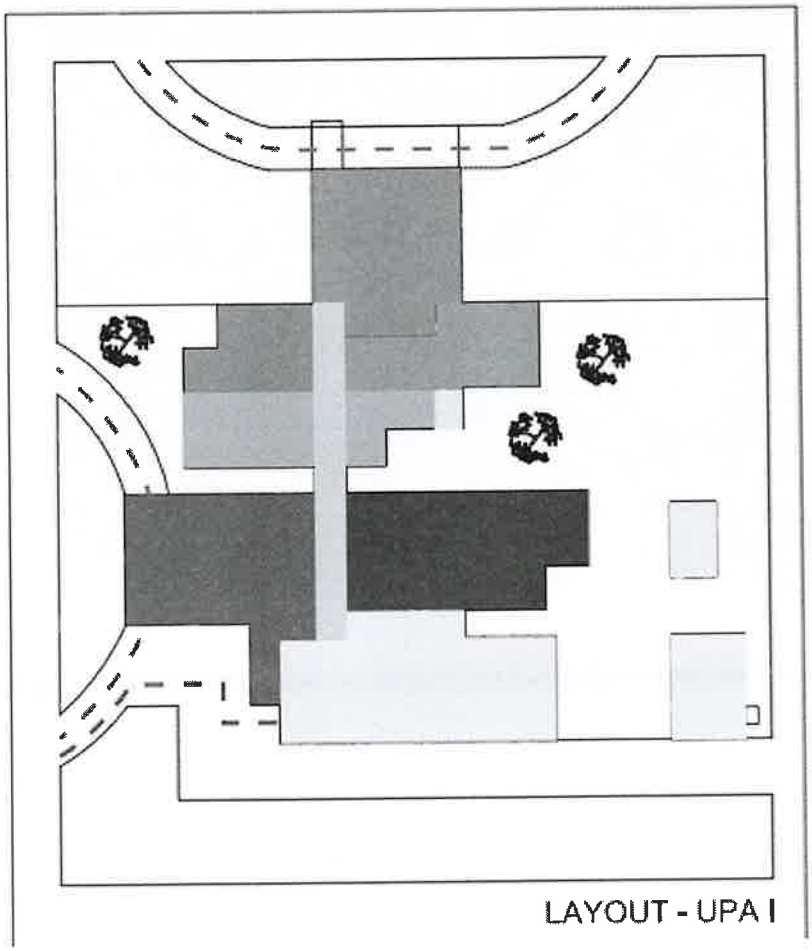
Fluxos Operacionais para Atendimentos de Usuários

Circulação dos usuários em atendimento, em espera e em áreas restritas

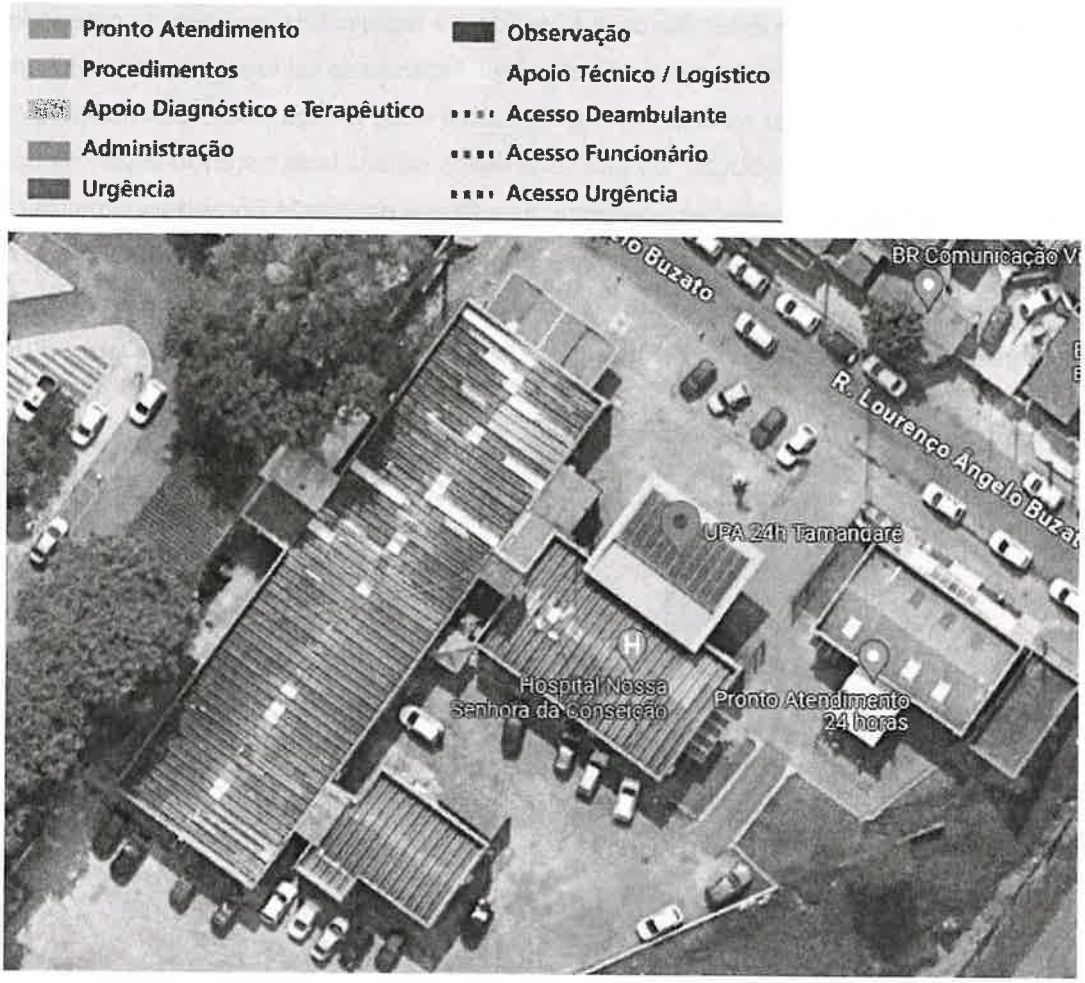
A Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h, sempre deve contar com dois acessos distintos para o paciente, sendo um para o paciente deambulando e um segundo para o paciente que chegar através de ambulância (acesso de emergência); assim evitando o fluxo cruzado de pacientes. Deve contar também com acesso exclusivo para funcionários, que pode funcionar como acesso de entrada de insumos e saída de resíduos.

A orientação é para que o perímetro externo da UPA 24h possua fechamento nos locais onde existir atividade externa (apoio técnico e logístico), como guarda temporária de resíduos, central de gases medicinais, sala de equipamento de energia alternativa (gerador) e guarda temporária de cadáveres, afim de garantir acesso restrito a estas atividades. As áreas de circulação deverão ser demarcadas de acordo com o tipo de acesso: deambulante, funcionário e acesso a urgência.

A definição de acesso a estes fluxos, é baseada na legislação vigente e na categoria de cada definição. A divisão e subdivisão das áreas, deve ser organizado ou reorganizado conforme o fluxo operacional do atendimento ao usuário, respeitando a visão de agilidade, efetividade e eficácia da execução das tarefas e na redução "enxuta" dos fluxos na unidade, focando assim na qualidade e segurança do cuidado. Com relação à Setorização e Fluxos na Upa 24 horas para uma unidade Prote 1, a divisão de espaços e orientação dos fluxos operacionais deve respeitar as normas e regulamentações em vigor, para Garantia da Segurança e Qualidade do cuidado. A imagem abaixo representa a padronização de setorização para a compreensão da circulação nas áreas.

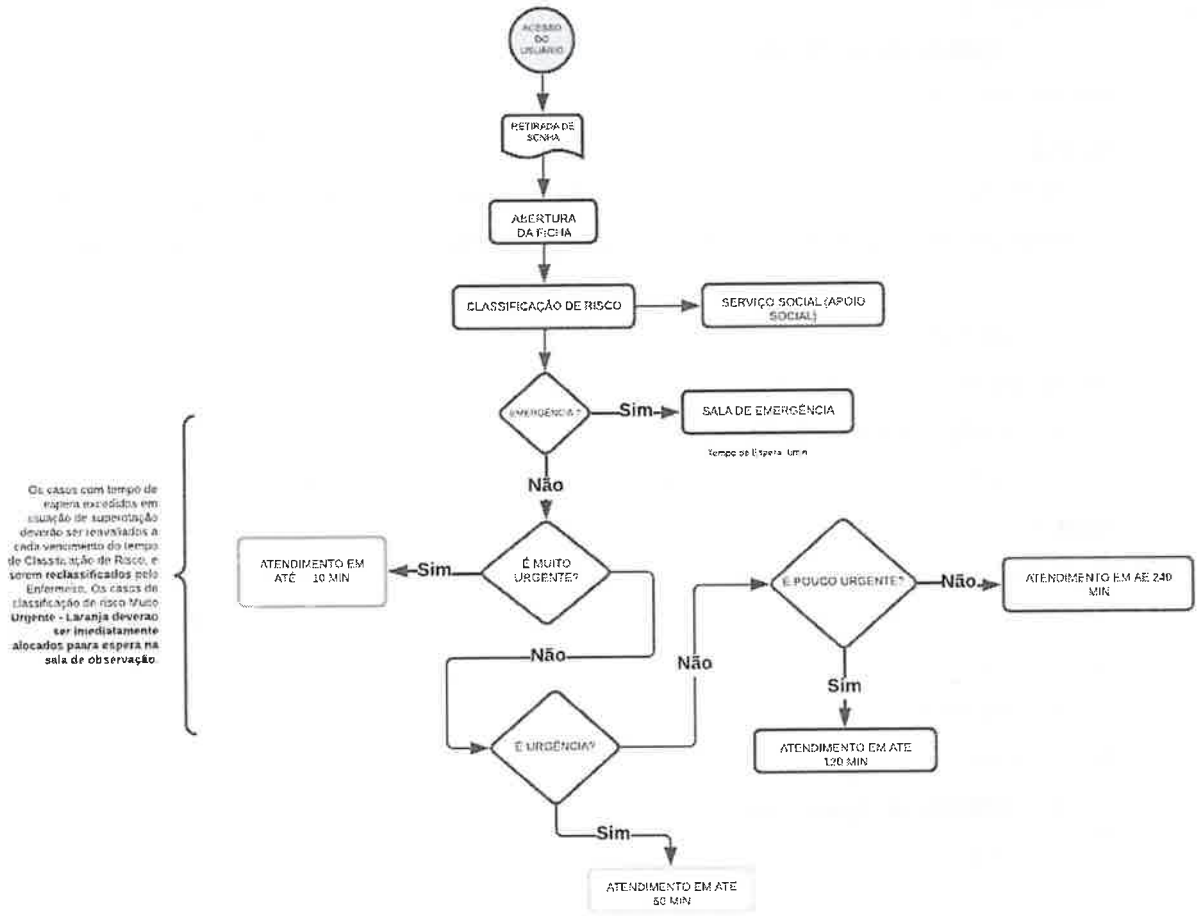


LAYOUT - UPA I



Neste sentido, nos orientamos pelas recomendações (ou orientações) gerais e específicas contidas no Programa Arquitetônico Mínimo – UPA 24h, que estão baseadas na norma da ANVISA (RDC/ANVISA nº 50/2002) e Portarias do Ministério da Saúde. Assim sendo, os ajustes necessários serão realizados dentro das possibilidades e propostas apresentadas com as devidas aprovações envolvidas. Entretanto, caso necessário, mudanças estruturais locais para "enxugar" os ambientes, e manter a concordância com um fluxo operacional de atendimento ao usuário podem ser realizadas com base na metodologia Lean Healthcare, em um projeto desenvolvido juntamente com a equipe operacional in loco.

Com relação ao fluxo de atendimento do paciente padronizado para Acolhimento e Classificação de Risco, baseado no protocolo de Manchester apresentamos o seguinte fluxograma operacional.



14. *QUALIDADE DE GESTÃO*

14.3Ações para Gestão de Atenção à Saúde

14.3.1 Objetivo a ser atingido

Prestar assistência à saúde aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, observando o disposto no Art. 198 da Constituição Federal, no inciso I do art 7° da Lei Federal 8.080/1990 e na forma e condições estabelecidas no Processo de seleção n° 194/2019 e Processo n° 11300/2019.

Ação 1

Implementar as estruturas e protocolos da **AHBB|Rede Santa Casa**, para que o acesso dos usuários seja de maneira universal, equitativo e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutivos.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de Avaliação**

Revisão de Fluxo.

Ação 2

Implementar rotinas de solicitar ao paciente ou a seus representantes legais, um documento, para conferência de identidade, assim como o Cartão Nacional do SUS e a documentação de encaminhamento, incluindo seu comprovante de residência se for o caso.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de Avaliação**

Comunicado, aviso nos murais, treinamentos e divulgação de presença.

Ação 3

Assegurar aos pacientes o direito de serem assistido, religiosas e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, independente das convicções religiosas de qualquer indivíduo envolvido no processo.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de Avaliação**

Comunicado, aviso nos murais, treinamentos e divulgação de presença.

14.3.2 Objetivo a ser atingido

Desenvolver ações visando contribuir para a reorganização da Atenção Primária à Saúde qualificando todos os colaboradores a fim de direcionar o paciente ao serviço referenciado sem deixar de lhe prestar atendimento e ouvir suas queixas.

Ação 1

Realizar atendimento; garantido o cadastramento e acompanhamento das pessoas/famílias, procurando desenvolver a prevenção, diagnóstico, reabilitação e tratamento de doenças crônicas agudizadas, buscando reduzir a mortalidade da população.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de Avaliação**

Relatório do Censo.

Ação 2

Analisar o processo de territorialização existente, visando adequar a cobertura do cadastramento as famílias de acordo com as determinações legais do Ministério da Saúde, contribuindo com o matriciamento do território.

- **Período**

01 até 120 dias após contrato.

- **Critério de Avaliação**

Diagnóstico Situacional.

Ação 3

Intensificar ações que apoiem a força de trabalho e resolução de problemas crônicos nas unidades básicas de saúde, segundo os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família.

- **Período**

01 até 30 dias.

- **Critério de Avaliação**

Diagnóstico Situacional.

Ação 4

Criar Protocolos de patologias de maiores agravos, definindo os procedimentos diagnósticos originados das consultas de Atenção Básica (Manual Instrutivo PMAQ); e colaborar na validação das ações da atenção básica, de atuação conjunta de atendimento aos pacientes definindo responsabilidades de cada atenção de saúde.

- **Período**

01 até 120 dias.

- **Critério de Avaliação**

Diagnóstico Situacional.

Ação 5

Contribuir na identificação de pessoas em situações de vulnerabilidade social, direcionando para equipes ESF para trabalhar com aspectos específicos da saúde em consonância com **a Secretaria Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré.**

- **Período**

01 até 60 dias, com revisões periódicas.

- **Critério de Avaliação**

Diagnóstico Situacional.

Ação 6

Aplicar protocolos já consolidados na **AHBB|Rede Santa Casa** para garantir as orientações de atendimentos e acompanhamentos para grupos de pacientes crônicos, mantendo forte vínculo com a atenção primaria e ESF.

- **Período**

01 até 120 dias.

- **Critério de Avaliação**

Ficha de Atividade.

Ação 8

Incrementar palestras para a população que envolva; doenças degenerativa, câncer, doenças sexualmente transmissíveis e grupos de riscos da população local, gravidez precoce.

- **Período**

01 até 120 dias e manter.

- **Critério de Avaliação**

Ficha de Atendimento Individual e Atividade Coletiva.

Ação 10

Contribuir no Programa de Educação para adolescentes com palestra para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, assim como gestações indesejadas.

- **Período**

01 até 120 dias e manter

- **Critério de Avaliação**

Atividade Coletiva

Ação 11

Providenciar a realização de exames de Análises Clínicas, Radiologia e Eletro cardiológicos, cardiotocografia e outros, assim que se fizer necessário para suporte de diagnóstico sempre que requerido pela situação/população.

- **Período**

01 até 30 dias e manter.

- **Critério de Avaliação**

Ficha de Procedimento.

16.1.1 Gestão de Pessoas

16.1.2 Ações para Gestão e Descrição dos Serviços

A Gestão de Pessoas é responsável por garantir o provimento adequado e qualificação de colaboradores para que as unidades possam operar na sua plenitude.

A gestão de Pessoas será composta pelos seguintes subsistemas:

- Recursos humanos;
- Departamento Pessoal;
- Segurança e Medicina do trabalho;
- Núcleo de Educação Permanente.

Para cumprir os seus objetivos de forma segura e resolutiva contará com uma equipe multiprofissional responsáveis pelo desenvolvimento e implementação da política de gestão de pessoas **AHBB|Rede Santa Casa** de cada subsistema, conforme especificação abaixo:

16.1.3 Recursos Humanos

Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários, fundiários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos colaboradores utilizados na execução dos serviços.

a) Descrições de Cargos

A descrição de cargos é um retrato simplificado das atividades, responsabilidades e qualificações pertinentes ao cargo. É determinada dentro dessa descrição a função, a quem se reporta, condições de trabalho e como deve ser feito, preparação técnica esperada e desejada, competências técnicas e comportamentais. Qualquer novo cargo e/ou alteração devem ser previamente aprovados pela Diretoria.

O objetivo da descrição de cargos é um mapeamento do trabalho realizado dentro da organização, que dará subsídios para o recrutamento e seleção dos profissionais, identificação das

necessidades de treinamento, planejamento da força de trabalho, avaliação de cargos e critérios de salários, entre outros.

b) Política Salarial

Os salários serão definidos pela média salarial do mercado regional para cargos operacionais e de média gerência. Já os cargos estratégicos e de direção serão referenciados pelo mercado nacional, sempre observando os pisos das categorias profissionais. Os salários serão revistos anualmente conforme dissídio sindical, ou em casos previstos em convenção coletiva. Poderão ainda ocorrer reajuste pontuais devida necessidade de realinhamento salarial.

c) Benefícios

O Recursos Humanos irá desenvolver um programa de benefício para os colaboradores como forma de reconhecimento, valorização e motivação. Naturalmente os benefícios serão vinculados a critérios objetivos de merecimento, tais como:

- Ausência de faltas não justificadas;
- Ausência advertência e/ou suspensão;
- Bom desempenho na última avaliação realizada;
- Parecer favorável do seu Supervisor e Gerente, entre outras.

d) Recrutamentos & Seleção

Visa normatizar o processo de Recrutamento e Seleção de candidatos para as Unidade e orientar os gestores quanto aos procedimentos de contratação de novos colaboradores.

O processo de recrutamento visa atrair candidatos com o perfil necessário, garantindo admissão de colaboradores, potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização. Segue as diretrizes abaixo:

- Todo e qualquer processo seletivo (interno e externo) será realizado pelo Recursos Humanos;
- Tem como objetivo buscar candidatos no mercado de trabalho aptos para contribuir ao desenvolvimento da organização.
- Toda e qualquer solicitação de recrutamento deverá ser analisada e validada pela Diretoria no que concerne ao dimensionamento do quadro e aspectos financeiros;
- Impreterivelmente, todos os candidatos (interno e externos) serão avaliados pelo processo de entrevista comportamental/competências, inventários psicológicos, provas práticas e teóricas acompanhadas e validadas pelo gestor na área conforme segue:

- Quando do remanejamento interno de profissional, este deverá passar por entrevista comportamental/competências com os Recursos Humanos para avaliar aderência do perfil à nova vaga.

e) Avaliações de Experiência 45 a 90 dias

Para avaliar e potencializar o desenvolvimento do novo colaborador será realizado, aos 45 e 90 dias após admissão, a avaliação de experiência. A avaliação será realizada pelo gestor imediato e acompanhada ativamente pelo colaborador.

f) Avaliações de Desempenho

Tem como objetivo diagnosticar e analisar o desempenho individual e grupal dos colaboradores, promovendo o crescimento pessoal e profissional, bem como melhor desempenho.

O resultado deste processo visa gerar o PDI (Plano de Desenvolvimento Individual), realizado em consenso com o gestor e colaborador, que deverá ser amplo, flexível e estratégico, facilitando também uma autocrítica sobre pontos fortes, pontos fracos, possibilidades e limites, realizados de forma mais transparente possível.

g) Pesquisas de Clima Organizacional

Considera uma importante ferramenta para a Gestão de Pessoas tem como objetivo mensurar o nível de satisfação dos colaboradores com relação aos aspectos do ambiente organizacional e a maneira como as pessoas interagem com a equipe. O resultado final apresenta as informações necessárias para a identificação de oportunidades de melhoria e a elaboração de um plano de ações. O resultado é discutido com a Diretoria para uma visão Geral da instituição, posteriormente apresentado para os gerentes abrindo a oportunidade para discussão. Na sequência deve ser divulgado para supervisores e colaboradores.

Após divulgação, a Direção e lideranças elaboram um plano de ação para tratativa das questões com impacto negativo e sugestões.

h) Processos Demissionários

Quando da opção de desligar o colaborador, o gestor deve procurar os Recurso Humanos para formalizar a solicitação. Deve trazer, caso haja, evidências (advertências, orientações formais entre outros) que justifiquem o motivo do desligamento do colaborador. Será preenchido o formulário específico com a justificativa do Gestor e parecer do Recursos humanos, bem como anexados evidências trazidas pelo gestor e, se houver, as avaliações de experiência e de desempenho do colaborador em questão. Deverá também, ser preenchido e anexado ao processo a requisição de vaga para substituição, com as devidas informações e análise quanto ao dimensionamento do quadro. Este dossiê será encaminhado à aprovação da Diretoria.

a. **Entrevista de Desligamento**

A entrevista é um instrumento para detectar a satisfação e a opinião do funcionário sobre ao relacionamento com os colegas e gestores, identificando assim qual é a imagem que este levará da instituição, sobre também atuar como oportunidade de melhoria para a instituição.

Esta deve ser realizada por um psicólogo capacitado, com o enfoque de esvaziar as emoções envolvidas no processo e trabalhar com a real situação. Não é obrigatório o colaborador realizar, porém o convite será feito. É um instrumento confidencial, o qual é aberto pela Direção que, em análise, define junto com o RH as devidas tratativas.

i) **Qualidade de Vida**

Compreende as ações e projetos voltados a análise dos aspectos que impactam na qualidade de vida dos profissionais dentro e fora do ambiente de trabalho e desenvolver propostas para contribuir com as melhorias destes aspectos. Haverá um Comitê composto por profissionais representando, entre outros, a Medicina do trabalho, Segurança do Trabalho, Recursos Humanos, Departamento Pessoal, Comunicação, Qualidade e outros.

O Comitê se reunirá periodicamente tendo como pauta principal o perfil epidemiológico das Unidades, elaborado pelo médico do trabalho anualmente, com informações dos CID's apresentados nos atestados dos colaboradores e detectados nos exames periódicos. Na sequência serão desenvolvidos, apresentados, aprovados e implementados programas e projetos de Qualidade de Vida dos Colaboradores.

16.1.4 Núcleo de Educação Permanente (NEP)

O NEP visa treinar e desenvolver as competências técnicas e comportamentais dos colaboradores propiciando a oportunidade de desenvolver suas potencialidades e ampliar seus conhecimentos, visando o melhor desempenho no trabalho e conscientização do seu papel como profissional da saúde.

a) **Desenvolvimento de pessoas**

Com o objetivo de desenvolver constantemente os colaboradores, aumentando assim os conhecimentos, habilidades e competência da sua força de trabalho, melhorando o desempenho geral da organização. Este processo inicia-se desde o primeiro dia de trabalho, na integração institucional/setorial. Na sequência acompanhamos sua adaptação e construção dos conhecimentos internos nas avaliações de experiência e desempenho, bem como nos treinamentos pontuais internos ou externos viabilizados pelo NEP.

b) **Programa de Integração Institucional e Setorial**

A integração deve ser aplicada a todo novo colaborador. O Programa de integração será estabelecido em 40 horas, sendo às 8 primeiras horas para temas institucionais gerais, onde o novo colaborador irá conhecer a instituição como um todo. Na sequência, tem-se às 36 horas setoriais que consiste em um programa de desenvolvimento setorial elaborado pelo gestor da área, em parceria com o NEP, para que o novo colaborador seja capacitado nas rotinas operacionais pertinentes a sua atuação.

c) Treinamentos

Refere-se à aquisição de conhecimentos habilidades se competências como resultado de formação profissional ou do ensino de habilidades práticas relacionadas às competências úteis específicas. Para tanto os gestores deverão disponibilizar suas equipes, em horários específicos pré-estabelecidos ou em treinamento in loco, sempre que convocados pelo NEP.

d) Levantamento da Necessidade de Treinamentos – LNT

É uma ferramenta que atua concomitantemente com o planejamento estratégico da instituição, com o intuito de programar anualmente os treinamentos de aperfeiçoamento. O LNT deve ser flexível e compreender a necessidade das equipes no momento e estará sempre disponível para consulta no NEP. Do LNT geramos o PAT (Plano Atual de Treinamento), um cronograma na qual, em que todo os treinamentos estão dispostos e acessíveis à gestão do responsável da área.

e) Treinamentos

São os treinamentos promovidos e administrados na Instituição. Podem ser ministrados por colaboradores, comissões específicas, gestores, setores específicos ou através de empresas contratadas especificamente para tal. Para garantir a eficácia de todo e qualquer conhecimento transmitido, este deverá seguir as seguintes diretrizes:

- Convidar o instrutor, interno ou externo, alinhando os detalhes para a realização do evento, bem como capacitá-lo quanto os padrões utilizados
- Validar o Plano de Aula, com todos os campos preenchidos e discutidos no intuito de garantia a melhor aplicabilidade dos resultados disponíveis
- Certificar-se da logística antes, durante e após o evento, como divulgação, agenda do local, confecção de convite/convocação, dos colaboradores à participação, e demais peculiaridades dos treinamentos.
- Fornecer ao palestrante os formulários Lista de Presença e Avaliação de Reação solicitando que, impreterivelmente, ambas sejam respondidas pelos participantes;

- Discutir e formalizar entre palestrante, gestor da área e NEP, o modelo de avaliação de eficácia a ser utilizado, bem como acompanhar todo o processo, tabulando os doados e arquivando todo o material utilizado para consulta futura.

f) Avaliações de Eficácia

As avaliações nos conduzem para uma melhor visualização do novo aprendizado. Não basta só treinar, é necessário encontrarmos uma melhor forma de mensurar o conteúdo assimilado ou não pelos participantes. Devemos ter uma ideia, *a prori,* quanto ao impacto causado pelo treinamento, bem como medir os níveis de aprendizagem e conhecimentos adquiridos, técnicos e relacionais refletidos na mudança de comportamento do colaborador.

Para garantir a eficácia de um treinamento será aplicada avaliação pós-treinamento, que será realizada sem períodos distintos:

- Avaliação de Reação (curto prazo) será sempre aplicada ao término de todos os treinamentos. O objetivo é medir a percepção dos participantes em relação às experiências de aprendizado, ao conteúdo, ao facilitador e a relevância para o trabalho;
- Avaliação de Aprendizagem, quando prevista no formulário Plano de Aula, deverá ser aplicada ao término de cada evento de instituições de formação técnica. Esta, por sua vez, deverá ser discutida entre instrutor, Gestor da área e NEP, visualizando a melhor forma para aplicação. Deve ser corrigida pelo instrutor do treinamento e entregue ao NEP para arquivamento com a devida nota, assinada pelo instrutor. Caso essa avaliação não atinja os índices esperados, cabe ao NEP planejar, junto ao requisitante, uma forma de reaplicar o assunto abordado;
- A Avaliação de Eficácia (médio e longo prazo) tem como objetivo avaliar a retenção e aplicabilidade do conhecimento adquirido. este é o resultado tangível, mensurado da cadeia de evidência que valida o que os níveis anteriores mostram por meio de dados.

16.1.5 Departamento Pessoal

a) Responsabilidade pela formalização legal da relação de trabalho entre a AHBB|Rede Santa Casa e os profissionais.

Área técnica responsável pelo cumprimento das normas trabalhistas relacionadas aos profissionais em regime de contratação CLT, realizando o gerenciamento da folha de pagamento, admissões e demissões, e-Social, férias, benefícios, atestados e afastamentos, registro de ponto e passivos trabalhistas e da relação de trabalho com prestadores de serviços, através da formalização contratual e acompanhamento das obrigações estabelecidas em contrato.

16.1.6 Medicina e Segurança do Trabalho

Conjunto de iniciativas de Instituição no campo de saúde e segurança dos trabalhadores observando-se não só a NR 07, como também as demais Normas Regulamentadoras aplicáveis. Visa considerar as questões relativas aos acidentes tanto sobre o indivíduo como a coletividade trabalhadora.

Sempre com caráter preventivo, busca rastrear e diagnosticar precocemente quaisquer agravos à saúde do trabalhador; observa inda os riscos identificados nas avaliações ambientais previamente realizadas em conformidade com a NR 09 (PPRA).

- Promoção e manutenção do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores sem todas as ocupações;
- A proteção dos trabalhadores em seus empregos dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde e de doenças ocupacionais causadas por suas condições de trabalho;
- A colocação e manutenção de trabalhadores nos locais de trabalho adaptados às suas aptidões fisiológicas e psicológicas.
- Neste quesito vale ressaltar, que embora a **AHBB|Rede Santa Casa**, tenha a matriz departamental em São Carlos/SP, será implantado um DP/RH na regional **Almirante Tamandaré**, para que o contato do colaborador seja realizado imediatamente a sua necessidade.

a) Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO)

O PCMSO vai abranger áreas administrativas e toda parte de atendimento aso pacientes sem seus tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos. Colocar o trabalhador numa atividade compatível com sua capacidade física e mental de acordo com a forma da lei, visando à realização sem perigo para ele, para os pacientes e para seus colegas de trabalho e sem prejuízo à propriedade lembrando que é de responsabilidade da Instituição e de seus colaboradores a boa utilização dos materiais e equipamentos de trabalho.

- Proteger os trabalhadores dos riscos de agentes nocivos e acidentes inerentes à ocupação;
- Dar encaminhamento e acompanhamento correio aos acidentes do trabalho

Exames a serem realizados:

Exame Admissional: Deverá ser realizado antes que o trabalhador assuma suas atividades.

Exame Periódico: para trabalhadores expostos a riscos ou situações de trabalho que impliquem no desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças Crônicas.

De Retorno aos Trabalho: No primeiro dia de volta ao trabalho de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente de natureza ocupacional ou não., ou parto.

De mudança de Função: Antes da data da mudança, que se entende por toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique na exposição do trabalhador a risco diferente a que estava exposto antes da mudança.

Demissional: Deverá ser realizado obrigatoriamente até a data da homologação, desde quer o último exame médico ocupacional tenha sido realizado a mais de 90 dias, para grau de risco 3 e 4, segundo o quadro 1 da R 04.

b) Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA

O PPRA visa à preservação da saúde e da integridade dos Trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação na Instituição, que podem ser mensurados e localizados, definindo aços para atenuá-los, extingui-los ou mantê-los sob controle. Para efeito da NR – 9 consideram-se riscos Ambientais o agente físico, químico biológico, existentes nos ambientes de trabalho e tempo de exposição são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

c) Cadastro da Organização Social junto à Contratante

A **AHBB** manterá manter cadastro atualizado dos profissionais junto à SMS/**Almirante Tamandaré**, a qualquer tempo e duração do Contrato.

O cadastro deverá conter no mínimo:

- Dados pessoais;
- Endereço domiciliar;
- Foto 3x4;
- Cópia do Diploma de Formação de entidade reconhecida pelo MEC
- Conselho Regional de Classe, quando couber;
- Assinatura de ciência de responsável pela Organização Social.
- Exames Médicos Periódicos;
- Relação dos serviços públicos cedidos.

Observação: Estes registros deverão ser colocados à disposição da SMS/**Almirante Tamandaré** a qualquer tempo na duração do Contrato de Gestão.

16.1.7 Ações de Gestão de Pessoas

16.1.7.1 Objetivo a ser atingido

Aplicar o completo programa de Gestão de Pessoas da **AHBB|Rede Santa Casa**, visando quadros de pessoal completos e qualificados, garantindo a continuidade e estabilidade da execução das atividades previstas no Contrato de Gestão.

Ação 1

Atender a legislação vigente, convenções coletivas de trabalho e demanda de atendimento, para o processo de Gestão de Pessoas, garantindo todos os direitos trabalhistas e de segurança na realização do trabalho.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de Avaliação**

Vinculação dos sindicatos.

Ação 2

Aplicar a legislação trabalhista assegurando o cumprimento de direitos e obrigações.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Contrato de Trabalho.

Ação 3

Aplicar a descrição de cargos da **AHBB|Rede Santa Casa**, descrevendo perfil técnico de todos os cargos necessários para o cumprimento do edital, para subsidiar o recrutamento e seleção dos profissionais, identificação das necessidades de treinamento, planejamento da força de trabalho, avaliação e critérios de salários, entre outros.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Indicadores da área.

Ação 4

Adequar e manter o quadro de colaboradores as necessidades da organização conforme exigências regulamentares e exigências do contrato de gestão, tanto em número como a qualificação técnica.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Escalas e relatório de Ponto.

Ação 6

Garantir adequado registro dos colaboradores de acordo com a legislação, com prontuário individual, com toda a documentação pertinente.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Cópia de documentos e auditoria periódica.

Ação 7

Manter o cadastro dos profissionais junto à Contratante, com atualizações periódicas a qualquer tempo e duração do Contrato. (Dados pessoais; Endereço domiciliar; foto 3x4; Cópia de diploma de formação de entidade reconhecida pelo MEC e o Conselho Regional de Classe, quando couber Assinatura de ciência do Responsável pela Organização Social. Exames Médicos e Cursos, Aulas e Treinamentos realizados).

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Prontuário do funcionário.

Ação 8

Implantar um controle de frequência, através de ponto biométrico.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Ponto.

Ação 9

Prover todos os exames adicionais e periódicos para os funcionários conforme exigência da legislação do C.L.T.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Prontuário Funcional e auditoria periódica.

Ação 10

Elaborar e orientar atividades de segurança do trabalho e preservação física dos funcionários, construções e instalações. Inspecionar equipamentos e condições de trabalho, investigar e analisar causas de acidentes para eliminar riscos desenvolver programas de treinamentos e manter condições de trabalho adequadas de saúde e segurança para os profissionais.

- **Período**

01 até 160 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Laudo da Segurança do Trabalho.

Ação 11

Aplicar o Programa de integração da **AHBB|Rede Santa Casa** para capacitar todos os novos funcionários contratados, visando que exerçam suas funções de maneira adequada e dentro dos padrões pré-estabelecidos.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Lista de presença de integração.

Ação 12

Receber os funcionários cedidos pela contratada, envolvendo sem todo o processo de conhecimento da metodologia de trabalho da **AHBB|Rede Santa Casa** e da formação contínua

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Lista de presença.

Ação 13

Aplicar o cronograma de fóruns para a integração da equipe e o envolvimento de todos profissionais na nova proposta de trabalho.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença Livre.

Ação 14

Aplicar o cronograma de capacitação continua **AHBB|Rede Santa Casa** para toda a equipe técnica, dentro independente do vínculo empregatício, dos Programas desenvolvidos. Abordando temas de respeito aos atendimentos do usuário, treinamentos técnicos em que propicie os profissionais aptos para dar seguimento ao protocolo de atendimento instituído, valorização do profissional.

- **Período**

01 até 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Cronograma de atendimento na emergência permanente.

Ação 15

Viabilizar os processos de Educação Permanente em Saúde em parceria com a Secretária Municipal de Saúde de **Almirante Tamandaré.**

- **Período**

01 até 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Cronograma de atendimento na emergência permanente.

Ação 16

Realizar reuniões periódicas entre os profissionais contratados para troca de conhecimentos, interação entre as equipes, monitoramento da produção realizada versus metas previstas, com processos de melhorias, análises de riscos entre outras atividades.

- **Período**

01 até 90 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Lista de presenta e reunião de líderes.

Ação 17

Aplicar o Programa de Treinamento no Desenvolvimento de Liderança **AHBB|Rede Santa Casa** nos Gestores da Unidade.

- **Período**

01 até 160 dias.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença.

Ação 18

Aplicar o cronograma periódico de treinamentos para habilitar a equipe multidisciplinar na assistência ao paciente em estado grave, com risco eminente de morte, conforme protocolo pré-estabelecido e validados pela Direção.

- **Período**

01 até 160 dias.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença.

Ação 19

Treinar toda equipe a equipe no Atendimento ao Cliente.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença.

Ação 20

Preparar a equipe para implantar o Protocolo de Segurança do Paciente.

- **Período**

01 até 160 dias.

- **Critério de avaliação**

Protocolos Gerenciados e seus indicadores:

Ação 21

Treinar a equipe multidisciplinar nos Protocolos Técnicos implantados.

- **Período**

01 até 160 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença.

<u>Ação 22</u>

Criar um cronograma de treinamentos para toda a equipe na Prevenção de Acidentes de Trabalho.

- **Período**

01 até 160 dias.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença.

<u>Ação 23</u>

Habilitar a equipe quanto ao desenvolvimento da Gestão de Risco.

- **Período**

01 até 180 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença.

<u>Ação 24</u>

Aplicar programas para o desenvolvimento de trabalhos em equipe, com foco em Acreditação do CAPS I,II, AD E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.

- **Período**

01 até 90 dias.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença.

<u>Ação 25</u>

Aplicar o calendário de treinamentos dentro dos temas de Controle de Infecção e Biossegurança da **AHBB|Rede Santa Casa**.

- **Período**

01 até 160 dias.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença SCIH.

Ação 28

Manter o registro de todos os treinamentos, aulas, palestras e orientações administradas, para efetivação de controle, com listas de presenças assinadas.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Lista de Presença.

Ação 29

Aplicar as avaliações de Eficácia dos treinamentos através de estímulos de trabalho em equipe, utilizando-se sempre de avaliações de eficácia dos treinamentos desenvolvidos.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Avaliação do Gestor.

Ação 30

Desenvolver entre as equipes e a população uma relação com vínculo de responsabilidade para garantir a continuidade das ações de saúde.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

SAC.

Ação 31

Aplicar a sistemática de avaliação de desempenho contínua dos profissionais contratados.

- **Período**

01 vez no ano.

- **Critério de avaliação**

Formulário próprio.

Ação 32

Realizar avaliação de desempenho adicional com 45 a 90 dias.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Formulário próprio.

Ação 33

Reter bons profissionais praticando critérios objetivos de avaliação de desempenho motivação e criando oportunidades de crescimento, conforme Política de Gestão de Pessoas da **AHBB|Rede Santa Casa.**

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Formulário próprio.

Ação 34

Fornecer os uniformes quando necessários no momento da contratação e garantir reposições periódicas.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Protocolo de entrega.

Ação 35

Orientar e fornecer a equipe, em quantidades suficientes, quanto à importância do uso dos EPI's, de acordo com as necessidades.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Protocolo de entrega e auditoria periódica.

Ação 36

Aplicar o Programa de Contratação de Profissionais Capacitados da **AHBB|Rede Santa Casa** para a execução das atividades desenvolvidas, visando manter o quadro completo para exercer uma assistência segura e eficaz.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Política de RH.

Ação 37

Monitorar as diretrizes da **AHBB|Rede Santa Casa** para identificação, atração, seleção, admissão e retenção de talentos assim como promover integração dos colaboradores para atendimento às necessidades dos cargos da empresa.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Política de RH e auditorias periódicas.

15. Segurança do Paciente

Segurança do Paciente é a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma as alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. Portanto, por haver processos assistenciais na Unidade, criar um Núcleo de Segurança conforme determina a RDC 36 de 25 de julho de 2013 irá permitir que sejam estabelecidas estratégias e ações de gestão de risco, baseadas no perfil da Unidade.

No Plano de Segurança do Paciente a ser estruturado pelo Núcleo de Segurança haverá o respeito a Classificação Internacional de segurança do paciente, que foi desenvolvida com o objetivo de categorizar a informação sobre segurança do paciente utilizando um conjunto de conceitos padronizados, tonando possível a comparação, medição monitorização, análise e interpretação da informação internacionalmente.

Tanto a classificação, os tipos e as caracterizações dos Incidentes que possam vir a ocorrer dentro da Unidade quanto a classificação do grau do dano gerado pelo incidente são conceitos pré-estabelecidos, que podem, respeitando a estrutura da Unidade, ser implantados e gerenciados.

Estes conceitos conseguem trazer todas as características do incidente à tona, e mais ainda, permitem sua análise e fundamentação para melhorias no sentido de diminuir os riscos de novos incidentes. Esta Gestão de Risco está incorporada ao Modelo Assistencial a ser implementado na Unidade.

A grande função desta Gestão de Risco, parte da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) é poder descrever o incidente em uma categoria específica, bem como descrever o que ele causou ao paciente, ou seja, é dar as características que dão o "diagnóstico" do incidente, bem como "repercussão clínica".

Diante dos incidentes e suas respectivas consequências para o paciente, serão estabelecidas as melhores ferramentas para sua análise e certamente medidas de prevenção.

Os profissionais das Unidade devem ser sensibilizados a ter participação ativa no delineamento do Plano de Segurança do Paciente institucional especialmente quanto às 06 metas internacionais, que também são foco do Programa Nacional de Segurança do Paciente:

- Identificação Corretamente do Paciente;
- Melhorar a Comunicação entre profissional;
- Melhorar a Segurança na Prescrição, no uso e na administração de Medicamento;
- Assegurar Cirurgia em local de Intervenção, procedimento e paciente correto;
- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- Reduzir o Risco de Queda e Úlceras Por Pressão.

Essas Metas nortearão a gestão de riscos na Unidade.

Programa de Trabalho

Optamos por apresentar as ações dos serviços em núcleos relacionados acima. Esclarecemos ainda que os prazos de execução estão apresentados junto às ações de cada serviço, no mesmo item. Assim sendo o que será apresentado a seguir refere-se especificamente aos serviços administrativos e técnicos compartilhados, que darão sustentação ao modelo de gestão com foco na qualidade das ações assistenciais.

16. Gestão de serviços

16.1 Descrição Sobre o Serviço

Para completar o Programa de Trabalho ainda se faz necessário pontuar um Capitulo de Gestão, que envolvem os princípios básicos de Gestão que são, em qualquer circunstância, transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa.

A Gestão envolve um processo de deliberação e monitoramento do desenvolvimento institucional e está centrada em grandes temas capazes de instrumentalizar a alta direção para implementar o conjunto de políticas eleitas e impulsionar as Unidade de Saúde a atingir e superar os seus objetivos e metas.

16.2Características e Diretrizes

Os temas que instrumentalizam a **Gestão do CAPS I,II, AD E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** estão organizados da seguinte forma:

- Gestão Estratégica, Projetos, Planos e Metas
- Gestão Financeira
- Gestão Administrativa
- Gestão de Contratos
- Gestão de Abastecimento
- Gestão de Patrimônio
- Assistência Jurídica
- Assessoria de Comunicação
- Serviço de Prontuário do Paciente
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
-

16.3Gestão Estratégica: Projetos, Planos e Metas

O plano de trabalho inicia-se através do próprio *Plano Estratégico* e devem ser disseminados pela Instituição desde o topo até a sua base.

Entende-se por Planejamento Estratégico:

"Determinar a direção consciente (rumos) a ser seguida, para se alcançar um resultado desejado. São decisões com base em objetivos, em fatos e na estimativa do que ocorreria em cada alternativa".

Etapas do Planejamento Estratégico aplicado nas Unidades de Saúde:

a) O processo de Elaboração do Planejamento Estratégico inicia-se com o levantamento do ***Diagnóstico Situacional***, através da análise de Perfil institucional e Epidemiológico das Unidades definidas em contrato.

A Gestão Estratégica será aplicada através de um conjunto de atividades intencionais, planejadas e contínuas, visando adequar e integrar a capacidade interna da Unidade ao ambiente externo, dando a organização direcionamento de longo prazo

Perfil Institucional – A Unidade deverá ser classificada segundo quadro critérios:

- Quanto à natureza assistência;
- Quanto ao controle administrativo;
- Quanto à Capacidade (estrutura);
- Quanto à Complexidade (serviços)

Perfil Epidemiológico – São os dados de eventos mórbidos ou agravos, com os quais se compõem os indicadores de incidência e prevalência ocorridos em determinado período de tempo dentro da organização ou na sua área de influência, direcionando ações para estruturar a assistência e minimizar riscos atrelados. Quanto melhores os dados para análise, mais fidedigno será o perfil epidemiológico do hospital.

Serpa elaborada a Identidade Institucional respaldada por treinamento específico onde os conceitos são reafirmados e elaborados de acordo com cada realidade local.

b) A descrição do *Diagnóstico Situacional* servirá de base para desenvolvimento da segunda etapa da do processo: ***A identidade institucional***, que delineia a Definição do Negócio através do desenvolvimento da Missão, Princípios Organizacionais, da Visão, e o estabelecimento das Diretrizes Estratégicas que serão compatíveis como contrato de gestão, declarados, defendidos e aplicados pelo Modelo de Gestão a ser implantado.

Missão: É a razão de existir do serviço de saúde na sociedade, incluindo elementos relacionados ao seu escopo de atuação e seu impacto na sociedade.

Visão Refere-se aquilo que a instituição de saúde deseja ser no futuro, onde deseja chegar.

Princípios organizacionais: São pressuposições básicas que guiam o comportamento organizacional.

Objetivos: São declarações amplas sobre o que os serviços de saúde precisam realizar ou conquistar ao longo do tempo a fim de concretizar a sua visão.

Metas: são os desdobramentos dos objetivos em partes a serem cumpridas ao longo do tempo, por áreas e pessoas específicas da instituição.

c) Após a Identidade Institucional delineada será realizada a Análise do Ambiente em que as Unidades se apresentam, através:

- Estabelecimento dos Cenários de Referência;
- Identificação de Oportunidades e Ameaças;

- Verificação dos Pontos Fortes e Pontos Fracos;
- Identificação dos Fatores Críticos do Negócio.
- Com este painel formado são descritas as Estratégias Competitivas e ocorrem a Formulação dos Planos Ação.

d) Para ***Avaliação do Processo*** é importante traduzir a visão de futuro e a Estratégia em quatro perspectivas: Financeiro, Clientes, Processos Internos e Aprendizado e Crescimento.

Utilizando-se para isso o BSC – Balance Scorecard que é uma ferramenta de Planejamento Estratégico na qual a entidade tem claramente definidas as suas metas e estratégias, visando medir o desempenho empresarial através de indicadores quantificáveis e verificáveis.

O método consiste em determinar de modo balanceado as ligações de causa/efeito entre quatro perspectivas de avaliação das empresas, que são:

- **Financeiro**: criar novos indicadores de desempenho para que os acionistas possam ter melhor rentabilidade dos seus investimentos;
- **Clientes**: saber qual o grau de satisfação dos clientes com a empresa;
- **Processos internos**: a empresa deve identificar se há produtos com problemas se foram entregues no tempo previsto e apostar na inovação dos seus produtos;
- **Aprendizado e crescimento**: diz respeito à capacidade e motivação do pessoal, e a um melhor sistema de informação na empresa.

Na análise do BSC, se as quatro perspectivas estiverem aplicadas de acordo com os objetivos propostos pela entidade, ou seja, se estiverem equilibrados, significa que a empresa conseguirá ter um melhor desempenho, permitindo a concepção de novas estratégias.

O BSC está relacionado com a visão e estratégia de uma empresa, duas áreas fundamentais para que a empresa tenho sucesso.

Para cada perspectiva serão definidos objetivos, sendo que o número recomendado em cada perspectiva deverá estar entre 9 e 11 objetivos.

A cada um dos seus objetivos será atrelado a um ou mais indicadores que permitirão mensurar se os resultados esperados (metas definidas) estão ou não sendo alcançados.

Mapa Estratégico: exemplo de uma representação da Gestão Estratégica da Unidade de Saúde

16.4Gestão Financeira

Para governar um complexo sistema de saúde, é necessária a adoção de instrumentos que permitam uma visão ampla da gestão organizacional da eficiência no uso dos recursos, do

compromisso com a segurança e a qualidade do cuidado, além da garantia de um ambiente seguro aos pacientes e profissionais.

A Gestão Financeira compete controlar, dirigir e fazer executar a política financeira da Instituição. Os seus objetivos consistem em otimizar investimentos, obter os recursos necessários para a operação e prevenir os riscos que eventualmente possam surgir. Para isso, realiza estudos e planos de investimento e financiamento e elabora o orçamento da Unidade, estimando as suas receitas e despesas, com base no programa de atividades existente. Além disso, controla o comportamento econômico da Instituição, medindo e interpretando os desvios entre as previsões e os resultados e sugerindo medidas de correção. A elaboração de relatórios, a realização de transações financeiras e a autorização de apagamentos são algumas das suas competências.

- A Gestão Financeira lida com a dimensão monetária da atividade de saúde;
- Contribui para o objetivo da instituição, aumentando sua eficiência ou controlando seus custos;
- Cuida da capacidade da instituição de pagar suas dívidas e se manter em funcionamento.

As funções que serão desempenhadas pela Gestão Financeira, nas diversas áreas que a compõem são assim definidas:

Orçamentação: função responsável pela preparação, acompanhamento e execução do orçamento financeiro elaborado anualmente e monitorado mensalmente.

Contabilidade: função fundamental da gestão financeira, pois registra todas as transações ou movimentações de recursos que envolvam valores monetários. Pode ser vista como a "central de informação" da gestão financeira. É a base para elaboração dos relatórios econômicos e financeiros além dos relatórios de prestação de contas.

Tesouraria: função que cuida de todos os pagamentos e recebimentos e administra o dinheiro que é mantido em caixa ou em contas bancárias para esse fim, acompanha a situação financeira diariamente e elabora os processos de pagamento conforme normativas institucionais.

Faturamento: função que cuida da preparação, processamento e envio das contas hospitalares. Faz a conciliação dos recebimentos elabora esclarecimentos para a auditoria de contas.

Custos: função responsável pela apuração e controle dos custos dos serviços prestados. Prepara informações de produção e despesa, gera relatórios, analisa resultados, solicita explicações sobre variações nos custos incorridos das unidades.

Auditoria: conjunto de mecanismos de verificação dos registros contábeis ou quaisquer procedimentos que envolvam recursos financeiros.

Administração do capital de giro: consiste em gerenciar os recursos financeiros de que a organização necessita no seu dia-a-dia, quanto manter em caixa, em conta bancária, em investimentos de curto prazo e alta liquidez, administração dos estoques de matérias e outros insumos, negociação de recebíveis.

Análise de investimentos: consiste na análise das possibilidades e necessidades de investimentos (em instalações, equipamentos, área física, etc.) e negociação com as fontes financiadoras.

Instrumentos e Controles usados na Gestão Financeira:

- Contas a pagar;
- Contas a Receber;
- Controle de Bancos;
- Fluxo de Caixa;
- Repasse Médico;
- Fundo Fixo;
- Orçamento;
- Mapa de Faturamento;
- Relatório de custos.

16.5 Gestão Administrativa

A Gestão Administrativa executa as políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção a serem implementadas na Instituição. Para atingir tais objetivos encontra-se estruturada através das seguintes áreas:

- Gestão de Contratos;
- Gestão do abastecimento;
- Gestão de Patrimonial;
- Assessoria jurídica;
- Assessoria de Comunicação;
- Serviço de Prontuário do Paciente (SPP);
- Núcleo de Qualidade.

16.6 Gestão de Contratos

Consiste no modelo gestão de contratos a ser aplicado pela Instituição com o propósito de orientar e padronizar essa atividade desde a fase pré-contratual até o seu encerramento, definindo

regras para minimizar riscos econômicos jurídicos. As diretrizes estabelecidas neste modelo são válidas para contratos de serviços de qualquer natureza, ou seja: obras, fornecimento, serviços médicos, serviços diversos, comodato e consignação.

A Gestão de Contratos é responsável pela centralização de todas as informações e controles, contudo, a responsabilidade direta pelo acompanhamento do Prestador (contratado) é do próprio gestor direto da área que demandou o serviço.

Compete a gestão de Contratos:

Assegurar o Cumprimento do Objeto Contratado e Responsabilidade das Partes: Manter evidência e registros que assegurem controle sobre o cumprimento do objeto contratado e demais condições contratuais estabelecidas por meio de atesto e conferência em notas fiscais, entre outros recursos que julgar necessário implantar.

Assegura Controle de Clausulas Assessórias: Manter evidências e registros que assegurem controle das responsabilidades acessórias prevista sem contrato. Exemplo: o prestador deve apresentar mensalmente cópia dos comprovantes de recolhimento de encargos sociais dos funcionários lotados nona Unidade; anualmente cópia do PCMSO, entrega do EPI, vacinação, etc.

Avaliar Sistematicamente a Qualificação do Prestador: Manter avaliação periódica dos serviços prestados para fins de qualificação do prestador de serviços contínuos. É indicado a criação de um formulário próprio para essa finalidade e que as avaliações sejam aplicadas em intervalos não superiores a 12 meses.

Procedimentos Técnicos Aplicáveis

a) **Seleção da Empresa**

- Especificação do serviço demandado: formulário "Solicitação de Serviços";
- Seleção de Empresas conforme Regulamento de Compras, com no mínimo de três opções e em caso de impossibilidade justificar;
- Análise das propostas e justificativa da escolha.

b) **Atividades da Pré-Contratação**

- Elaborar a minuta contratual, observando a existência de minuta padrão que deve ser obrigatoriamente seguida;
- Levantar toda situação documental da empresa prestadora:
- Contrato social e última alteração registrados em cartório ou na Junta Comercial;
- Registro da pessoa jurídica no Conselho de classe da sua área de atuação;
- Indicação do número do CNPJ na minuta para conferência na Receita Federal;

- Alvará de Localização da Prefeitura e CCM (Cadastro de Contribuinte Municipal);
- Certidões (dentro do prazo de validade) do SERASA, conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União e CND (Certidão Negativa de débitos) emitida pelo INSS. Procuração para o representante da contratada quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato.

16.7Gestão de abastecimento

A Gestão de Abastecimento é responsável por assegurar a disponibilidade de todos os insumos da cadeia assistencial da Unidade, assegurando a continuidade do cuidado e a qualidade destes insumos, conforme condições orçamentarias estabelecidas. A área de Compras é responsável por executar as atividades inerentes ao abastecimento da Unidade, mediante critérios técnicos e regras estabelecidas no Regulamento de Compras. Entre outras se destacam as seguintes competências:

- Identificação, Qualificação e Cadastramento de Fornecedores
- Gestão de Fornecedores
- Processamento de Compras
- Negociação
- Gestão de Desempenho

Procedimentos Técnicos Aplicáveis: O processo de Compras será organizado conforme descrição seguinte:

a) Qualificação de Fornecedor

A qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados Via Correios ou entregues diretamente na Unidade, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com o Termo de Compromisso devidamente assinado pelos representantes legais e com firma reconhecida, posteriormente ao ´reenchimento dos campos obrigatórios da ficha cadastral disponível no endereço eletrônico informado.

Os fornecedores já cadastrados deverão encaminhar a renovação do documento dentro e no máximo cinco (5) dias após a expiração da data de validade.

- CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Contrato Social as alterações;
- Autorização de Funcionamento;

- Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária (Renovação anual);
- Licença de funcionamento emitida pela Polícia Federal (Renovação Anual).

b) Cadastramento do Fornecedor

O fornecedor quando qualificado pela área de Compras será automaticamente aprovado e o funcionário responsável indicado na ficha Pré-cadastral receberá em seu e-mail a confirmação da aprovação do cadastro. A partir desse momento o Fornecedor torna-se apto a participar dos processos de cotação.

c) Cotação e Pedido de Compra

As cotações deverão ser respondidas dentro do prazo solicitado, informando obrigatoriamente a quantidade na caixa, valor unitário com os impostos inclusos, condições de pagamento, marca ou procedência do produto e prazo de entrega.

No caso de entregas parciais, estas deverão ser informadas com previsão de entrega dos itens pendentes.

O não cumprimento dessas normas gerará uma notificação de não conformidade ao fornecedor e este será avaliado dentro dos critérios de pontuação da avaliação de entrega.

O contrato de fornecimento poderá ser celebrado sempre que a Unidade julgar conveniente sendo, da mesma forma, objeto resultante do processo de cotação.

d) Transporte e Entrega

Os veículos devem apresentar-se higienizados e em condições adequadas ao transporte de cada mercadoria, a fim de evitar contaminações ou comprometimento da integridade dos produtos transportados.

As embalagens deverão ser capazes de garantir o transporte adequado da mercadoria, evitando danos às mercadorias durante o trajeto.

Medicamentos e insumos farmacêuticos devem ser transportados em veículos que garantam a temperatura ideal de armazenamento do produto, não ultrapassando os limites discriminados na legislação em vigor.

e) Recebimento

A conferência deve ser feita no ato do recebimento, verificando se o produto entregue está em conformidade com os aspectos administrativos e as especificações técnicas. Essa conferência consiste no exame detalhado e comparativo entre o que foi solicitado e o que foi recebido. Para tanto será preenchido o formulário de avaliação de entrega no momento da baixa do pedido da compra.

f) Avaliação e Desqualificação de Fornecedores

A avaliação dos fornecedores está condicionada ao desempenho das atividades identificadas na entrega dos pedidos. Os critérios de avaliação do fornecedor determinam a sua classificação perante o cadastro de fornecedores da Unidade, baseado nos seguintes requisitos:

- Condições do veículo e entregador;
- Condições ou estado de entrega do produto;
- Divergência na nota fiscal;
- Divergência com pedidos;
- Atraso na entrega.

Os requisitos apontados no formulário de entrega representam o conjunto de aspectos considerados como críticos. Os dados expressos através do preenchimento da avaliação, geram uma pontuação (nota) e buscam revelar o status de atendimento do fornecedor, seu perfil e a sua capacidade em buscar as melhorias necessárias para adequar-se a esse contexto.

Será desclassificado o fornecedor que não atingir a pontuação mínima estabelecida. A desqualificação também poderá ocorrer no caso de não atendimento ou demora na entrega de documentos ou quando estes estiverem em desacordo com os requisitos legais relacionados à atividade. O fornecedor que for desqualificado poderá voltar a fornecer desde que comprove a melhoria nos processos identificados na avaliação ou a correção do item em questão.

16.8 Gestão Patrimonial

O controle patrimonial se dá através do registro adequado de todos os bens móveis, adquiridos por recursos ornamentados e não orçamentários e não orçamentários, que estão à disposição das Unidades para a realização de suas atividades. Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entradas é realizada através do recebimento do bem que receberá um número, as alocações internas são realizadas através da transferência e da movimentação, e a operação de saída é realizada através da solicitação da baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador. A verificação dessas informações através dos Inventários.

a) Procedimentos Técnico Aplicáveis

A Unidade terá um rigoroso modelo de controle patrimonial através do qual exercerá o papel de fiel depositário do patrimônio o qual pertence ao Ente Público e deverá a ele retornar ao final do Contrato de Gestão.

O ponto de partida do controle patrimonial será o levantamento realizado e assinado em conjunto entre a Organização Social e o Ente Público. O encerramento ocorrerá da mesma forma. No levantamento serão utilizados registro manuais, digitais e fotográficos.

b) Responsabilidades sobre os Bens

O responsável da Unidade deverá comunicar o Patrimônio, de forma escrita, as irregularidades ocorridas com bens de sua responsabilidade, tais como as abaixo citadas, descrevendo as circunstâncias como ocorreram:

- Perda ou Extravio: (a notificação não exime à responsabilidade do chefe da unidade que estará passível as penalidades cabíveis);
- Queda da identificação de Tombamento – Plaqueta: comunicar o Setor de Patrimônio no ato para que seja realizada alteração do bem;
- Transferência de bens para outra unidade patrimonial da instituição, com ciência desta;
- Empréstimos ou doações de patrimoniais recebidos, sendo que o tombamento dos bens doados somente se dará com a autorização superior, anexando documentação comprobatória.

c) Transferências

Todas as transferências de bens serão realizadas por meio do Termo de Transferência, disponível na rede de intranet, com devido acompanhamento do Patrimônio.

A responsabilidade pela transferência compete ao líder da unidade onde o bem se encontra (quem envia) uma vez que o bem estar vinculado a sua carga patrimonial;

Equipamentos médicos só poderão ser transferidos mediante orientação da engenharia clínica, a quem compete à melhor distribuição dos mesmos. Em caso de o equipamento ter que sair da instituição para conserto, a Engenharia Clinica deverá preencher um Termo de Saída externo, para a retirada do equipamento.

d) Avarias

Todos os colaboradores poderão ser chamados à responsabilidade pelo aparecimento do bem que lhe for confiado para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer bem, esteja ou não sob sua guarda.

É dever do colaborador, comunicar imediatamente ao seu superior, qualquer irregularidade ocorrida com o bem entregue aos seus cuidados.

e) Controle e Baixas

Semestralmente, será encaminhada aos responsáveis uma listagem setorial para o levantamento de checagem dos bens patrimoniais, objetivando o levantamento físico e analítico

comparativo com os registros cadastrais do sistema de controle, onde serão abordados os seguintes tópicos:

- Bens não encontrados;
- Bens encontrados fora da unidade à qual estão vinculados;
- Bens encontrados sem placa de identificação;
- Bens que se encontram fora da instituição;
- Bens inservíveis, supérfluos, obsoletos, ociosos ou imprestáveis.

As listagens terão prazo de uma semana para retorno ao Patrimônio que tomará ações para corrigir divergências encontras e acionar os responsáveis.

Termo de Responsabilidade: Documento expedido pelo Patrimônio do Hospital que caracteriza entrega de bem patrimonial, onde o responsável da unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

Termos de Transferência: Documento expedido pelo Patrimônio e entregue aos setores, identificando os setores de origem e destino, onde se caracteriza a alteração da localização do Bem, em que a unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

16.9 Assessoria Jurídica

Assessoria Jurídica é um órgão de assessoramento da Diretoria, responsável por acompanhar todos os serviços a ele submetidos, conforme interesse e necessidade das Unidades. Também é de sua responsabilidade a atuação preventiva e educativa junto à equipe de liderança tanto na relação com os pacientes e seus responsáveis, quanto na relação com os colaboradores e prestadores de serviços.

Fornecer orientação através de advogados especializados na área da saúde para elaboração de contratos com prestadores de serviços, representação em processos de natureza administrativa civil e trabalhistas relativas à Instituição.

16.10 Assessoria de Comunicação

A atuação da Assessoria de Comunicação é uma tendência nas organizações que buscam de um relacionamento contínuo e direto com seus diferentes públicos.

O papel da assessoria é o de identificar e definir as melhores formas de comunicar as informações de interesse da Instituição para cada um dos públicos, mantendo a coerência de linguagem e informação entre todas as ferramentas de comunicação utilizada. Além disso, tem a necessidade de monitorar, avaliar e zelas pela imagem da Instituição interna e externamente:

- Divulgar o trabalho realizado pela Unidade, reforçando a credibilidade, idoneidade e reponsabilidade no trato dos recursos públicos.

- Tomar o público interno parte integrante da Instituição, tornando-o informado, motivado e engajado para alcançar os objetivos da empresa.
- Estabelecer normas e escopo de atividades inerentes à área de Comunicação das Unidade visando:
- Posicionar a Unidade como necessário para a população local, bem como destacar a qualidade de seu serviço para o público externo como um todo;
- Manter o público interno e externo informados em relação aos fatos importantes que acontecem na Instituição;
- Estabelecer canais e normas para divulgação de informações;
- Padronizar a identidade visual da Unidade;
- Motivar o público interno.

Instrumentos

- Murais e Cartazes de comunicação com paciente;
- Folders educativos para distribuição aos pacientes;
- Relatório anual de Governança e Sustentabilidade;
- Visitas Institucionais (promovidas);
- Relacionamento com a imprensa (fortalecer vínculos);
- Murais Setoriais e Mural do RH para comunicação com colaborador;
- Displays de refeitório para orientações nutricionais ao colaborador;
- Boletim informativo Mensal para colaboradores.

17 Programa de Desenvolvimento de competências de liderança em coaching.

17.1 Sistema de indicadores:

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados para avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das variações e tendências históricas. A utilização de indicadores permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos.

Os indicadores estatísticos permitem um controle sobre a eficácia da gestão e são usados com a referência pela qual as decisões de gestão são efetuadas.

Serão eleitos indicadores de monitoramento de processos, de infraestrutura e de resultado, formando um sistema de indicadores corporativo que represente da melhor forma a necessidade

da média e alta liderança controlar seus processos de trabalho. Cada indicador terá uma ficha própria conforme segue:

Ficha Técnica do Indicador	
PROCESSO:	Processo delimitados.
NOME DO INDICADOR:	Nome dado ao indicador
OBJETIVO:	Define a importância que aquele indicador apresenta para o processo definido
DADOS QUE COMPÕE O INDICADOR:	**Fórmula**: apresenta a equação matemática com a qual o indicador será calculado. **Definição**: descreve a fórmula utilizada de forma a facilitar o entendimento. Os componentes da fórmula deverão ser explicados separadamente. Importante observar que devem conter todas as especificações que são relevantes ao resultado do indicador. Identificar possíveis *gaps* de dados que não devem ser considerados para a elaboração do indicador.
FONTE DE DADOS:	Local onde os dados serão apurados. Exemplo: Livros, relatório de sistema informatizado, tabela de dados, etc.
META:	A Unidade de Saúde deverá observar o seu sistema de gestão e definir as metas para os indicadores de processos. A Unidade que está em fase de implantação de indicadores deve-se comparar com outras Unidades semelhantes levando em consideração a região, tipo de prestação de serviço, a partir desta análise estipular sua meta.
PERÍODO:	Tempo de análise de serviço e a partir desta análise estipular sua meta.
FREQUÊNCIA:	Período de tempo entre uma medição e outra.
UNIDADE DE MEDIDA:	É a medida (ou quantidade) usada para servir de padrão para o indicador.

DIREÇÃO:	Indicará qual a melhor direção que os dados deverão apresentar para obter o melhor resultado (diretamente ou inversamente proporcional).
REFERENCIAL EXTERNO:	A Unidade de Saúde poderá escolher como referencial externo os indicadores publicados em órgãos de pesquisa ou outra fonte que julgar mais apropriada ao processo em questão.
RESPONSÁVEL:	Cargo do Responsável pelo lançamento de dados e análise do indicador.

17.2 Ações para desenvolvimento de Gestão da Qualidade

Objetivo a ser atingido

Aplicar o programa de Gestão **AHBB|Rede Santa Casa**, pautado em processos de melhorias contínua dos serviços, bem como nas melhores práticas de gestão e assistência.

Ação 1

Realizar um Plano de Ação de implantação dos Serviços, definindo responsáveis pelas ações, com prazos para execução da atividade e reuniões periódicas para alinhar e avaliar e avaliar o andamento.

- **Período**

Imediato e mantém.

- **Critério de avaliação**

Relatório de atividade, Reunião de Apresentação dos Indicadores Mensal.

Ação 2

Realizar um levantamento de prioridades da população da região, avaliando o seu perfil epidemiológico, para implantação de protocolos, Fluxos e processos, bem como elencar os principais indicadores epidemiológicos que venham avaliar as atividades realizadas para melhoria de saúde da população.

- **Período**

01 até 90 dias e avaliações periódicas.

- **Critério de avaliação**

Diagnóstico Situacional.

<u>Ação 3</u>

Definir metas e indicadores a serem desempenhados por toda a equipe garantido a operacionalização da assistência.

- **Período**

01 até 180 dias.

- **Critério de avaliação**

Planejamento estratégico.

<u>Ação 4</u>

Criar um Plano Estratégico de toda a produção realizada pelo **CAPS I,II, AD E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** através de indicadores administrativos, assistenciais e epidemiológicos e apresentar periodicamente para a Contratada.

- **Período**

Imediato e mantém.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Atividades.

<u>Ação 3</u>

Inserir, a partir da contratação, a Política de Segurança dos Pacientes com vistas a Acreditação da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** por certificação Nacional (ONA).

- **Período**

01 até 180 dias.

- **Critério de avaliação**

Planejamento estratégico.

Objetivo a ser atingido

Realizar prestações de contas, dentro dos prazos acordados em consonância com as diretrizes da contratante, visando transparência na demonstração, recursos utilizados e no cumprimento de metas quantitativas e qualitativas.

Ação 1

Apresentar relatórios capazes de expressar a produtividade e qualidade da assistência prestada aos usuários.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Atividades.

Ação 2

Apresentar relatórios de Execução Financeira, expressando os gastos de custeio dos serviços, pagamentos de taxas e tributos, além do pagamento pessoal e encargos trabalhistas, todos acompanhados dos devidos comprovantes.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Atividades.

Objetivo a ser atingido

Manter atualizada toda a documentação legalmente exigida das Unidades, como licenças alvarás juntos as repartições competentes, necessária à execução dos serviços.

Ação 1

Executar pontualmente todos os pagamentos de taxas e impostos que incidam ou venham incidir sobre as atividades exercidas.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Guia de Recolhimento.

Ação 2

Manter arquivado de fácil acesso toda a documentação legal exigida e apresentar quando exigido por algum órgão legal, ou contratante.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Arquivo.

<u>Ação 3</u>

Manter atualizado junto aos Conselhos de Classe, os registros de Responsabilidade Técnica Médica e de Enfermagem.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

RT Multidisciplinaridade.

Objetivo a ser atingido

Garantir o registro, a guarda e sigilo de assistência multidisciplinar prestada ao usuário em Prontuários Padronizados com o cumprimento ético legal, ensino e pesquisa, informações e faturamento.

<u>Ação 1</u>

Implantar a Comissão de Prontuários, nos moldes da **AHBB|Rede Santa Casa** com representantes de várias áreas de atuação (Médicos, Enfermagem, Administrativo, Equipe Multidisciplinar), com os objetivos: de padronizar e documentação e o preenchimento dos impressos pertinentes a assistência e também em promover ações educativas para melhoria dos registros em prontuários.

- **Período**

01 a 120 dias.

- **Critério de avaliação**

Controle de Indicadores.

<u>Ação 2</u>

Reestruturar a organização do registro nos prontuários dos pacientes, para garantir a informação do quadro clínico, sua evolução, as intervenções, exames realizados, condições de alta ou transferência, sendo que todos os registros devam ser datados e assinados, conforme exigências legais.

- **Período**

01 até 120 dias.

- **Critério de avaliação**

Sistema de Gestão.

Ação 3

Garantir o registro através da abertura de uma ficha de atendimento, de todos os atendimentos, orientações e procedimentos realizados, principalmente dos itens; identificação do paciente, informações do quadro clínico e sua evolução, as orientações, intervenções, procedimentos e exames realizados, datados e com carimbo contendo assinatura e registro funcional.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Sistema e Gestão.

Ação 5

Garantir a guarda segura dos prontuários em Guarda Externa contratada a partir da assinatura do contrato de Gestão, monitorados através de formulários próprios, por período definidos em legislação garantindo a confidencialidade e mantendo o controle do mesmo.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Arquivo interno e externo.

Ação 6

Organizar Junto a Gestão Municipal de Saúde de **Almirante Tamandaré** a guarda externa dos prontuários, para que sejam arquivados de maneira segura e garantindo a guarda por tempo exigido na legislação.

- **Período**

01 até 120 dias.

- **Critério de avaliação**

Relatório **mensal de** prontuários **arquivados.**

Ação 7

Implantar um Processo de Revisão do Prontuário, para avaliar o registro adequado de todos os autores, incluindo médicos e equipe multiprofissional.

- **Período**

180 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Comissão de Prontuários.

Objetivo a ser atingido

Receber os bens como mobiliário, equipamentos e utensílios, mantê-los sob sua guarda, devidamente inventariados, e em perfeitas condições de uso, com manutenções preventivas e corretivas de forma contínua.

Ação 1

Manter a unidade equipada de acordo com a necessidade e demanda, realizando manutenções preventivas periódicas, para garantir o bom funcionamento.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Engenharia Clínica.

Ação 2

Receber os bens patrimoniais e realizar inventário de todos os equipamentos e mobiliários.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Patrimônio.

Ação 3

Realizar inventário dos equipamentos, mobiliários com atualizações periódicas e baixa junto à Secretaria da Saúde dos bens inutilizados.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório do Patrimônio.

Ação 4

Realizar manutenções preventivas dos equipamentos periódicas, para garantir o bom funcionamento.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Contrato de Engenharia Clínica.

Ação 5

- Proporcionar apoio técnico para avaliação e execução das adequações dos equipamentos e mobiliário necessários para o bom desenvolvimento das atividades nas unidades de saúde.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório Próprio.

Objetivo a ser atingido

Acompanhar sistematicamente o desempenho da unidade de saúde, visando alcançar as metas de produção e qualidade pactuadas e proporcionando condições para os ajustes necessários entre oferta e demanda de serviços, de acordo com as necessidades da população e em consonância com as diretrizes do gestor municipal de saúde.

Ação 1

Definir e desenvolver Indicadores Administrativos e Assistenciais para acompanhar a produção e resultados apresentados nas unidas que promovam a melhoria da qualidade da assistência proporcionada.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Planejamento estratégico.

Ação 2

Monitorar e avaliar os indicadores de saúde, priorizando as ações estratégicas do Programa de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde e legislação vigente.

- **Período**

60 dias e manter.

- **critério de avaliação**

Implantação de ficha de monitoramento, tabulação e apresentação de resultados mensais.

Ação 3

Implantar indicadores de Qualidade para acompanhar a produção e resultados apresentados na assistência prestada.

- **Período**

60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Conformidade com o Programa da Qualidade.

Ação 4

Realização de cronograma de reuniões cíclicas com a Diretoria e Gestores da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS de Almirante Tamandaré** para acompanhar os resultados, cumprimentos de metas qualitativas e de qualidade, visando também garantir a segurança, efetividade e eficiência das ações realizadas.

- **Período**

90 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Indicadores.

Ação 6

Realizar relatórios de produtividade, avaliando e redefinindo fluxo de atendimento periodicamente.

- **Período**

90 dias.

- **Critério de avaliação**

Relatório.

Ação 7

Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório.

Ação 8

Desenvolver sistemática de Auditorias Internas de Qualidade, que tem como diretriz caráter educativo e não punitivo de verificar os fatos e evidências com foco na identificação das oportunidades de melhoria dos processos; avaliando o cumprimento das normas, legislações, padrões, procedimentos e políticas. Gerando informações úteis e válidas para que a administração da organização possua uma análise criticamente de seus processos.

- **Período**

180 dias.

- **Critério de avaliação**

Relatório de visita técnica, Diagnóstico Situacional.

Ação 10

Realizar Auditorias Clínicas e de Prontuário para o monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos.

- **Período**

180 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Relatório de visita técnica e Diagnóstico Situacional.

Objetivo a ser atingido

Abastecer as unidades de saúde de materiais administrativos, de limpeza, descartáveis, insumos, medicamentos e materiais de uso no paciente conforme condições pactuadas, obedecendo a legislação vigente e as melhores práticas de sustentabilidade econômica e ambiental.

Ação 1

Estimar a qualidade de material existente e realizar uma programação de compras se baseando no consumo ABC.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Solicitação Mensal enviado a Secretaria Municipal de Saúde.

Ação 2

Realizar uma Relação de materiais administrativos, de limpeza, descartáveis, insumos, medicamentos e materiais elaborando uma lista padronizada obedecendo a legislação vigente e as melhores práticas de sustentabilidade econômica e ambiental.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Solicitação Mensal Enviado a Secretaria Municipal de Saúde.

Ação 3

Realizar um estudo para definir o ponto de pedido de cada item, evitando assim o desabastecimento da unidade.

- **Período**

Imediato

- **Critério de avaliação**

Relatório de Solicitação Mensal Enviado a Secretaria Municipal de Saúde.

Ação 4

Realizar um Processo de Compras baseado na cotação de preços e avaliação do produto

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Solicitação Mensal Enviado a Secretaria Municipal de Saúde.

Objetivo a ser atingido

Garantir condições de higiene, conservação e uso das instalações das unidades de saúde sob gestão, nos termos estabelecidos no Contrato de Gestão, através de manutenções preventiva e corretivas.

Ação 1

Abastecer a unidade em quantidade suficiente de gases medicinais, materiais e medicamentos garantindo o tratamento aos pacientes atendidos na unidade, assim como todos os materiais de enfermagem.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Consumo.

Ação 2

Implantar Protocolo de Manutenção Preventiva Predial, periódicos, com check list para controle da rede hidráulica, elétrica, gases medicinais, telefonia, cabeamento de informática, abastecimento de água e outros.

- **Período**

01 até 30 dias.

- **Critério de avaliação**

Cronograma.

Ação 3

Criar rotinas diárias para manter em perfeitas condições de higiene e conservação de todas as áreas da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.**

- **Período**

Imediato e manter.

- **critério de avaliação**

Conformidades com as Instruções de trabalho.

Ação 4

Garantir na unidade um enxoval em quantidade adequada, em perfeitas condições de higiene para o atendimento da demanda.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Avaliação de Fornecedores.

Ação 5

Implantar junto ao Serviço de Higiene e Hotelaria uma lista padronizada de soluções à serem utilizadas nas unidades, sendo que todas deverão respeitar os registros da ANVISA e possuir um FISPQ - Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos.

- **Período**

30 dias.

- **Critério de avaliação**

Relatório SCIH e auditorias periódicas.

Ação 6

Implantar um Programa de resíduos de acordo com a determinação legal – PGRRS.

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Cópia do documento.

Gestão da Qualidade

Objetivo a ser atingido

Aplicar o conjunto completo do programa de Gestão de Qualidade da **AHBB|Rede Santa Casa**, assegurando que o CAPS I,II, AD E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS, seja consistente nos quesitos mínimos de planejamento da qualidade, garantia de entrega de assistência com qualidade, controle de qualidade sob o produto entregue ao consumidor final (saúde x paciente) e melhoria continua dos processos de trabalho.

Ação 1

Implantar o Núcleo de Qualidade da Assistência.

- **Período**

01 até 30 DIAS

- **Critério de avaliação**

Monitoramento dos indicadores de Qualidade setoriais.

Ação 2

Aplicar na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** o Sistema de Gestão de Documentação que deverá fornecer diretriz quanto a documentação utilizada na Unidade. Padronizando, normalizando, buscando resguardar e reduzir os riscos, garantindo evidências dos processos realizados na Unidade, bem como assegurar a sistemática de elaboração, verificação aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

- **Período**

01 até 120 dias.

- **Critério de avaliação**

Lista Mestra e Documento de Qualidade.

Ação 3

Unificar e codificar toda a documentação utilizada na Unidade.

- **Período**

01 até 120 dias.

- **Critério de avaliação**

Lista Mestra.

Ação 4

Iniciar a Implantação da Gestão de Riscos.

- **Período**

01 até 180 dias.

- **Critério de avaliação**

FMEA de cada área.

Ação 5

Mapeamento dos Processos de cada serviço, monitorar, mensurar o desempenho dos processos e suas interações com clientes e fornecedores, busca atender necessidades e expectativas das partes interessadas.

- **Período**

01 até 120 dias.

- **Critério de avaliação**

IT, POP, Análise de Risco.

Ação 6

Realizar Benchmarking para identificar e implementar as boas práticas aplicadas em outras instituições.

- **Período**

01 até 180 dias.

- **Critério de avaliação**

Relatório de Visitas.

Ação 6

Aplicar a NOM (Notificação de Oportunidade de Melhoria) a todos os colaboradores, a fim de estabelecer canal de comunicação da Qualidade com as áreas, através de anonimato e sigilo.

- **Período**

01 até 180 dias.

- **Critério de avaliação**

Consolidado de Manifestações.

Ação 6

Introduzir a ACR (Análise de Causa Raiz) para todos os eventos com dano grave aos pacientes.

- **Período**

01 até 180 dias.

- **Critério de avaliação**

NOM.

18 Mecanismos de controles interno e o alcance das metas estabelecidas

Considerando o programa de trabalho apresentado, a metodologia da avaliação que será empregada para aferir o cumprimento das metas contratuais, está embasada no acompanhamento dos resultados internos, visando a segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços prestados.

A resolutividade das ações será avaliada por meio de:

- Indicadores qualitativos quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;

- Acompanhamento da avaliação de satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
- A avaliação de desempenho das ações executadas pelos colaboradores
- relação da frequência dos funcionários;
- Descrição dos treinamentos realizados com a lista de presença, assinada pelos funcionários;
- Resultados das auditorias internas;
- Monitoração da execução orçamentária demonstrando através de relatórios e recibos a adequada utilização dos recursos financeiros;
- Acompanhamento do cumprimento das obrigações firmadas no contrato de gestão.

A **AHBB|Rede Santa Casa** dispõe de mecanismos próprios (checklist) com aproximadamente 2000 itens de checagem envolvendo os serviços objeto deste chamamento público.

Todas as atividades desenvolvidas visam atender aos compromissos estratégicos e táticos e operacionais estabelecidos, o cumprimento da legislação vigente e ao contrato estipulado.

19 Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

19.1.1 Descrição dos Serviços

O Serviço de Atendimento ao Usuário tem por finalidade obter a opinião dos usuários sobre o atendimento oferecido pela Unidade de Saúde. Sua missão é ouvir usuários, acompanhantes, visitantes e familiares, conhecendo suas insatisfações, anseios elogios, além de colher sugestões relacionadas ao atendimento. Ouvindo o que o cidadão tem a dizer podemos saber qual a sua percepção sobre a qualidade dos serviços prestados.

19.1.2 Características e Diretrizes

Será adotado pelas Unidade de Saúde, para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários e canais diretos de comunicação como telefone, e-mail e atendimento direto. A metodologia a seguir apresentada será adaptada aos modelos e formulários posteriormente definidos pelo Contrate, conforme necessidade.

Pesquisa Direta: visita aos pacientes ema atendimento e busca ativa por meio de formulários.

Pesquisa Indireta: pesquisa automatizada pós-atendimento e formulários para manifestações espontâneas.

Atendimento direto: recebia pessoalmente no SAU, por telefone ou e-mail. Os formulários de pesquisa de satisfação deverão passar pelo critério de avaliação da Contratada e será composto por: unidade de atendimento; a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões,

elogios e/ou críticas, dados para contato, e a avaliação do grau de satisfação conforme os temas seguintes

- Disponibilidade e interesse dos profissionais da Unidade de Saúde
- Clareza das orientações
- Agilidade do atendimento
- Limpeza das instalações físicas
- Recomendações da Unidade de Saúde

19.1.3 Tratativa das Ocorrências e Manifestações

As ocorrências e manifestações registradas no SAU, por meio de formulário, serão analisadas e quando cabível serão retornadas aos usuários para finalização do processo.

- Manifestações Críticas – até 12 horas para resposta: Originada de mídia ou quando envolva risco direto ao paciente.
- Manifestações semicríticas – até 2 dias para resposta: Reclamações gerais como demora, limpeza que não envolva risco direto ao paciente.
- Manifestações não críticas – até 5 dias para resposta: Reclamações gerais recebidas por meio do formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente.

19.1.4 Uso das informações das Pesquisas e demais Canais do SAU:

Pesquisas: serão tabuladas e apresentadas em reuniões ordinárias da diretoria e liderança. Serão usadas para definir diretrizes de melhoria dos serviços prestados através de planos de ação multiprofissionais.

Reclamações: serão apreciadas e encaminhadas aos líderes responsáveis para providências, com cópia para a Gerência de Qualidade Corporativa. Serão tratadas através de ferramentas da qualidade visando análise de causa raiz, identificando dos fatores que contribuíram para o episódio, bem como o plano de ação corretivo.

Elogios: serão divulgados à toda equipe de colaboradores através de murais e outros recursos da Comunicação, a fim de reforçar o reconhecimento individual.

19.1.5 Orientação a Acompanhantes

Para garantir o bem-estar dos pacientes e o bom funcionamento da Unidade de Saúde é recomendável observar as seguintes orientações:

- Lavar/higienizar sempre as mãos antes de qualquer contato com o paciente;

- Pessoas portadoras de doenças transmissíveis, como gripe, conjuntivite, ou febre de qualquer natureza não devem acompanhar o paciente em consulta ou exames;
- Não fumar nas dependências da Unidade de Saúde;
- A Unidade de Saúde não se responsabiliza por valores ou objetos de uso pessoal de pacientes e acompanhantes. Para segurança, recomendamos que os mesmos sejam mantidos sob a guarda de acompanhante;
- Não portar ou consumir bebidas alcoólicas, em hipótese alguma, nas dependências da Unidade de Saúde;
- Falar em voz baixa.

19.1.6 Achados e Perdidos

Cabe ao SAU catalogar os achados e perdidos em livro de protocolo próprio conforme formulário próprio. Anotar todos os dados necessários (nome do Usuário e ou colaborador e local onde foi encontrado o objeto) bem como identificar o usuário.

Objeto de valor deve ser registrado em livro de protocolo e encaminhado ao setor administrativa para ser guardado no cofre.

E de responsabilidade do SAU devolver o objeto, colher a assinatura do usuário e/ou colaborador em livro do protocolo.

19.1.7 Ações para Articulação dos Serviços de Atendimento ao Cliente

O SAU irá atuar na interface entre o usuário e a Unidade de Saúde, tendo como ação:

Objetivo a ser atingido

Estabelecer canais de comunicação entre as unidades de saúde e os usuários, com a finalidade de assegurar acesso à informação e aos serviços disponíveis, avaliar nível de satisfação e acolher reclamações e sugestões.

Ação 1

Implantar "Serviço de Atenção ao Usuário" (SAU), realizando pesquisas de satisfação do atendimento prestado nessas unidades, visando melhorias assistenciais; em conformidade à Secretaria de Saúde.

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Regimento do Setor.

Ação 2

Acolher os usuários, ouvindo reclamações, sugestões e elogios.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Ficha de Atendimento.

Ação 3

Registrar opiniões dos usuários e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais, focando a qualidade da assistência, da higiene, das instalações físicas e dos equipamentos.

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Coleta de pesquisa ativa e tabulação de dados.

Ação 4

Coleta proposta visando à busca de excelência de atendimento e ao fortalecimento da cidadania;

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Relatórios SAC.

Ação 5

Encaminhar aos responsáveis as sugestões, elogios ou reclamações feitas pelo solicitante e dar retorno ao reclamante sobre as providências tomadas.

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Relatórios Mensal.

Ação 6

Realizar pesquisa de satisfação do usuário, mensalmente, indicando o grau de satisfação dos clientes atendidos.

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Relatórios SAC.

Ação 7

Distribuir, recolher e analisar os questionários de avaliação.

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Tabulação.

Ação 8

Abrir canais de comunicação por meio do SAU, facilitando o entendimento Cliente e Unidade de Saúde.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

E-mail.

Ação 9

Atender solicitações diversas de clientes e acompanhantes.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Ficha de Atendimento.

Ação 10

Apurar junto aos departamentos e setores envolvidos as explicações e justificativas de reclamações e estabelecer planos de ação para melhoria continua de todas as queixas recebidas no período;

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Relatórios Mensal.

Ação 11

Manter registros organizados que comprovem a veracidade das informações

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Ficha de atendimento.

Ação 12

Compilar dados para confecção de relatórios estatísticos mensais e anuais.

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Tabulação.

Ação 13

Gerar e divulgar indicadores de desempenho bem como os resultados da análise dos dados sobre a satisfação do usuário.

- **Período**

01 a 60 dias e manter.

- **Critério de avaliação**

Relatório.

Ação 14

Manter integração com a Ouvidoria da Secretária Municipal de Saúde de **Almirante Tamandaré**.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Implantar Ficha de Integração e registrar reuniões.

Ação 15

Zelar e salvaguardar os objetos encontrados/entregues pelos colaboradores na Unidade de Saúde ou serviço de saúde até que os mesmos sejam reclamados por seus proprietários ou destinados à doação após período de guarda estabelecido.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Relatório Individuais de pacientes.

19.2Proposta para a Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário (pacientes, familiares, comunidade).

Trata-se de um serviço que facilita a comunicação na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS, gerenciada pela **AHBB**, o usuário e sociedade. Através deste serviço a singularidade das necessidades dos clientes é respeitada e uma nova imagem de organização voltada para humanização é destacada, como forma de se obter também excelência em serviços. Essa estratégia se baseia na premissa de que a qualidade de atenção e do cuidado, assim como o acolhimento e atenção personalizada pode fazer muito pelos pacientes, no sentido de se sentirem humanos num ambiente onde a tecnologia aumenta a cada dia.

Os elogios, queixas, sugestão e agradecimentos poderão ser realizados por meio de contato pessoal, internet, telefone, pesquisa de satisfação do usuário preenchido no término do atendimento e formulário eletrônico através do QRCODE, que deveram ser colocados nas caixas de sugestão que ficaram espalhadas em locais visíveis e de fácil acesso.

- O SAU deverá abrir um canal de resposta ao cliente através do atendimento pessoal e sistema de mala direta. Devendo registrar e arquivar todas estas informações que deverá gerar número de protocolo.
- As respostas deverão ser encaminhadas num prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para o usuário, desta maneira as chefias deverão enviar os retornos para a ouvidoria em até 5 (cinco) dias úteis a contar da data do registro.
- As respostas só poderão ser fornecidas aos usuários que se identificarem e fornecerem endereço ou telefone para contato.
- Para obtermos informação contínua de satisfação do usuário serão estabelecidas pesquisas de satisfação anuais com os pacientes.

- As caixas de sugestão e demais meios de pesquisa ficarão espalhadas, em locais visíveis com formulário menor e mais objetivo. Estes formulários serão recolhidos diariamente, analisados e respondidos aos clientes que se identificarem.
- Diariamente (exceto sábados, domingos e feriados) os pacientes que estiverem de alta receberão visita do profissional do SAU para realização de satisfação e avaliação, neste momento o paciente e/ou o acompanhante poderá expressar suas opiniões em relação ao serviço o qual necessitou. Sobre estes formulários será analisada, ao término do mês, a satisfação do usuário em relação ao serviço.

A Instituição oferecerá o serviço de atendimento ao usuário que terá como horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 08h00 às 17h48.

19.3Proposta de Regimento do Serviço de Atendimento ao Usuário

19.3.1 CAPÍTULO I - Da finalidade

Art. 1°- o SAU desta unidade de atendimento existe para estabelecer um canal ágil e direto entre o cliente externo e o hospital, visando humanizar e estreitar a relação com o cliente. Buscando soluções práticas e efetivas para os principais problemas da organização sob a ótica do cliente, identificar nas críticas as oportunidades de melhoria, inovando constantemente seus serviços. Identificar as necessidades dos usuários, manterem a maior credibilidade e fortalecimento da imagem da organização junto à população.

19.3.2 CAPÍTULO II - Da organização

Art. 2° - O SAU será constituído por auxiliares administrativos.

19.3.3 CAPÍTULO III - Da competência

Art. 3° - Compete ao SAU:

- Receber a queixa, elogios, sugestões e agradecimentos, documentar em protocolo próprio e encaminhar as solicitações para os responsáveis de cada área.
- Checar as informações e responder ao usuário que se identificar ou a um representante da comunidade beneficiada pelo atendimento.
- Acompanhar as providências adotadas, garantindo o direito de resolutividade e manter o requerente informado do processo.
- Atender sempre o manifestante com cortesia e respeito, sem discriminação ou pré-julgamento, dando-lhe uma resposta à questão apresentada, no prazo de até 10 (dez) dias úteis.

19.3.4 CAPÍTULO IV - De pessoal e suas atribuições

Art. 4°- São atribuições do auxiliar administrativo:

- Receber com solicitude as críticas, sugestões, elogios e agradecimentos do público e encaminhá-las aos setores competentes para averiguação. Devendo o setor retornar com solução do caso para o SAU no prazo máximo de2 (dois) dias úteis.
- Responder ao usuário que se identificar no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis.
- Agir com ética, integridade, transparência, imparcialidade e justiça.
- Exercer suas funções com independência, autonomia, seguindo o Regimento Interno com objetivo de garantir o direito e o respeito à pessoa humana.
- Registrar todos os atendimentos e arquivá-los.
- Gerar número de protocolo de atendimento e informá-lo ao usuário.
- Recolher diariamente os formulários da caixa de sugestão e os questionários de satisfação das pastas setoriais e enviar as respostas para o cliente.

Art. 5º- Todas as investigações serão conduzidas de forma sigilosa.

19.3.5 ***CAPÍTULO V - Das disposições gerais***

Art. 6º - Não é permitido receber qualquer gratificação.

Art. 7º - O colaborador do SAU não poderá se utilizar das prerrogativas do cargo que ocupa para obter vantagens de ordem pessoal.

Art.8º - Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.9º - O atendimento será sempre de forma cortes e atenciosa por parte do colaborador.

Art.10º - O atendimento não sofrerá qualquer restrição relativa a sexo, raça, religião, opção sexual, condição socioeconômica.

Art.11º- Cabe ao responsável pelo serviço manter este regimento devidamente atualizado.

Art.12º - Todos cumprirão horário de trabalho estabelecido.

Art.13º- Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.14º- Todos os colaboradores seguirão as instruções contidas neste regimento.

Art.15º- Toda e qualquer saída de colaborador da seção deverá ser autorizada, por escrito, pela chefia.

Art.16º- Este regimento deverá ser observado na íntegra por todos os colaboradores da unidade.

Art.17º- O presente regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalações de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art.18º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Diretoria Executiva.

Art.19º - O presente regimento entra em vigor a partir da data de implantação do mesmo e a devida assinatura da Diretoria e Responsável pelo setor.

19.3.6 ***Atribuições:***

- Orientar e Informar os usuários acerca das normas e rotinas institucionais;
- Oferecer o instrumento de Avaliação do Atendimento aos usuários dos serviços prestados, como forma de obter um retorno a respeito dos usuários em tempo real, objetivando requalificar os serviços prestados à população, atuando em parceria e sintonia com a equipe da unidade de qualidade;
- Encaminhar os usuários que se apresentarem com dúvidas acerca dos serviços existentes;
- Encaminhar para acompanhamento social, usuários que requeiram abordagem minuciosa e apreciativa do Serviço Social;
- Receber as críticas e dúvidas, seja pessoalmente, formalmente ou e-mail, respondendo a todas as demandas;
- Emitir relatório mensal.

19.3.7 ***Proposta de pesquisa periódica/ contínua de satisfação do usuário, com definição de uso das informações.***

A proposta de pesquisa periódica está devidamente descrita conforme abaixo:

1. Realizar medição da satisfação do usuário	SAU	Pesquisa de Satisfação dos usuários	Uma vez ao ano é disponibilizada a pesquisa de satisfação dos usuários nas Unidades de Internação. A ferramenta questionário é elaborada por meios próprios em conjunto com SAU, Qualidade e Equipe Multidisciplinar
2. Consolidar relatório	Supervisão	Pesquisa de Satisfação dos Usuários	Analisar dados da pesquisa de satisfação dos usuários para a consolidação dos usuários
3. Encaminhar consolidado para os processos envolvidos	SAU	Relatório consolidado	Encaminhar relatório consolidado da pesquisa de satisfação para diretoria e gerentes.

4. Elaborar e dar andamento a Plano de Ação	Coordenadores dos processos e Alta Direção	Relatório Consolidado	Esses dados também são avaliados nas análises de objetivos estratégicos.
5. Abrir Não conformidade Real (NRC) para os itens/processos que obtiveram nível de satisfação inferior a 85% e abrir Sugestão de Melhoria para os itens/processos que obtiveram nível de satisfação superior a esse índice.	SAU	Tratamento de Não Conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhoria	Encaminhar NCR aos gestores para elaboração dos planos de ação
6. Divulgar resultado na intranet	Qualidade	Intranet	Divulgar resultados na Intranet

As reclamações ou sugestões formalizadas nas pesquisas de satisfação de clientes seguem o fluxo apresentado abaixo:



19.4Pesquisa de Satisfação do Usuário

- Objetivo

A Pesquisa de Satisfação do Cliente tem por finalidades:

- ✓ Mensurar a opinião dos Usuários sobre todos os serviços prestados pela Instituição, subsidiando a Direção/Coordenação no aprimoramento e monitoramento da imagem e das atividades frente à comunidade;
- ✓ Fortalecer a relação Usuário/Instituição, disponibilizando um canal de comunicação aberto para sugestões;

19.4.1 Formulário de Pesquisa

Serviço de atendimento ao usuário – SAU e pesquisa de satisfação

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um canal democrático de estímulo participação comunitária, de disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde. Além de ser instrumento de controle social para a defesa do direito à saúde, possibilita o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelas unidades e humaniza o atendimento. Constitui-se em um canal de comunicação direto e eficaz que interage fortemente com o ambiente interno e externo da instituição.

O objetivo mediante as estratégias propostas é estimular a participação da sociedade no processo de avaliação dos serviços; registrar e tratar das manifestações dos cidadãos relativas aos serviços prestados; apresentar aos gestores as informações decorrentes da avaliação da população; apoiar e fortalecer a participação social no SUS.

A responsabilidade deste processo será de um administrativo, que receberá todas as manifestações e as distribuirá conforme a procedência, em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, e o setor terá profissional assistente administrativo cujas atribuições estão descritas a seguir:

19.4.2 Funcionamento do serviço:

O SAU capta dados através de um único documento estruturado que avalia a satisfação dos usuários referente os serviços prestados e, no verso da Pesquisa de Satisfação há um espaço reservado para comentários como dúvidas, sugestões, críticas e elogios.

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação são enviados aos gestores, para avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, além de emitir parecer sobre as reclamações e sugestões informando as providências tomadas para solução do problema.

As manifestações são classificadas em suas especificidades e após análise serão encaminhadas as áreas competentes para ciência e providências. Após este processo o SAU, encaminha devolutiva da manifestação ao usuário.

A prioridade é responder aos manifestantes com agilidade. Controlar os processos recebidos, controlar os prazos de soluções. Acompanhar em tempo real o fluxo da reclamação. Buscar proatividade nas soluções dos problemas, fazendo de uma ouvidoria passiva para uma ativa.

Será destinado, a medida do possível, sala exclusiva para o desenvolvimento das atividades do serviço de atenção ao usuário, local também destinado a receber os usuários para atendimento aos usuários.

As manifestações oriundas do Sistema de Ouvidoria Geral do Estado de RS serão acessadas pelo Gestor do AME para conhecimento da manifestação e a inserção dos encaminhamentos e providências tomadas no sistema.

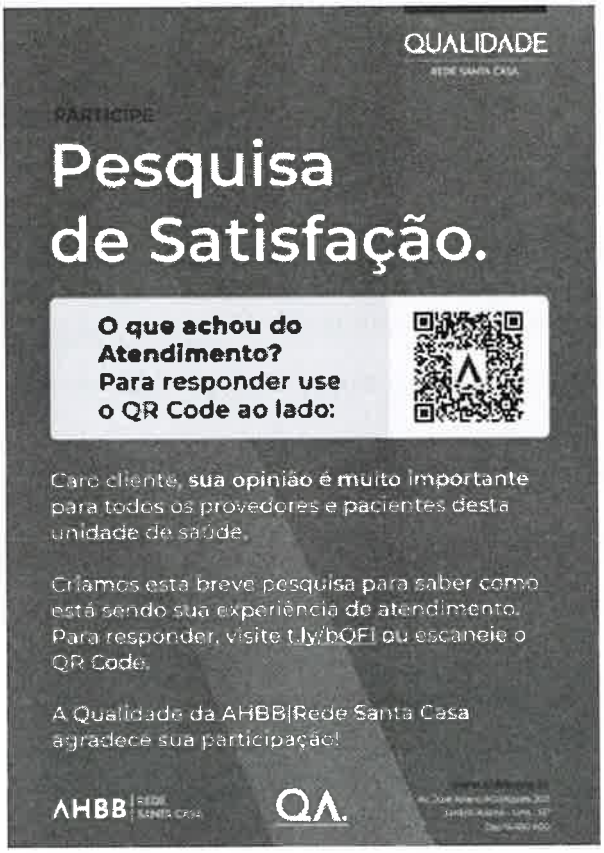
Na apuração dos fatos o gestor local deve observar todos os aspectos contidos na manifestação do usuário, considerando as várias situações apontadas pela mesma, apurando cada uma dessas situações e identificando todos os elementos envolvidos. A resposta ao manifestante sempre que possível deve ocorrer pessoalmente, quando não possível deve ocorrer por telefone, e-mail ou correspondência.

O objetivo da pesquisa de satisfação é avaliar em como o usuário percebe a oferta dos serviços em relação ao funcionamento e qualidade, sendo a informação obtida através de pesquisas enviadas pelo celular (ferramenta WhatsApp) do paciente ou do familiar responsável, que passaram em atendimento na unidade, seja em consulta médica ou exame diagnóstico. A periodicidade de fechamento desse indicador será mensal.

Os resultados da pesquisa de satisfação serão monitorados buscando sempre a satisfação máxima dos usuários. Caberá ao NQSP apresentar o consolidado dos resultados obtidos, que também se manterá a par dos planos de ação desenvolvidos por cada unidade.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da unidade, gerenciadas pela **AHBB** destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes/familiares. Em cada mês será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que serão aplicados mensalmente em pacientes internados ou acompanhantes/familiares.

A **AHBB|Rede Santa Casa** implantará a Pesquisa de Satisfação do Usuário através de QRCODE, prática já adotada em unidades de saúde por ela gerenciadas.



O funcionamento do SAU será de segunda a sexta, em horário comercial. Fora deste horário o usuário ou familiar que queira manifestar-se, pode solicitar na recepção o formulário, preenchê-lo e depositar na urna. A abertura desta e os devidos encaminhamentos da manifestação serão diários.

Os dados obtidos na pesquisa de satisfação permitirão identificar as variações encontradas nos diversos setores, para que ações corretivas ou de melhoria possam ser traçadas, buscando um constante aprimoramento do padrão técnico e funcional, de modo a disponibilizar serviços assistenciais centrados na qualidade e humanização do atendimento.

O telefone da Ouvidoria Geral do Estado de SP, bem como o link para manifestação via internet, será disponibilizado em cartaz ou outra forma de comunicação visual na unidade, juntamente com as informações sobre a ouvidoria local, para conhecimento dos usuários do serviço.

O objetivo da pesquisa de satisfação é avaliar em como o usuário percebe a oferta dos serviços em relação ao funcionamento e qualidade, sendo a informação obtida através de pesquisas enviadas pelo celular (ferramenta WhatsApp) do paciente ou do familiar responsável, que passaram em atendimento na unidade, gerenciada **AHBBIRede Santa Casa**, seja em consulta médica ou retorno. A periodicidade de fechamento desse indicador será mensal.

19.4.3 Indicadores SAU

São instrumentos gerenciais sem os quais não seria possível realizar uma avaliação rigorosa de produtividade ou qualidade numa instituição de saúde. Os indicadores utilizados são os seguintes:

- Taxa de Pesquisas Respondidas:

$$Representatividade\ das\ Pesquisas\ respondidas\ = \sum \frac{Pesquisas\ respondidas}{Pacientes\ Internados\ no\ período} \times 100$$

O resultado será o percentual de pesquisas respondidas sobre os atendimentos prestados.

- Grau de Satisfação do Usuário:

$$Grau\ de\ Satisfação\ do\ Usuário\ = \frac{Nº\ de\ Respostas\ Satisfatórias\ (ótimo\ e\ bom)}{Nº\ de\ Pesquisas\ respondidas\ \times\ Nº\ de\ Itens\ da\ Pesquisa} \times 100$$

O resultado será o percentual de usuários satisfeitos.

19.5 QUALIDADE SUBJETIVA

19.5.1 Acolhimento

Instrução para Formas de Notificações (Compulsória)

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer procedimentos operacionais para a notificação compulsória de doenças na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, visando o controle epidemiológico e a promoção da saúde pública.

1. Definição de Notificação Compulsória:

A notificação compulsória é um procedimento obrigatório que consiste na comunicação imediata à autoridade de saúde competente sobre casos de determinadas doenças, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde e órgãos de saúde locais.

2. Doenças de Notificação Compulsória:

A equipe da UPA 24 horas deve estar ciente das doenças de notificação compulsória vigentes, de acordo com a legislação em vigor. Esta lista será fornecida e atualizada pelo órgão de saúde local.

3. Responsabilidades da Equipe:

3.1. O médico responsável pelo atendimento é o profissional responsável por identificar casos

suspeitos de doenças de notificação compulsória.

3.2. A enfermagem é responsável por coletar as informações necessárias para a notificação, incluindo dados demográficos, histórico médico e resultados de exames.

3.3. A equipe de apoio administrativo deve garantir a transmissão rápida e segura das informações à autoridade de saúde competente.

4. Procedimentos para Notificação:

4.1. Ao identificar um caso suspeito de doença de notificação compulsória, o médico deve preencher imediatamente a ficha de notificação disponibilizada.

4.2. A enfermagem deve assegurar que todas as informações relevantes sejam registradas de forma clara e legível na ficha de notificação.

4.3. A ficha de notificação deve ser encaminhada ao setor administrativo imediatamente após o preenchimento.

5. Transmissão de Informações:

5.1. O setor administrativo é responsável por encaminhar as fichas de notificação à autoridade de saúde local de acordo com os procedimentos estabelecidos.

5.2. Utilizar meios eletrônicos seguros e criptografados para a transmissão das informações, garantindo a confidencialidade e integridade dos dados.

6. Treinamento e Atualização:

A equipe da UPA 24 horas deve passar por treinamentos regulares sobre as doenças de notificação compulsória, os procedimentos de notificação e a utilização correta das fichas de notificação.

7. Confidencialidade e Ética:

7.1. Todas as informações relacionadas a casos de notificação compulsória devem ser tratadas com o máximo de confidencialidade, respeitando os princípios éticos da profissão.

7.2. O acesso às fichas de notificação deve ser restrito à equipe responsável pelo processo de notificação.

Este documento deve ser revisado periodicamente para garantir sua conformidade com a legislação atualizada e as melhores práticas de saúde pública.

Instrução para Recepção do Usuário

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer procedimentos operacionais para a recepção eficiente e acolhedora de usuários na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, visando proporcionar um atendimento humanizado e de qualidade.

1. Acolhimento ao Usuário:

1.1. A equipe de recepção deve cumprimentar os usuários de forma cortês e empática, transmitindo confiança e segurança desde o primeiro contato.

2. Identificação e Cadastro:

2.1. Ao chegar à UPA, todos os usuários devem ser prontamente identificados e cadastrados no sistema, utilizando informações básicas como nome, data de nascimento, endereço e número do cartão do SUS, se disponível.

3. Orientações Iniciais:

3.1. A equipe de recepção deve fornecer informações claras e objetivas sobre os procedimentos de atendimento, tempos de espera estimados e documentação necessária.

3.2. Destacar a importância da triagem inicial para priorizar casos mais urgentes.

4. Triagem Inicial:

4.1. Encaminhar o usuário para a área de triagem, onde a equipe de enfermagem realizará uma avaliação inicial da gravidade do caso.

4.2. Garantir que os casos mais graves sejam priorizados, conforme protocolos estabelecidos.

5. Atualização de Cadastro:

5.1. Periodicamente, revisar e atualizar as informações cadastrais dos usuários para garantir a precisão e atualização dos dados.

6. Comunicação Ativa:

6.1. Manter uma comunicação ativa com os usuários, informando sobre eventuais atrasos, mudanças nos procedimentos e oferecendo esclarecimentos quando necessário.

6.2. Utilizar linguagem acessível e evite jargões técnicos ao se comunicar com os usuários.

7. Controle de Fluxo:

7.1. Gerenciar o fluxo de entrada e saída de usuários na recepção para evitar aglomerações.

7.2. Garantir a organização das filas e a disponibilidade de assentos para os usuários que aguardam atendimento.

8. Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais:

8.1. Oferecer suporte especializado para usuários com necessidades especiais, garantindo acessibilidade e conforto durante todo o processo de atendimento.

9. Treinamento da Equipe de Recepcionistas:

9.1. Realizar treinamentos regulares com a equipe de recepção, abordando técnicas de atendimento ao público, resolução de conflitos e atualização sobre os procedimentos da UPA.

10. Feedback e Melhoria Contínua:

10.1. Estabelecer mecanismos para coletar feedback dos usuários, identificando pontos de melhoria e implementando ações corretivas quando necessário.

Este documento deve ser revisado periodicamente para garantir sua adequação aos padrões de atendimento estabelecidos, promovendo a excelência no acolhimento dos usuários na UPA 24 horas.

Instrução para Orientação e Apoio Social a usuários e familiares na emergência

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer procedimentos operacionais para fornecer orientação e apoio social aos usuários e seus familiares durante o atendimento de emergência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas. A ênfase está em promover um ambiente acolhedor e atencioso, considerando as necessidades sociais dos indivíduos em situações de urgência médica.

1. Identificação de Necessidades Sociais:

1.1. A equipe de saúde, em colaboração com os profissionais de serviço social, deve identificar as necessidades sociais dos usuários e de seus familiares durante o atendimento de emergência.

2. Comunicação Empática:

2.1. Estabelecer uma comunicação empática e sensível ao abordar questões sociais, considerando o estado emocional dos usuários e familiares.

3. Prestação de Informações Claras:

3.1. Fornecer informações claras sobre o estado de saúde do paciente, procedimentos médicos, e outros aspectos relevantes, adaptando a linguagem conforme necessário.

4. Acolhimento Familiar:

4.1. Permitir a presença de familiares próximos sempre que possível, respeitando as normas e protocolos de segurança e privacidade.

5. Identificação de Redes de Apoio:

5.1. Auxiliar na identificação de redes de apoio social, como familiares, amigos e recursos comunitários, para fornecer suporte adicional aos usuários e familiares.

6. Encaminhamento a Serviços Sociais:

6.1. Encaminhar os casos identificados para profissionais de serviço social quando necessário, visando orientação mais especializada sobre recursos disponíveis na comunidade.

7. Atendimento Sensível a Questões Culturais:

7.1. Respeitar e compreender as diversidades culturais dos usuários, adaptando o atendimento para garantir sensibilidade e respeito às diferenças.

8. Apoio em Situações de Crise:

8.1. Oferecer apoio emocional e psicossocial em situações de crise, assegurando que os usuários e seus familiares tenham recursos para lidar com o estresse e a ansiedade.

9. Registro Adequado de Informações:

9.1. Garantir o registro adequado das informações sociais relevantes nos prontuários médicos, respeitando a privacidade e confidencialidade dos dados.

10. Capacitação da Equipe:

10.1. Proporcionar treinamentos regulares à equipe de saúde e aos profissionais de serviço social sobre abordagens eficazes na orientação e apoio social em situações de emergência.

11. Avaliação Contínua:

11.1. Realizar avaliações regulares dos serviços sociais prestados, buscando feedback dos usuários para identificar áreas de melhoria.

Este documento deve ser revisado periodicamente para garantir a eficácia das práticas e a contínua melhoria do suporte social oferecido aos usuários e familiares na UPA 24 horas.

Instrução para Visitas aos pacientes em observação

19.5.2 Atendimento

Instrução para Definição de formas de acomodação e Conduta de Acompanhantes de usuários Idosos, crianças, adolescentes e pessoas com defincência conforme legislação vigente

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer procedimentos operacionais para garantir a adequada acomodação e conduta de acompanhantes de usuários considerando as necessidades específicas de idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, em conformidade com a legislação vigente.

1. Acomodação de Idosos:

1.1. Disponibilizar espaços de espera confortáveis e acessíveis para idosos.

1.2. Garantir assentos prioritários e condições adequadas para usuários idosos, considerando a mobilidade reduzida e outras necessidades específicas.

2. Acomodação de Crianças e Adolescentes:

2.1. Providenciar áreas de espera adaptadas para crianças, com brinquedos, livros e ambiente lúdico.

2.2. Assegurar a presença de acompanhantes para crianças e adolescentes em casos apropriados, respeitando as normas de segurança.

3. Acomodação de Pessoas com Deficiência:

3.1. Oferecer espaços acessíveis para pessoas com deficiência, incluindo rampas, banheiros adaptados e sinalização adequada.

3.2. Priorizar o atendimento e acomodação em locais adequados, considerando as necessidades específicas de cada caso.

4. Acompanhantes:

4.1. Permitir a presença de acompanhantes para usuários idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, sempre que necessário e permitido pela legislação.

4.2. Fornecer informações claras aos acompanhantes sobre normas e direitos, garantindo seu

entendimento sobre o processo de atendimento.

5. Conduta de Acompanhantes:

5.1. Orientar os acompanhantes sobre a importância de respeitar as normas internas da UPA, incluindo horários de visita e áreas restritas.

5.2. Incentivar a participação ativa dos acompanhantes no suporte emocional e prático aos usuários, sem interferir no trabalho da equipe de saúde.

6. Respeito à Legislação Vigente:

6.1. Cumprir rigorosamente as normas e regulamentações vigentes relacionadas aos direitos dos idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, assegurando um atendimento inclusivo e respeitoso.

7. Treinamento da Equipe:

7.1. Capacitar a equipe da UPA em relação aos direitos e necessidades específicas de cada grupo (idosos, crianças, adolescentes, pessoas com deficiência), garantindo um atendimento sensível e eficaz.

8. Avaliação Contínua:

8.1. Realizar avaliações periódicas para identificar áreas de melhoria nos serviços oferecidos aos usuários com necessidades específicas e seus acompanhantes.

9. Comunicação Clara e Acessível:

9.1. Garantir que a comunicação com usuários e acompanhantes seja clara, acessível e adaptada conforme necessário, incluindo informações sobre direitos, procedimentos e cuidados.

Este documento deve ser revisado regularmente para garantir sua conformidade com a legislação atualizada e assegurar a contínua adequação dos serviços da UPA às necessidades específicas de usuários e acompanhantes.

Proposta de fluxo para Atendimento Social : primeiro atendimento, orientação e apoio para pessoas em risco social, pessoa com deficiência, crianças e adolescentes, idosos e mulheres vítima de violência.

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer um fluxo de atendimento social na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, visando oferecer suporte especializado para pessoas em risco social, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes, idosos e mulheres vítimas de violência, com foco na promoção da dignidade e respeito aos direitos humanos.

1. Primeiro Atendimento:

1.1. A equipe de recepção identificará casos que necessitam de atendimento social, considerando indicadores de risco social, presença de deficiência, idade (crianças, adolescentes, idosos) e histórico de violência.

2. Triagem Social:

2.1. A equipe de enfermagem realizará uma triagem social, identificando necessidades específicas e avaliando o grau de urgência para encaminhamento.

2.2. Em casos urgentes, priorizar o atendimento imediato.

3. Encaminhamento para Profissionais Especializados:

3.1. Encaminhar os casos identificados para profissionais de serviço social, psicologia e outros especialistas, conforme necessário.

3.2. Garantir a disponibilidade de uma sala reservada para atendimentos mais privativos.

4. Orientação e Apoio:

4.1. Profissionais especializados realizarão orientação e apoio social, considerando as características específicas de cada grupo.

4.2. Estabelecer um ambiente acolhedor e confidencial para facilitar a comunicação.

5. Acompanhamento Contínuo:

5.1. Oferecer acompanhamento contínuo para os casos identificados, garantindo o suporte necessário ao longo do processo de atendimento.

5.2. Manter registros detalhados para facilitar a continuidade do cuidado.

6. Rede de Apoio:

6.1. Identificar e acionar a rede de apoio externa, incluindo órgãos governamentais, organizações não governamentais e outros serviços sociais disponíveis na comunidade.
6.2. Estabelecer parcerias para encaminhamentos eficazes.

7. Capacitação da Equipe:
7.1. Proporcionar treinamentos regulares à equipe de saúde sobre a abordagem adequada para atendimento social, incluindo questões de gênero, diversidade, e direitos humanos.
7.2. Atualizar a equipe sobre mudanças na legislação e políticas de atendimento social.

8. Protocolos de Atendimento Específicos:
8.1. Desenvolver protocolos específicos para casos de violência contra mulheres, abuso infantil, idosos em situação de vulnerabilidade, entre outros.
8.2. Garantir o cumprimento rigoroso de protocolos de sigilo e confidencialidade.

9. Avaliação de Resultados:
9.1. Realizar avaliações periódicas dos resultados do atendimento social, coletando feedback dos usuários e identificando áreas de melhoria.
9.2. Ajustar procedimentos conforme necessário para otimizar a eficácia do serviço.

10. Comunicação Clara e Empática:
10.1. Assegurar uma comunicação clara e empática durante todo o processo de atendimento social, respeitando a diversidade e promovendo a participação ativa dos usuários.

Este documento será revisado regularmente para garantir a aderência às melhores práticas, atualizações legislativas e aprimoramento contínuo do atendimento social na UPA 24 horas.

20 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

20.1 Plataforma Relacional de Dados

A natureza dos cuidados em saúde está evoluindo – mudanças de dados demográficos e novos grupos de pacientes exigem uma abordagem diferente relacionada à segurança e ao atendimento. Orçamentos e recursos também são desafios diários. A **AHBB|Rede Santa Casa** entende que um sistema de Informação em Saúde, deve ser capaz de atender as demandas da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** de **Almirante Tamandaré**, tanto no nível assistencial, quanto no gerencial. Há de ser considerado, para este processo variáveis como usabilidade do usuário, custo operacional do sistema, opinião do usuário sobre as funcionalidades do sistema e a percepção da Secretaria Municipal de Saúde.

Após a Visita Técnica, foi evidenciado o uso do sistema de Informação, que apresenta funcionalidades importantes, mas não satisfatórias e quase sem interação com o usuário. O que fez a **AHBB|Rede Santa Casa** considerar a opção de alterar o apoio tecnológico, igualando-se as nossas demais unidades. Evidentemente, durante uma visita, não há tempo hábil para se verificar a usabilidade do sistema, o que não nos dá propriedade para afirmar (a partir das informações colhidas), assertivamente se os módulos propostos estão ou não em funcionamento e qual seria a adesão dos usuários.

Porém salientamos que a troca do sistema traria benefícios financeiros e assistenciais sem precedentes. O novo sistema de Gestão Informatizado, além dos já integrados a nossa base de Dados, contaremos com os seguintes módulos:

Todos os módulos são customizáveis

- Módulo Cadastro de Pacientes seguindo padrões exigidos pelo ministério público.

Modulo de Profissionais:

- Cadastro de profissional e suas especialidades seguinte padrões exigidos pelo ministério da saúde.
- Módulo Controle de qualidade de Cadastros
- Módulo Recepção Pronto Socorro:
  - ✓ Com controle de acesso de Paciente, Acompanhante e Visitante.
  - ✓ Prescrições médicas.
  - ✓ Controle do andamento das fichas de atendimento dentro da unidade.
  - ✓ (APH) Atendimento Pré – Hospitalar Atendimento seguindo um modelo de ficha completo.
  - ✓ Geração de Atestados Médicos.

- Módulo Internação com Controle de Leitos.
- Módulo Laboratório:
  - ✓ Impressão de Laudos, Etiquetas.
  - ✓ Cadastros de Exames, Testes, Fabricantes, Metodologias.
  - ✓ Cartas de convocação, Recoleta ou Pedidos de outras amostras.
- Módulo Raio-X:
  - ✓ Pedidos de Exames.
  - ✓ Tabela de exames com o cuidado nas siglas para mais rapidez e facilidade no preenchimento do pedido.
  - ✓ Modelos de textos pré definidos para a impressão de laudos.
- Módulo Controle de Farmácia Estoque de Medicamentos e Materiais.
  - ✓ Integração com Hórus para controle de Entradas e Saída de medicamentos.
- Módulo faturamento SUS/BPA
- Módulo de Relatórios de Produção, Estatísticos, Gerenciais.
- Módulo de Demanda Reprimida, controle de fila única por especialidade, unidade ou município.
- Módulo Posto de Coleta:
  - ✓ Controle dos exames por pacientes e entre unidades para que o mesmo paciente não repita o mesmo exame em outra unidade ou refaço o mesmo exame em um curto período de tempo.
  - ✓ Controle de quantidades de exames, com travas em quantidades para que não ultrapasse um teto.
- Módulo Agenda:
  - ✓ Configuração de horários, quantidades por encaixe, demanda reprimida ou eletivas com limite total aceito.
  - ✓ Definições por consultório, especialidade ou profissional.

A **AHBB|Rede Santa Casa** considera a importância das seguintes premissas para um sistema de Gestão Informatizado, em âmbito hospitalar:

- Cuidado ao paciente: Documentação Clínica, suporte a decisão, prescrição eletrônica
- Suprimentos: permanência hospitalar, atualização continua e suporte
- Gestão: gerenciamento de serviços e indicadores
- Administração: controladoria e contabilidade, Financeiro e Faturamento

Esse extenso conjunto de recursos deve ser oferecido em uma única plataforma integrada baseada na web, apoiando verdadeiramente a necessidade de continuidade e integridade dos dados clínicos e operacionais da instituição.

Benefícios

- Prontuário eletrônico único, integrado e de fácil acesso;
- Maior controle dos processos de ponta a ponta (da entrada do paciente à apuração de custos);
- Eliminação de processos manuais e falta de informações;
- Maior gestão da qualidade assistencial, por meio de protocolos clínicos;
- Maior rastreabilidade em todos os pontos de cuidado;
- Melhor visão e gestão das unidades de atendimento;
- Informação em tempo real com possibilidade de análise de cenários futuros;
- Facilidade na extração de dados, com dashboards e indicadores em tempo real.

20.2 Sistema de gestão em saúde

Disponibilizar sistema de informática para as unidades de saúde, permitindo cadastrar registrar os atendimentos aos usuários SUS (produção), agendar pacientes para exames e consultas e encaminhar pacientes para especialidades médicas; organizar as unidades, gerar dados para consolidar controle que garantem o uso de recursos especializados a partir da necessidade originada na rede de saúde; administrar a disponibilidade de médico especialista; disponibilizar agenda; administrar lista de espera e priorização de pacientes; administrar e controlar dispensação e o estoque de materiais e medicamentos.

O sistema deverá permitir a obtenção de relatórios gerenciais e o extrato dos usuários SUS, que relaciona todos os procedimentos e ações que determinado cidadão recebeu na rede municipal de Saúde, tanto para a contratada como para o contratante;

20.3 Sistemas de informação nos serviços contratados

20.3.1 Descrição sobre o serviço

A tecnologia da informação é responsável por gerenciar equipamentos e sistemas de tecnologia instalados nas unidades. Dentro dos sistemas monitorados temos a rede de dados redes de telefonia cabeamento estruturado, rede wireless, servidores, computadores impressoras, PABX e sistemas.

A gestão do complexo sistema de informação compreende no mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde garantindo a veracidade das bases de dados e a plena utilização das mesmas.

20.3.2 Caracterização e diretrizes do serviço

O sistema de informação deve ter condições de disponibilizar dados para os diferentes níveis hierárquicos do sistema de Saúde nos prazos e através dos fluxos locais acordados e para a alimentação dos sistemas, assim como a análise das informações produzidas e da qualidade dos registros nas fichas de atendimento.

O processamento de informatização deve contemplar o fornecimento de licença de uso, manutenção, suporte tecnológico, abrangendo instalação, implantação, migração de dados, customização e treinamento de usuários, conforme as descrições e especificações constantes no edital de chamamento público.

Ao gestor municipal ou representante por ele designado, será garantida senha e de acesso para acompanhamento dos serviços prestados.

Para que todas as funções dos sistemas possam ser disponibilizadas a administração municipal será necessário que a empresa fornecedora do sistema mantenha alocados, em suas dependências equipamentos e dispositivos de alta performance que forneçam toda infraestrutura necessária para implantação, manutenção preventiva e corretiva em como fornecer garantir fornecer garantias de segurança para as transações via web virgula durante a vigência do contrato de gestão, atendendo, no mínimo, os seguintes requisitos:

a) Data center com alta performance e balanceamento de carga 7/24, que detém certificação reconhecida pelos órgãos competentes para todos os critérios de segurança física (fogo, falta de energia, antifurto) segurança tecnológica (anti-hackers);
b) Servidores (aplicativos, internet e banco de dados SQL Server, PostgreSQL, MYSOL Server ou Oracle) trabalhando com componentes que ofereçam redundância no ambiente acessado pela administração municipal e também quanto às questões relativas à segurança físicas e tecnológicas e backups;
c) Firewall Cauterizado com balanceamento de carga em 3 Camadas, Loadbalance no banco de dados Distribuídos e na camada Web;
d) Links de comunicação de alto desempenho com banda compatível com a demanda e com garantia de alta disponibilidade, capazes de disponibilizar acesso via web a toda a administração municipal;

e) Conexões SL, com certificação segura e criptografada de transporte das informações HTTPS;

f) Sistemas de antivírus/spywares, para proteção contra eventuais vírus, evitando parada e perdas para a administração Municipal;

g) Softwares para segurança da informação que garantam sigilo e a proteção contra "roubo de informação" que possam ocorrer através de ataques realizados por pessoas de fora do ambiente também de dentro do próprio ambiente disponibilizado;

h) Sistemas gerenciadores de bancos de dados;

i) Sistemas para gerenciamento de cópia de segurança (backups);

j) Software de gerenciamento para acompanhamento, missão e monitoramento de performance dos equipamentos de infraestrutura, operando de forma proativa para situações eventuais de instabilidade, proporcionando qualidade e segurança para infraestrutura fornecida;

k) Ambiente de homologação dos pontos disponibilizar um ambiente nas mesmas condições do ambiente de produção atendendo os mesmos requisitos, com os sistemas integrados para customizações, implementações e testes, que se façam necessárias para atender as peculiaridades da administração municipal;

l) Todas as licenças de uso de software serão de responsabilidade da contratada.

20.4 Conversão e migração da base de dados/documentação e regras de confidencialidade

A Contratada ficará responsável pela carga de todos os dados do sistema vigente a prefeitura municipal de **Almirante Tamandaré** e fornecerá cópia de documentação do sistema implantado após customização (em papel ou meio magnético), manual do usuário e dicionários de dados.

A **AHBB|Rede Santa Casa** deverá guardar sigilo absoluto sobre todas as informações recebidas da **SMS/Almirante Tamandaré** bem como daquela pôr-se levantadas de outras das quais venham a conhecer durante a execução dos serviços as quais não poderão ser por ela utilizadas, sob qualquer pretexto ou, para finalidade outras que não abre o cumprimento dos serviços previstos neste termo.

Deve ainda cuidar para que os elementos utilizados na execução dos serviços contratualmente previstos têm um tratamento reservado, por si ou por quaisquer dos seus profissionais envolvidos no contrato, inclusive obrigando-se a não os reproduzir o CD luz, sem a prévia e expressa autorização por escrito.

Deve ainda cuidar para que os elementos utilizados na execução dos serviços contratualmente previstos têm um tratamento reservado, por si ou por quaisquer de seus profissionais envolvidos no contrato, inclusive obrigando-se a não os reproduzir o cede-los, sem a prévia é expressa autorização por escrito.

Requisitos de treinamento: deve ser ofertado treinamento de gestores e usuários.

Requisitos de prazos de implantação: todo o processo de implantação de disponibilização do sistema deverá ocorrer concomitantemente ao início da prestação de serviço, para registro de toda a produção oriunda do objeto do contrato de gestão.

20.5 Ações do sistema de informação

Objetivo a ser atingido

Fomentar um sistema de informações, capaz de fornecer subsídios necessários as fases de planejamento, organização, operacionalização e avaliação do desempenho dos serviços de saúde.

Ação 1

Implementar um sistema de informações, que compreendam mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para planejamento, organização, operacionaliza são e avaliação dos serviços de saúde garantindo a veracidade das bases de dados e a plena utilização das mesmas, incluindo fornecimento dá licença de uso, manutenção e suporte técnico de solução de informática, abrangendo instalação, implantação migração de dados e customização em treinamentos de usuários, conforme a descrição e as condições aqui constantes.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

AHBB|Rede Santa Casa, produzirá avaliações mensais de prestação de serviço de terceiros, com a intensão de melhorar os módulos e criar novos módulos que permitam interface com os demais serviços do **Município de Almirante Tamandaré**. Os dados armazenados não serão afetados pela mudança da gestão da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.**

Ação 2

Manter equipamentos adequados e compatíveis com a demanda de trabalho das áreas.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Inventário periódico.

Ação 3

Adotar processos de segurança para preservar a base de permanente informações das unidades

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Aplicação da Política de Segurança da **AHBB|Rede Santa Casa.**

Ação 4

Prestar suporte técnico de software e hardware as áreas das unidades.

- **Período**

Permanente.

- **Critério de avaliação**

Assistência, Critério de contratação de terceiros.

Ação 5

Fazer treinamentos técnicos aos colaboradores e usuários.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Treinamento.

Ação 6

Disponibilizar manuais que auxiliam a operação dos sistemas.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Lista de presença.

Ação 7

Assegurar documentário dos sistemas de acordo com as normas técnicas e legais para que a gestão de tecnologia em saúde esteja de acordo com a política nacional de incorporação de tecnologias do SUS.

- **Período**

Imediato.

- **Critério de avaliação**

Sistema de gestão.

Ação 8

Encaminhar as informações necessárias para alimentação e atualização de sistemas de informação em saúde junto ao ministério da Saúde e o estado.

- **Período**

Permanente – atualizando mensalmente.

- **Critério de avaliação**

Relatório específico.

Ação 9

Manter atualizado o cadastramento dos profissionais no cadastro Nacional de estabelecimento de saúde (CNES) para controle dos dados e produção da informação em saúde.

- **Período**

Permanente-atualizando mensalmente.

- **Critério de avaliação**

Relatório mensal.

Ação 10

Submeter o Sistema de Gestão da Informação a avaliação de Fornecedores e criar série histórica de apontamentos e melhorias, sob pena de troca de fornecedor caso os problemas pontuais não sejam resolvidos e os treinamentos não sejam capazes de extinguir todas as dúvidas dos colaboradores usuários do sistema.

- **Período**

Permanente-atualizando mensalmente.

- **Critério de avaliação**

Relatório mensal, Avaliação de Contrato a cada 3 meses.

20.6 Repositório e Gerenciador de documentos

Visando a cultura de formação e capacitação dos profissionais, será desenvolvido um portal de acesso a todos os colaboradores, que reuni todos os documentos elaborados sejam eles pops, normas, manuais, protocolos, com objetivo de capacitar e orientar quantos aos processos e regras de trabalho.

Em seu editor é possível customizar o modelo para cada tipo documento, mantendo um padrão que facilita a visualização, o aprendizado e o rastreamento de documentos.

Focando na linha de aprendizado, ele possui um painel de regras onde é possível determinar por: departamento, cargo, comissão, necessidade de integração e treinamento qual o documento em questão irá necessitar. O sistema será integrado com a Comissão de Educação Continuada sendo possível assim criar agendamentos de treinamentos, relacionar colaborador e documento pendente de treinamento. O Sistema também trabalha em conjunto com a Comissão de Integração para que nenhum documento necessário de conhecimento para início de atividade seja apresentando.

O Objetivo final é que a unidade esteja capacitada e preparada para atuar em diversos processos e ou situações que demandem o seguimento de normas, consequentemente uma equipe treinada e capacitada tem uma taxa de erro menor, contribuindo diretamente para a segurança do paciente, além de manter o uso da documentação elaborada efetivo.



Figura 1 Repositório de documentos

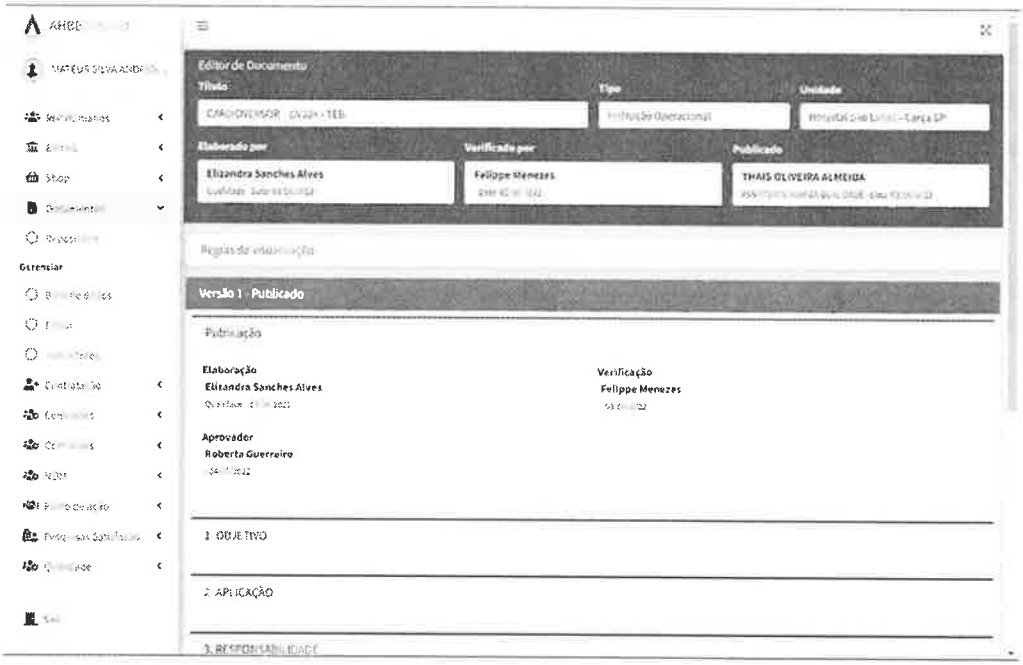


Figura 2 Editor de documentos

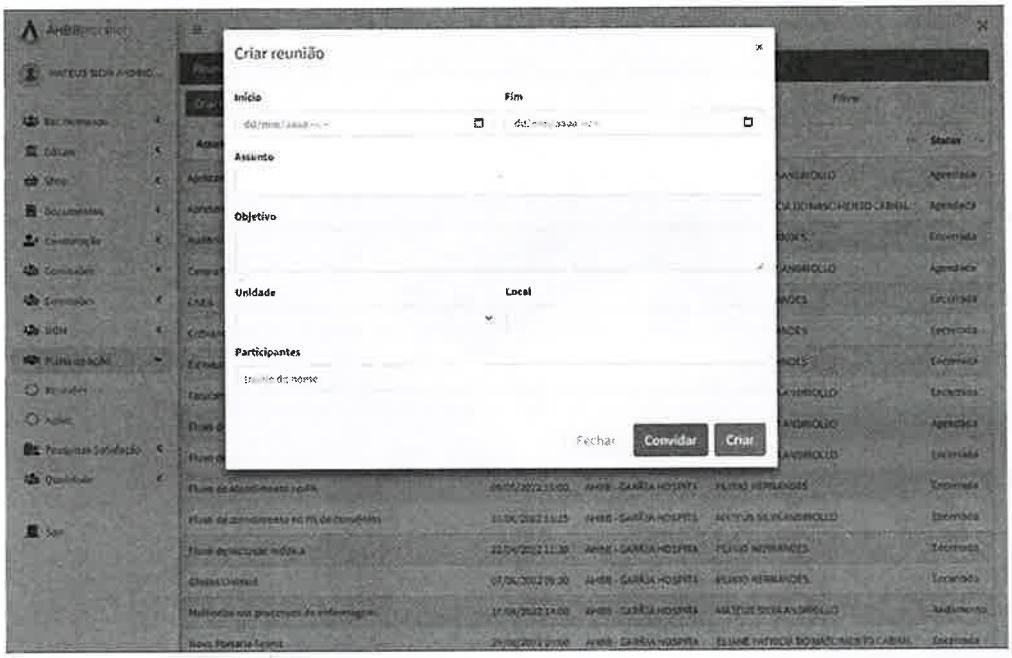


Figura 3 Gerenciador de reuniões e treinamentos

20.7 Implantação de Impressoras Especiais Para Confecção de Pulseiras Padronizadas de Identificação do Paciente

Uma melhor compreensão dos danos e os respectivos fatores contribuintes podem orientar os esforços de prevenção.

Sob essa ótica implantaremos as pulseiras de identificação do paciente na Classificação de Risco, utilizando tecnologia própria para isso.

Com essa tecnologia, todos os pacientes que derem entrada na Unidade, após sua Classificação de Risco, receberão essa pulseira de identificação em seu pulso direito.

Além de ser um grande avanço para a Unidade, representa ainda, mais segurança para o paciente e mais facilidade para os profissionais o identificarem.

Na pulseira constará o nome completo do paciente, sua data de nascimento, nome completo da mãe, horário e data de entrada.

Outra identificação do paciente na Unidade, quando este tiver que seguir para um leito de observação, será a placa no leito do paciente, que também será totalmente padronizada pelo sistema de informação que utilizamos, buscando dar mais qualidade e segurança para os processos do NQSP.

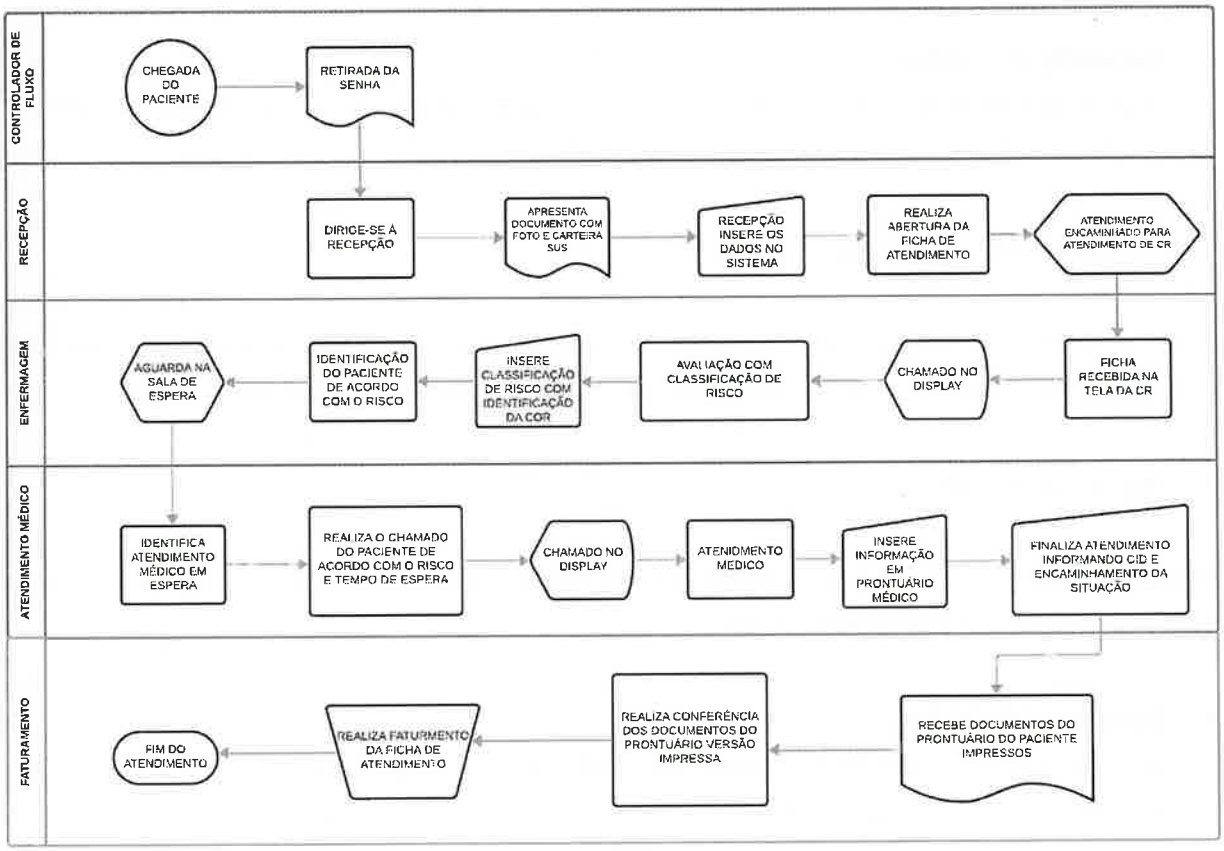
Treinaremos e capacitaremos toda a nossa equipe, para que, a cada procedimento que a equipe vá fazer com o paciente, sua pulseira seja checada e o paciente (ou acompanhante, se necessário) seja arguido sobre os dados contidos na mesma.





20.8 Fluxo para Registros e documentação

Procedimentos relacionados à circulação de registros e documentos



O fluxo para registros e documentação em uma unidade de pronto atendimento (UPA) é essencial para garantir a qualidade do atendimento ao paciente, a precisão das informações e a conformidade com as regulamentações de saúde. Aqui está um exemplo de um fluxo que abrange procedimentos relacionados à circulação de registros e documentos médicos:

- **Registro Inicial do Paciente:**

Quando um paciente chega à UPA, a equipe de triagem realiza um registro inicial, coletando informações básicas, como nome, data de nascimento, histórico médico breve e motivo da visita.

Prontuário Eletrônico:

Essas informações são inseridas no prontuário eletrônico do paciente. Certifique-se de que o sistema seja atualizado e acessível a todos os profissionais autorizados.

- **Atendimento Médico:**

Durante o atendimento médico, o profissional registra observações, diagnósticos preliminares, prescrições e outros detalhes relevantes no prontuário eletrônico.

- **Consentimento Informado**

Antes de coletar dados mais sensíveis, como histórico médico, a UPA deve obter o consentimento informado do paciente, explicando claramente como os dados serão usados e protegidos.

- **Acesso Controlado:**

Implementação de políticas de acesso restrito, garantindo que apenas profissionais autorizados tenham acesso às informações do paciente

- **Exames e Resultados:**

Se necessário, solicita-se exames laboratoriais, radiografias ou outros procedimentos. Os resultados são adicionados ao prontuário eletrônico assim que estiverem disponíveis.

- **Assinaturas e Autorizações:**

Os profissionais de saúde envolvidos assinam digitalmente as entradas no prontuário, garantindo a autenticidade e responsabilidade pelas informações registradas.

- **Arquivamento Seguro:**

Ao final do atendimento, os documentos físicos, como receitas e registros em papel, são arquivados com segurança. Certifique-se de seguir as diretrizes de privacidade e retenção de registros médicos.

- **Circulação Interna de Documentos:**

Se houver a necessidade de encaminhar documentos ou registros a outros setores dentro da UPA, utilize canais seguros e rastreáveis para garantir a integridade das informações.

- **Comunicação com Outros Profissionais de Saúde:**

Se o paciente for encaminhado para um especialista ou outra unidade de saúde, é essencial compartilhar os registros médicos relevantes de maneira rápida e segura.

- **Atualização do Prontuário:**

Qualquer nova informação, resultado de exame ou desenvolvimento no estado de saúde do paciente deve ser prontamente registrado e atualizado no prontuário eletrônico.

- **Anonimização de Dados:**

Sempre que possível, considerar a anonimização de dados para uso em pesquisas ou análises estatísticas, respeitando os princípios de minimização de dados da LGPD.

- **Comunicação com Outros Profissionais de Saúde:**

Ao compartilhar informações com outros profissionais de saúde, garantir que a comunicação seja segura e que haja um consentimento prévio do paciente, quando necessário.

- **Direito de Acesso do Paciente:**

Implementação de procedimentos que permitam que os pacientes exerçam seu direito de acesso aos seus próprios dados, possibilitando a visualização e correção, se necessário.

- **Tempo de Retenção de Dados:**

Definição de políticas claras de retenção de dados, garantindo que as informações sejam mantidas apenas pelo tempo necessário e de acordo com as obrigações legais.

- **Fechamento do Atendimento:**

Ao final do atendimento, a equipe realiza uma revisão final dos registros para garantir precisão e completude. O paciente recebe orientações sobre o acompanhamento e cuidados posteriores.

- **Auditoria e Controle de Qualidade:**

Periodicamente, realiza-se auditoria nos registros para garantir a conformidade com as regulamentações e a qualidade dos dados registrados.

Este fluxo é adaptável às necessidades específicas da UPA, e é fundamental garantir que todos os profissionais estejam devidamente treinados para seguir os procedimentos estabelecidos. Além disso, a segurança e a privacidade das informações do paciente devem ser prioridades ao longo de todo o processo, de acordo com a norma vigente em LGPD.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: após o atendimento médico, existem atendimentos de enfermagem com realização e registro de procedimentos, e outros processos como retirada de medicamentos na farmácia, checagem de medicação e outros. Todas estas etapas deverão ser realizas com informações inseridas em prontuário eletrônico, incluindo Sistematização da Assistência de enfermagem, Emissão de Receituário e Atestados Médicos. Todas as sequencias processuais deste fluxo respeitam as diretrizes LGPD em proteção dos dados, apoiadas por profissional designado na Tecnologia da Informação.

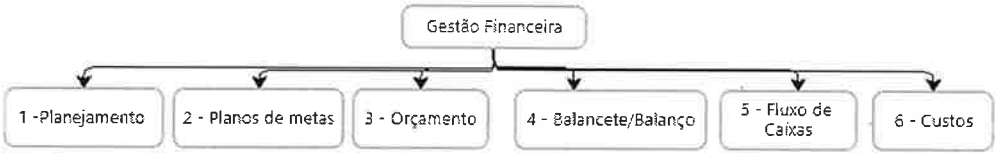
21 GESTÃO DE MATERIAIS

21.1 Manual de rotinas para administração financeira gestão financeira

21.1.1 Conceito Geral

As atividades desenvolvidas na **AHBB|Rede Santa Casa** se traduzem em fluxos de entradas e saídas de recursos os quais são necessários equilibrar-se. Na realidade, os responsáveis financeiros de uma organização cuidam para que a corrente de fluxos de caixa se mantenha sem rupturas.

Assim, o processo da gestão financeira é uma atividade de planejamento, implementação e controle dos recursos. As atividades envolvem o desembolso e /ou captação de recursos, sendo a gestão financeira fornecer informações adequadas para subsidiar as decisões relativas à prestação de serviços à sociedade e aos colaboradores.



Planejamento: É uma das funções básicas da administração. Determina como a **AHBB|Rede Santa Casa** deverá agir para atingir seus objetivos. Envolve a seleção de estratégias particulares de

ação com base no plano de metas estabelecido. Planejar é decidir com antecedência o que precisa ser feito, como será realizado/quais os critérios para o seu desenvolvimento, quem será o responsável por cada tarefa e como controlar o desempenho

Plano de Metas: É o instrumento pelo qual as metas deverão ser alcançadas. Note-se que meta é um objetivo quantificado. As metas, para serem realizáveis, devem levar em consideração o cenário em que a **AHBB|Rede Santa Casa** atua. Devem incluir também uma avaliação realista quanto aos recursos humanos, materiais e tecnológicos existentes na unidade, e os que se encontram acessíveis e podem ser adquiridos. Devem definir os setores envolvidos nelas, os objetivos, as atribuições e as responsabilidades inerentes à cada área.

PLANO DE METAS – ANO.....							
Situação	Metas	Plano de Ação	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Recursos Necessários

Orçamento: Pode ser definido, em termos amplos, como o documento financeiro formal, que fixa a execução das responsabilidades, planejamento, coordenação e controle da administração. Prevê Receitas e determina Despesas para um período pré-fixado, (geralmente um ano. A habilidade de se fazer orçamentos, previsão de receita e fixação de despesas, indispensável para a gestão. A **AHBB|Rede Santa Casa** entende que devemos exercitar, continuamente, a transformação de nossos objetivos e metas em valores financeiros.

Balancete: Permite demonstrar a situação financeira da entidade no mês bem como confrontar valores previstos com o realizado. Além disso, visa promover a correção de rumos quando necessária.

Balanço Patrimonial: É uma fotografia das características financeiras da a **AHBB|Rede Santa Casa.** Como uma fotografia, o balanço retrata um momento específico, fornecendo a medida financeira do estoque dos bens da entidade bem como os, direitos e obrigações. Para isso, elaborar um plano de contas de acordo com os nossos objetivos, as nossas características e o ramo de atividade que exercitamos. Todo balanço da a **AHBB|Rede Santa Casa** é obrigatoriamente, assinado por Contador devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade -|CRC. Facultativamente, será assinado pelo Presidente e Tesoureiro. Obrigatoriamente, deverá ter o parecer do Conselho Fiscal e ser publicado em jornal de circulação.

Fluxo de Caixa: O controle financeiro de qualquer entidade social depende de um acompanhamento detalhado das entradas e saídas de dinheiro. Provavelmente, o fluxo de caixa é o.

mais importante instrumento de controle e fornece elementos para um contínuo monitoramento; das finanças. da unidade. Funciona como um sistema de alerta que antecipa, eventuais dificuldades ou desvios dos objetivos planejados.

As principais fontes de caixa normalmente são subdivididas em:

- Saldo inicial de Caixa;
- Receitas de serviços prestados;
- Contratos e convênios governamentais;
- Doações de pessoas físicas ou jurídicas;
- Receitas financeiras;
- Vendas de bens de capital;
- Empréstimos;

As saídas de caixa geralmente são:

- Despesas operacionais (salários e encargos, alimentos, medicamentos, manutenção de equipamentos, etc.)
- Compras de bens de capital;
- Pagamentos de empréstimos. (juros e principal);
- Saldo final de Caixa.

Custos: Representa um instrumento cujo objetivo é proporcionar à administração informações confiáveis e oportunas, que lhe possibilitem obter maior segurança em cada processo de decisão e medir a eficiência com que as operações vêm sendo conduzidas. Neste caso, a Contabilidade de Custos é importante base de dados para a mensuração dos custos de atendimento. Utiliza nomenclatura própria, em que determinados termos apresentam sentido distinto do aplicado pela economia:

- Gasto: consumo de bens ou serviços;
- Custo: gasto (de recursos) relativo aos bens ou serviços utilizados na produção de outros bens de serviços;
- Custos diretos: são os custos aplicados diretamente e classificam-se em: material direto, mão-de-obra direta;
- Custos indiretos: são os custos que necessitam de critérios de rateio para sua alocação. Classificam-se em: mão-de-obra indireta, material indireto, outros custos indiretos;

- Custos fixos: são aqueles que permanecem constantes dentro de determinada capacidade instalada, não se alteram com as modificações na quantidade produzida, isto é, independente do volume de produção, o valor permanecerá o mesmo;
- Custos variáveis: são aqueles que acompanham o crescimento do volume de produção na mesma proporção ou com a mesma intensidade;
- Custo real de produção: devem ser considerados, na apuração do custo de produção: custos diretos (ex.: materiais diretos, mão-de-obra direta) e custos indiretos.

Importante notas sobre Plano de Contas:

Para instituições sem lucrativos, como a **AHBB|Rede Santa Casa** a correção monetária do patrimônio próprio deve ser agregada ao Plano de Contas diretamente. Além disso, no final de. cada exercício, *o superávit ou déficit desse mesmo exercício devem também ser levados contra ele, as doações, creditadas diretamente. Neste caso, utilizamos o Manual de Contas. Este nada mais é do que o Plano com os comentários do uso e dos princípios de avaliação relativos a cada conta.

21.1.2 Conceitos básicos da gestão financeira

- As tarefas da função financeira
- A função financeira na prática
- Objetivos e limites da função financeira
- Papel da análise financeira na gestão
- Origem e aplicação dos recursos financeiros
- Descrição dos documentos financeiros normalmente produzidos
- Contabilização de operações

A atividade financeira da a **AHBB|Rede Santa Casa** é acompanhada permanentemente em relação aos seus resultados, de maneira a avaliar o desempenho, bem como proceder aos ajustes e correções necessários.

21.1.3 Atribuições do Administrador Financeiro:

- Análise de registos e informações contabilísticas;
- Projeção de movimentos de fundos;
- Aplicação de fundos excedentes;
- Fornecimento de informações aos níveis hierárquicos de topo sobre as perspectivas financeiras futuras da organização;
- Elaboração de planos para fontes e usos de fundos, a curto e a longo prazos.
- Circuito de compras e gestão património

- Gestão de tesouraria

21.1.4 Papel do Gestor Financeiro:

Para desenvolver a sua atividade, a **AHBB|Rede Santa Casa** necessita de ativos reais. Alguns são tangíveis, como os equipamentos, as instalações fabris e escritórios, outros intangíveis, como os conhecimentos tecnológicos, as marcas registadas e as patentes. Todos eles têm de ser comprados.

O gestor financeiro se posiciona na atividade operacional da empresa e os mercados financeiros onde os investidores adquirem os ativos financeiros emitidos pela empresa. As tarefas da função financeira

- A função financeira pode, em primeiro lugar, identificar-se com o papel do tesoureiro, ou seja, na função que consiste em efetuar os recebimentos e os pagamentos decorrentes do exercício da atividade da **AHBB|Rede Santa Casa**.
- As suas preocupações consistem na manutenção de um saldo de tesouraria que lhe permita assegurar o normal funcionamento da organização, na rapidez e segurança da cobrança das dívidas dos clientes e outros devedores da organização e no escalonamento adequado da liquidação dos débitos aos fornecedores.
- O gestor financeiro assume um papel muito ativo na gestão da a **AHBB|Rede Santa Casa** e, são atribuídas algumas responsabilidades que excedem o campo restrito das decisões financeiras correntes. A gestão financeira contemporânea engloba, assim, um conjunto de tarefas que podem sintetizar no seguinte esquema:

<table>
<tr><th colspan="4">Gestão Financeira</th></tr>
<tr><td colspan="2">Gestão financeira estratégica</td><td colspan="2">Gestão financeira corrente</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ativos não correntes</td><td>Capital Próprio</td><td></td><td rowspan="3">Passivos correntes</td></tr>
<tr><td>Dividendos</td><td>Ativos correntes</td></tr>
<tr><td>Passivo não corrente</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Avaliação e gestão de performance</td><td colspan="2">Planejamento e controle da gestão corrente</td></tr>
</table>

- A gestão financeira estratégica, em certa medida, não é mais do que uma extensão da concepção tradicional da função financeira centrada sobre as fontes de financiamento, as formas de aplicação do capital, o seu planejamento e o controlo da rentabilidade do capital

investido. A gestão de tesouraria é como o próprio nome indica, um prolongamento das tarefas originais da função financeira – papel do tesoureiro –, em relação à qual se destaca;

- Gestão de ativos correntes: que compreende para além da gestão de caixa e equivalentes, a gestão ou controlo do crédito concedido aos clientes, controlo financeiro dos inventários de existências, etc.
- Outro papel importante no curto prazo é o acompanhamento e o controlo da execução orçamental, função tipicamente atribuída ao controller. O documento central da gestão financeira corrente é o Orçamento de Tesouraria, que não é mais do que a tradução do orçamento global da empresa em termos de recebimentos e pagamentos previsionais, com vista ao teste do equilíbrio da tesouraria no curto prazo

21.1.5 Objetivos e limites da função financeira

A teoria financeira é uma aplicação da teoria microeconomia da **AHBB|Rede Santa Casa**, cujo objetivo é tipicamente apresentado pela maximização do lucro. Acontece que o conceito de lucro não é, nem muito operacional, nem tampouco relevante para uma disciplina que se preocupa essencialmente com os fluxos de caixa. Os principais objetivos:

- Obter o montante adequado para a continuidade do negócio.
- Conservar o Capital e saber obter o lucro com o uso desse Capital, para que os investimentos continuem fluindo.
- Papel de análise financeira na gestão compete à análise financeira a apreciação crítica dos objetivos da função financeira.

21.1.6 Áreas de decisão na administração financeira:

- **Investimento:** Avaliação e escolha de alternativas de aplicação de recursos nas atividades normais da **AHBB|Rede Santa Casa**. Conjunto de decisões visando dar a estrutura ideal em termos de ativos - fixos e correntes - para que os objetivos da empresa como um todo sejam atendidos.
- **Financiamento:** Definir e alcançar uma estrutura ideal em termos de fontes de recursos, dada a composição dos investimentos.

Utilização (destinação) do Lucro Líquido: Também conhecida como Política de Dividendos, que se preocupa com a destinação dada aos recursos financeiros que a própria **AHBB|Rede Santa Casa** gera em suas atividades operacionais e extra---operacionais.

21.2 Manual de rotinas administrativas para gerência de patrimônio

21.2.1 Património

O património é um conjunto de Bens, Direitos e Obrigações pertencente a uma unidade económica no exercício da sua função. O Património será composto pelos valores em Caixa, Bancos, Edifícios, terrenos, equipamentos, veículos, mercadorias, dívidas a terceiros e dívidas dos terceiros etc.

Convém salientar que o Património difere de Unidade para Unidade conforme o seu carácter e dimensão. Assim, o Património é o conjunto de ATIVO que engloba o conjunto de bens e direitos e PASSIVO, apenas conjuntos de Obrigações.

21.2.2 Contabilidade

As contas têm nome, número e classificação. A essa classificação prévia chamamos de Plano Oficial de Contas. No entanto, e dada a realidade das unidades, vamos debruçar sobre apenas algumas Contas e procedimentos contabilísticos mais correntes e que são movimentadas/efetuados com frequência:

- CAIXA (Pagamentos e Recebimentos de valores em numerário)
- BANCO (Pagamentos e recebimentos)
- RECONCILIÇÃO DAS CONTAS BANCÁRIAS (verificação dos registos que possuem na empresa e dos registos dos Bancos – se coincidem ou não).
- A CONFERÊNCIA DE CAIXA deve ser prática na empresa como medida de gestão. A Direção deve aquando da elaboração do Regulamento Interno de Funcionamento definir a periodicidade das Conferências de Caixa em conjunto com a Direção Financeira.
- STOCKS devem ser não só organizados como também inventariados. O inventário pode ser feito periodicamente ou permanentemente. O inventário é importante para evitar rupturas.

21.2.3 Origens e aplicações dos Recursos Financeiros

O Balanço Patrimonial pode ser analisado sob uma óptica estritamente financeira, evidenciando por meio do passivo, as fontes de recursos financeiros que financiaram as atividades da empresa e/ou organização, se próprio ou de terceiros; e por meio do ativo, como esses recursos foram aplicados dentro da empresa, se em bancos, stocks, bens, etc.

21.2.4 Origens dos Recursos:

- Recursos próprios e Recurso de terceiros Aplicação dos Recursos:
- Stock de mercadorias
- Bens/Investimentos
- Aplicações financeiras
- Contas a pagar (salários, impostos, entre outros)

21.2.5 Descrição dos documentos financeiros

Os planos anuais e plurianuais de atividade são a base de todos os documentos financeiros normalmente produzidos. Orçamento de Encargos de Funcionamento: neste orçamento vamos analisar e quantificar todas as despesas que a empresa terá para poder funcionar, tendo por meta, um Plano Anual., considerando-se

- Fornecimento de Terceiros
- Serviços de Terceiros
- Impostos Indiretos
- Impostos Diretos
- Despesas C/ Pessoal
- Despesas Financeiras
- Outras Despesas e Encargos
- Amortizações e Reintegrações do exercício
- Orçamento de Vendas:
- As vendas de produtos e serviços, (receitas)

Orçamento de Tesouraria: Quanto mais e melhor informação o Gestor tiver acesso mais facilitada se torna a sua tarefa. Devemos prever as entradas e saídas de dinheiro em cada mês pois que temos compromissos a cumprir. Temos salários e outras despesas e, como tal convém ter uma ideia de tudo o que temos a pagar e a receber em cada mês. Estes dados devem constar do Orçamento de Tesouraria.

Controle Orçamentário: Fazer previsões no tempo e não controlar se os planos a serem cumpridos é um erro que nenhum gestor deve cometer. Convém sempre e, pelo menos trimestralmente verificar se existem desvios aos planos.

O mapa de Controle Orçamentário é o instrumento que nos permite avaliar tais casos e introduzir as correções necessárias. Utilizando o Orçamento de Encargos de Funcionamento podemos ver se o que fora previsto está a ser executado da mesma forma ou não.

Relatório e Contas de Gestão: As empresas têm por obrigação chegar ao fim de cada ano (Exercício Económico) e medir a eficácia da gestão. No fim de cada ano deve apresentar o Relatório e Contas de Gestão., Toda a informação deverá ser apresentada por mapas quantificados e com explicações como por exemplo o Balanço em 31 de dezembro de cada ano. O parecer sobre a gestão é missão normalmente do Conselho Fiscal. O Conselho de Administração ou qualquer outra designação dada, analisará e decidirá sobre a Aplicação dos Resultados obtidos.

21.3Manual de rotinas para gerência de almoxarifado

Identificação, Classificação e Codificação dos Materiais

Para efeito deste Manual - Portaria STN nº 448/2002: Entende-se como material de consumo e material permanente

- **Material de Consumo**, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei nº 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;
- **Material Permanente**, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente.

Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de 02(dois) anos;

Fragilidade, caso a estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiça ou deformável, caracterizando-os e pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

Incomparabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e

Transportabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

Quanto à forma de utilização, os bens podem ser:

I. de uso individual, quando sua utilização for restrita a apenas um usuário;
II. de uso coletivo, quando sua utilização for efetuada por vários usuários.
III. Quanto à situação, um bem é classificado como:
IV. bom, quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;
V. ocioso, quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;
VI. recuperável, quando estiver avariado, mas sua recuperação for possível e orçada em no máximo 50% cinquenta por cento) de seu valor de mercado;
VII. antieconômico, quando sua manutenção for onerosa ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoleto;
VIII. irrecuperável, quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina, devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica, que se caracteriza quando da sua recuperação.

Competências Gestor de Almoxarifado:

I. a gestão sobre os bens de consumo;
II. supervisionar e controlar a distribuição racional do material requisitado;
III. promover os cortes necessários nos pedidos de fornecimento das unidades administrativas usuárias, em função do consumo médio com finalidade de evitar, sempre que possível, a demanda reprimida e a consequente ruptura de estoque

21.3.1 Aquisição de Materiais

Os materiais são adquiridos mediante compra, cessão, doação, produção própria de bens, reprodução (nascimento), avaliação ou permuta.

Compra: toda modalidade de aquisição remunerada de um bem para fornecimento de uma só vez ou parcelado, à vista de documento comprobatório próprio (nota fiscal, fatura ou outro documento fiscal equivalente) e vinculado a Nota de Empenho - NE regularmente emitida;

Cessão: modalidade em que os bens são recebidos mediante transferência gratuita de posse e troca de responsabilidades entre órgãos ou entidades da Administração Pública direta, autárquica e fundacional, no âmbito dos três poderes;

Doação: modalidade em que bens são recebidos gratuitamente, provenientes de qualquer instituição pública ou privados;

Produção: modalidade em que bens são produzidos (indústria, agricultura, pecuária); Permuta: modalidade em que ocorre a troca de bens, podendo ser concretizada com qualquer instituição pública, observando-se o interesse público.

Para o recebimento, conferência e registro do bem doado ou por transferência, o Gestor de Patrimônio ou de Almoxarifado necessitará dos seguintes elementos:

I. condição da doação ou transferência;
II. procedência - especificação completa;
III. quantidade;
IV. valor unitário;
V. documentação que deu origem ao fato.

A constatação da existência de bens para avaliação geralmente ocorre nas seguintes situações:

I. por ocasião do levantamento físico dos bens patrimoniais;
II. quando da execução de vistorias e auditorias provocadas pelo Gestor do Patrimônio ou do Almoxarifado;
III. em outras situações em que se identifique a existência de um bem sem documentação específica. Os bens móveis produzidos ou reproduzidos pela Unidade deverão ser

incorporados ao patrimônio mediante apuração de seu valor econômico através do processo de avaliação.

O valor do bem produzido será igual à soma dos custos estimados para matéria prima, mão de obra, desgaste de equipamentos, energia consumida na produção, etc.

21.3.2 Aquisição de Bens e Consumos

O Gestor de Almoxarifado, mediante estatísticas de consumo, elaborará listas de materiais de consumo, de uso comum, visando ao ressuprimento de estoques, para apreciação e aprovação da Direção Administrativa, observados os seguintes critérios

I. consumo médio mensal (c): média aritmética do consumo nos últimos 12 (doze) meses;
II. tempo de aquisição (t): período (em meses) decorrido entre a emissão do
III. Termo de Referência e o recebimento efetivo do material no Almoxarifado;
IV. intervalo de aquisição (i): período (em meses) compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;
V. estoque mínimo e de segurança (Em): é a menor quantidade de material a ser mantida como estoque e capaz de atender ao consumo da Agência por período de demanda normal em resultado de atraso no recebimento ou excesso eventual de consumo;
VI. estoque máximo (EM): maior quantidade de material admissível em estoque, observadas as condições de estocagem, durabilidade (prazo de validade), consumo entre os períodos de aquisição e economicidade;
VII. ponto de pedido (Pp): nível de estoque que, ao ser atingido, determina novo pedido de aquisição, visando ao imediato ressuprimento; e quantidade a ressuprimento (Q): número de unidades administrativas a adquirir para recompor o estoque, suficiente para atendimento das demandas regulares.
VIII. O Estoque mínimo (Em) é aplicável tão somente aos itens indispensáveis aos serviços e é obtido multiplicando-se o consumo médio mensal por uma fração (f) do tempo de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de t a 0,50 de t.

21.3.3 São da competência dos Gestores de Unidades Administrativas

Após levantamento, consolidação, avaliação e análise da quantidade necessária do material de consumo, o Gestor de Almoxarifado enviará sugestão de descrição, quantidade e a unidade de medida dos materiais a serem adquiridos à Direção Administrativa, que, aprovando; encaminhará a solicitação ao Setor de Compras para as providências cabíveis.

Deverá ser utilizada a descrição e código dos materiais já cadastrados na **AHBB|Rede Santa Casa**.

A descrição de materiais de consumo não cadastrados e/ou cadastrados insatisfatoriamente na **AHBB|Rede Santa Casa** deverão ser elaborados através dos métodos:

I. **Descritivo**, que identifica com clareza o item através da enumeração de suas características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando sua perfeita caracterização para a boa orientação do processo licitatório e que deve ser utilizado com absoluta prioridade, sempre que possível;

II. **Referencial**, que identifica indiretamente o item, através do nome do material, aliado ao seu símbolo ou número de referência estabelecido pelo fabricante, não representando necessariamente preferência de marca.

III. Quando se tratar de descrição de material de consumo que exija maiores conhecimentos técnicos, poderão ser juntados ao pedido os elementos necessários (modelos, gráficos, desenhos, prospectos, amostras, entre outros).

IV. Todo pedido de material de consumo deverá ser encaminhado à Direção Administrativa, após verificação de sua inexistência, no Almoxarifado, do material solicitado, similar ou sucedâneo que possa atender às necessidades do usuário.

V. Deve ser evitada a compra volumosa de bens de consumo sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso, também daqueles propensos ao obsoletismo, devendo a Unidade verificar a possibilidade de optar pela entrega futura ou compra parcelada, utilizando-se do mecanismo de Termo de Contrato ou por meio do Sistema de Registro de Preço a fim de não haver descontinuidade na reposição do estoque.

A fim de otimizar o controle do estoque, o Gestor de Almoxarifado deve acompanhar o andamento do processo de aquisição mediante contato com o Setor de Compras Aquisição de Bens Patrimoniais

Os setores realizarão periodicamente levantamento com vistas a identificar a necessidade de substituição ou fornecimento de bens patrimoniais de uso comum, como mesas, estações de trabalho, poltronas, cadeiras, armários, arquivos, estantes e outros. O servidor requisitante deverá indicar, no Termo de Referência, o responsável pelo ateste e a carga dos bens patrimoniais.

21.3.4 ***Do Recebimento dos Bens de Consumo***

São documentos hábeis para o recebimento dos bens pelo Gestor de Almoxarifado:

I. Nota Fiscal e Fatura;

II. Termo de Cessão, Doação ou Permuta;

III. Termo de Transferência;

IV. Guia de Produção Interna.

Quando obtido através de doação, cessão ou permuta, o material será incluído no estoque, à vista do respectivo termo ou processo. O fornecedor poderá solicitar ampliação do prazo para entrega dos bens, mediante aceitação do servidor requisitante.

I. Para o aceite, que deve ser realizado após o recebimento, o requisitante ou Comissão de Conferência de Bens nomeada para tal deverá fazer a conferência física do material, examinar qualitativamente os bens e observar se os dados estão em conformidade com os documentos constantes do processo de compra, se for o caso.

II. Quando o material não corresponder com exatidão (características, modelo, quantidade, marca, entre outros) ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o Gestor do Almoxarifado com auxílio do requisitante, providenciarão junto ao fornecedor a regularização da entrega para efeito de aceitação.

III. O material que apenas depender de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega será recebido e aceito pelo Gestor do Almoxarifado ou por servidor designado para esse fim.

IV. Se o material depender, também, de exame qualitativo, este poderá ser feito por técnico especializado ou por Comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o Gestor do Almoxarifado.

V. Os materiais de consumo adquiridos em grandes quantidades, de tal forma que se torne inviável sua conferência unitária, poderão ser conferidos pelo sistema de amostragem aleatória, a critério do responsável do almoxarifado ou requisitante.

VI. O não-atendimento pelo fornecedor ao chamado para reposição ou correção dos materiais entregues, assim como a desobediência aos prazos, serão comunicados à Direção Administrativa, para as devidas medidas punitivas, previstas nas normas vigentes. Estando os materiais de acordo com as especificações exigidas, o Gestor de Almoxarifado deverá apor carimbo de recebido no verso do documento fiscal apresentado pelo fornecedor, com sua assinatura e identificação, procedendo ao devido atesto.

VII. Nas aquisições até o limite de R$ 8.000,00, o atesto do material deverá ocorrer em até 02 (dois) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado, para valores superiores a este limite o atesto do material deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado.

Após a conferência e o aceite do material, o Gestor de Almoxarifado providenciará o envio da 1ª via da Nota Fiscal, Nota de Empenho, documento comprovando registro na **AHBB|Rede Santa Casa** e outros, à Direção Administrativa para abertura do processo de pagamento.

Os materiais com aceite serão imediatamente incorporados ao estoque e poderão ter seus saldos de entrada lançados nas respectivas Fichas de Prateleira, localizadas nas áreas de estocagem, paralelamente ao lançamento, de acordo com as especificações contidas no processo de aquisição.

No ato de incorporação do material de consumo, deverão ser criteriosamente observadas as descrições e as unidades de medidas já existentes correspondentes ao mesmo tipo de material.

Os materiais incorporados devem ser classificados de maneira padronizada em todas as Unidades Administrativas, ou seja, o código e a descrição atribuídos ao material no processo de compra serão os mesmos utilizados no momento da classificação.

21.3.5 Do Recebimento dos Bens Permanentes

A entrada de todo bem permanente, por aquisição, deverá ocorrer por intermédio do Gestor de Almoxarifado, que lavrará recebimento provisório através de carimbo próprio a ser afixado na via da Nota Fiscal do fornecedor.

O recebimento provisório compreende a entrega ao Gestor de Almoxarifado do bem patrimonial adquirido, não implicando em sua aceitação definitiva, transferindo-se, apenas, a responsabilidade pela guarda e conservação do bem do fornecedor para a **AHBB|Rede Santa Casa**.

Mesmo ocorrendo o recebimento de bens móveis por outras Unidades Administrativas em condições especiais, as providências atinentes ao registro patrimonial, tombamento, distribuição, integralização no Inventário e determinações da carga patrimonial, ficam sob a exclusiva competência do Gestor de Patrimônio.

O Gestor do Patrimônio atribuirá, na **AHBB|Rede Santa Casa**, a carga patrimonial ao servidor conforme indicado no Termo de Referência ou por determinação da Direção Administrativa.

A aceitação compreende a declaração, dada pelo Gestor de Patrimônio, ou do solicitante do material, em nota fiscal ou em outro documento hábil, de haver recebido o bem patrimonial que foi adquirido, tornando-se, neste caso, responsável pela quantidade e perfeita identificação do bem, de acordo com as especificações estabelecidas na Nota de Empenho - NE, no contrato de aquisição ou em outros instrumentos legalmente aceitos.

Ao ingressar na **AHBB|Rede Santa Casa**, o bem patrimonial deve estar acompanhado:

I. no caso de aquisição, da nota fiscal ou fatura correspondente;

II. no caso de recebimento em doação ou cessão, do devido termo ou certificado de doação/cessão ou outro documento compatível, que sirva para o registro na **AHBB|Rede Santa Casa**;

III. no caso de permuta, do termo de permuta ou outro documento que sirva para o registro do bem na **AHBB|Rede Santa Casa**;

IV. no caso da avaliação, do processo de avaliação;

V. no caso de produção interna, a guia de produção.

Após a verificação da qualidade, quantidade e estando os bens patrimoniais de acordo com as especificações exigidas, o recebedor deve apor, no documento fiscal apresentado pelo fornecedor, o carimbo do "atesto o recebimento", garantindo, assim, que o bem foi aceito.

O atesto do material deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado.

I. O atesto na nota fiscal de bens patrimoniais deverá ser necessariamente aposto:

II. pela pessoa legalmente investida na competência de Gestor de Patrimônio; e

III. pelo Fiscal do Contrato, nos casos em que haja designação para tal; ou

IV. pelo(s) servidor(es) do setor que solicitou a aquisição; ou

V. pela comissão instituída com a finalidade para receber bens materiais cujo valor seja superior ao limite estabelecido no art. 23 da Lei nº 8.666, de 1993, para a modalidade de convite.

O atesto será realizado com a utilização de carimbo específico, no verso da Nota Fiscal, com data e assinatura do requisitante ou servidor designado. O atesto deverá conter os dados mínimos que permitam identificar funcionalmente o responsável, tais como assinatura, carimbo, nome completo e número de matrícula na **AHBB|Rede Santa Casa**. No caso de móveis ou equipamentos cujo recebimento implique maior conhecimento técnico do bem, o Gestor de Patrimônio deve solicitar ao setor relacionado ao tipo de material a indicação de servidor habilitado para o respectivo exame técnico e emissão de Laudo Técnico, antes de seu aceite definitivo.

A área técnica ou técnico ou servidor habilitado tem 3 (três) dias úteis, a partir da solicitação, para emitir o laudo técnico correspondente ao material periciado, para atender aos prazos de pagamento ao fornecedor.

O prazo para pagamento da Nota Fiscal/Fatura, devidamente atestada, não deverá ser superior a 5 (cinco) dias úteis, contados da data de sua apresentação, na inexistência de outra regra contratual (IN nº 02/08).

O pagamento a fornecedores, prestadores de serviços, executores de obras ou quaisquer credores será feito com estrita observância à data de vencimento da obrigação.

Em cada uma das Unidades Gestoras deverá haver a indicação de um Gestor de Patrimônio, bem como a instituição de Comissão de Conferência de Bens, com o mínimo de 3 (três) membros, quando necessário. Com a Nota Fiscal devidamente atestada, o Gestor de Patrimônio autuará processo e o encaminhará à Direção Administrativa para pagamento. Antes de encaminhar o processo para pagamento, o Gestor de Patrimônio deverá inserir na Nota Fiscal ou na Nota de Empenho o número do tombamento dos bens para fins de arquivamento digital ou físico.

O Gestor de Patrimônio classificará os bens patrimoniais obedecendo a um sistema numérico, visando facilitar o registro e a movimentação dos bens. Todo o bem patrimonial adquirido será incorporado ao patrimônio do IFPE, devendo ser registrado no SIAFI pelo valor constante da nota fiscal, ou pelo valor da avaliação, de acordo com a classificação a que se vincula no Plano de Contas da Administração Pública Federal, e, obrigatoriamente, registrado na **AHBB|Rede Santa Casa**, por meio do qual será feito o seu acompanhamento. Deverão conter registros analíticos de todos os bens de caráter permanente, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização e identificação de cada um deles e dos agentes responsáveis pela sua guarda e administração.

O registro patrimonial compreende o cadastramento das características do bem patrimonial na **AHBB|Rede Santa Casa**, tais como: tipo, especificações, n° de tombamento, valor de aquisição, fornecedor, número documento de entrada, dentre outros. Para efeito de identificação e inventario, os bens móveis receberão números próprios de registro patrimonial. O registro patrimonial deverá ser expresso mediante etiquetas adesivas resistentes que garantam a eficiência e a durabilidade da expressão do registro.

A identificação do material deverá ser afixada, em lugar visível, preferencialmente em local que não atrapalhe a sua utilização, por exemplo:

I. mesas: tampo frontal, lado direito;
II. cadeiras: coluna dos pés;
III. armário: parte frontal superior;
IV. máquinas: parte lateral esquerda;
V. veículos: ao lado da plaqueta de numeração do chassi
VI. computador: parte lateral esquerda da CPU;
VII. software: certificado do sistema/programa de informática.

O número patrimonial é único e sequencial para todas as Unidades Gestoras da **AHBB|Rede Santa Casa**. Quando não for possível a utilização de etiquetas próprias para a fixação do número de registro patrimonial (tombamento), deverá recorrer a outros processos (pincel permanente, carimbo ou outro meio idôneo), desde que os números sejam gravados de forma indelével.

21.3.6 Do Fornecimento, Transferência e Movimentação de Material. Fornecimento de Material de Consumo

O fornecimento de material de consumo se dará por Requisição, que será elaborada via **AHBB|Rede Santa Casa**, sendo dever do servidor requisitante do material retirá-lo no Setor de Almoxarifado no primeiro dia útil seguinte da data da requisição.

É de responsabilidade do requisitante a retirada do material no almoxarifado. Excepcionalmente, serão atendidas solicitações em caráter de urgência, que deverão ser encaminhadas ao Gestor de Almoxarifado com justificativas.

Caso as solicitações em caráter de urgência sejam autorizadas e tratando-se de bem existente em estoque, o requisitante deverá proceder à retirada do material de consumo no Setor de Almoxarifado.

Cabe ao responsável pela Unidade Administrativa, via **AHBB|Rede Santa Casa**, emitir a Requisição de Material de Consumo - RMC.

A chefia imediata poderá designar colaboradores, por memorando encaminhado ao Setor de Tecnologia da Informação, para realizar as devidas requisições de materiais. Quando a Requisição de Material de Consumo - RMC contiver quantidade de material fora dos padrões normais de consumo, deverá ser apresentada justificativa.

Sempre que evidenciar aumento expressivo no consumo ou indício de irregularidade nos pedidos, o Gestor de Almoxarifado deverá comunicar à Direção Administrativa.

As Requisições de Material de Consumo deverão ser controladas numericamente e conter as seguintes informações: nome e sigla da unidade solicitante; nome completo do servidor requisitante; nome completo do servidor recebedor; assinatura do servidor requisitante ou recebedor; o código, descrição, unidade de medida e quantidade e valor do material solicitado.

O Gestor de Almoxarifado providenciará a separação dos materiais de consumo em conformidade com a RMC e os disponibilizará para que o requisitante ou funcionário devidamente autorizado faça a conferência das quantidades, qualidade e demais especificações e ateste o recebimento do material.

É vedado rasurar a Requisição de Material de Consumo - RMC.

É vedada a estocagem de materiais de consumo pelas Unidades Administrativas em quantidade superior à necessidade mensal de cada Unidade.

A necessidade mensal será apurada a partir do histórico de consumo de cada Unidade, podendo ser adaptada para mais ou para menos em decorrência de fatos específicos que fujam à rotina da Unidade em determinado mês.

No caso de materiais que, por motivos pertinentes, sejam requisitados em intervalos distintos do mensal, mantém-se a lógica do caput deste artigo (a requisição deverá suprir a necessidade do material de consumo até que novo pedido mensal seja realizado e entregue).

Os materiais que apresentarem defeito devem ser trocados junto ao Gestor de Almoxarifado, que adotará medidas junto ao fornecedor para a substituição. As Unidades deverão planejar seu consumo e o armazenamento dos materiais para que não haja sobras e desperdícios.

21.3.7 Da Transferência de Material de Consumo

Todo material de consumo enviado de uma Unidade a outra deverá ser remetido via Termo de Transferência, para que possa ser recebido via SIAFI e, consequentemente, incorporado ao estoque e ao saldo financeiro da conta de almoxarifado da Unidade recebedora.

Nas remessas de material para outras Unidades Administrativas, o setor remetente deverá atentar para o seguinte:

I. acondicionamento adequado do material, de acordo com o seu grau de fragilidade ou perecibilidade;
II. detalhamento dos dados do destinatário, tais como nome, endereço, CEP, dentre outros, de forma a facilitar o desembaraço da mercadoria.

O Termo de Transferência, além de outros dados informativos julgados necessários, deverá conter:

I. origem do material: código e nome da Unidade;
II. destino do material: código e nome da Unidade;
III. código do material;
IV. descrição do material;
V. quantidade;
VI. unidade de medida;
VII. preços (unitário e total);
VIII. classificação contábil do material.

21.3.8 Do Fornecimento de Bem Permanente

É expressamente vedada a distribuição do bem patrimonial adquirido, bem como daquele recebido em doação, permuta, cessão ou comodato, antes de ser devidamente incorporado ao patrimônio do Instituto (tombado).

Nenhum bem patrimonial poderá ser distribuído à Unidade ou Unidade solicitante sem a respectiva carga, que se efetiva com a assinatura do usuário no correspondente Termo de Transferência ou no Termo de Recebimento.

Não será permitido o estoque de bem permanente no Almoxarifado, exceto durante processo administrativo de incorporação ao patrimônio da **AHBB|Rede Santa Casa**.

O bem permanente adquirido será imediatamente entregue ao requisitante, após procedimentos de incorporação patrimonial. A devolução de bem patrimonial ao Gestor de Patrimônio deverá ser feita formalmente e implicará em total renúncia à guarda do mesmo, não tendo o ex-detentor da carga patrimonial mais direitos ou responsabilidades sobre o material tombado a partir do seu recolhimento.

O Gestor de Patrimônio deverá emitir o Termo de Descarga, em duas vias, encaminhando uma via para o ex-detentor da carga patrimonial do bem devolvido. O fornecimento de bem permanente será solicitado ao Gestor de Patrimônio pelas Unidades interessadas.

Se houver bem disponível, o Gestor de Patrimônio providenciará a entrega mediante as assinaturas do Termo de Recebimento, em 2 (duas) vias cada ou, caso contrário, comunicará ao solicitante por e-mail.

Na solicitação de materiais devem constar os seguintes elementos:

I. especificação detalhada do material, podendo incluir comparações com materiais em uso, gráficos, desenhos, prospectos, amostras, fotos, dentre outros;
II. quantidade e unidade de medida para fornecimento;
III. indicação do responsável, matrícula, sala e ramal.

A requisição de qualquer equipamento de informática fica sujeita à prévia aprovação do Setor de Informática, Tecnologia da Informação ou equivalente. Considera-se distribuído o bem patrimonial entregue pelo Gestor de Patrimônio à Unidade requisitante, para uso por tempo indeterminado.

21.3.9 A transferência de bem permanente

A transferência de bem permanente será solicitada pela Unidade interessada à Unidade cedente. Após a aprovação da Unidade cedente, o Gestor de Patrimônio da Unidade Requisitante

providenciará solicitação através da **AHBB|Rede Santa Casa** e a Unidade Cedente providenciará a emissão do Termo de Transferência.

O Termo de Transferência emitido em duas vias será encaminhado à Unidade de destino para assinatura e devolução de uma via. O processo de transferência de bens patrimoniais entre Unidades será autuado obrigatoriamente com os seguintes documentos:

I. documento que deu origem a transferência;
II. Termo de Transferência;
III. cópia de Nota Fiscal;
IV. cópia da Nota de Empenho.

Os bens patrimoniais transferidos entre Unidades serão incorporados ao acervo patrimonial da destinatária a partir da data do recebimento. A Unidade cedente efetuará Transferência Financeira, em favor da Unidade beneficiada, efetuará o "recebido" no prazo máximo de 3 (três) dias úteis após o recebimento da via do Termo de Transferência.

Após o recebimento do Termo de Transferência, devidamente assinado, a Unidade cedente efetuará a baixa em seus controles e encaminhará os documentos necessários para os registros contábeis.

21.3.10 Da Movimentação de Bem Permanente

É vedada a movimentação de bem permanente, na mudança física de setores, nas entradas ou saídas de bens patrimoniais, sem o devido conhecimento e autorização do Gestor de Patrimônio.

Para as movimentações definitivas de bem permanente, o detentor da carga patrimonial deverá comunicar o Gestor de Patrimônio, via memorando. As movimentações realizadas sem a observância do procedimento, constante no caput deste artigo, estão sujeitas à aplicação de advertência ao colaborador que deu causa, podendo ser responsabilizado em caso de reincidência de tal prática, desaparecimento ou avaria de bens.

A movimentação temporária verifica-se nas seguintes situações:

I. envio do bem para manutenção ou reparo fora das dependências da **AHBB|Rede Santa Casa**;
II. utilização a serviço fora das dependências da **AHBB|Rede Santa Casa**
III. viagem a serviço;
IV. recolhimento para alienação;
V. empréstimo.

É vedada a movimentação temporária de bem patrimonial para uso que não se destine exclusivamente às atividades vinculadas aos objetivos organizacionais da **AHBB|Rede Santa Casa**. Para as movimentações temporárias de bem permanente, são utilizados os termos de cautela. A emissão do Termo de Cautela é atribuição do Setor de Patrimônio e será emitida em 3 (três) vias, destinando-se a:

I. 1ª. (primeira) via ao pessoal da segurança ou vigilância
II. 2ª. (segunda) via ao portador do material retirado;
III. 3ª. (terceira) via ao Gestor do Patrimônio.

Compete ao detentor da carga patrimonial o recebimento e baixa da cautela do bem patrimonial movimentado, tanto na retirada como no retorno às dependências da **AHBB|Rede Santa Casa**, solicitando vistoria da área técnica, em especial quanto ao perfeito funcionamento do bem, nos casos que julgar necessário, assim como informar novo prazo de retorno do bem.

21.3.11 Da Armazenagem

A armazenagem compreende a guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, a fim de suprir adequadamente as necessidades operacionais das unidades administrativas integrantes da estrutura da **AHBB|Rede Santa Casa**. O material será considerado em estoque após o cumprimento das formalidades de recebimento e aceitação. O acesso às dependências onde estão armazenados os materiais é restrito aos funcionários lotados no setor e, em casos especiais, às pessoas devidamente autorizadas pela Direção Administrativa.

Os principais cuidados na armazenagem, dentre outros são:

I. os materiais devem ser resguardados contra o furto ou roubo, e protegidos contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;
II. os materiais estocados a mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar, de acordo com o método primeiro a entrar, primeiro a sair, com a finalidade de evitar o envelhecimento do estoque;
III. os materiais devem ser estocados de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;
IV. os materiais que possuem grande movimentação devem ser estocados em lugar de fácil acesso e próximo das áreas de expedição;
V. o material que possui pequena movimentação deve ser estocado na parte mais afastada das áreas de expedição;
VI. os materiais jamais devem ser estocados em contato direto com o piso, sendo necessário utilizar corretamente os acessórios de estocagem para protegê-los;

VII. a arrumação dos materiais não deve prejudicar o acesso às partes de emergência, aos extintores de incêndio ou à circulação de pessoal especializado para combater o incêndio (Corpo de Bombeiros);

VIII. os materiais da mesma classe devem ser concentrados em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;

IX. os materiais pesados e/ou volumosos devem ser estocados nas partes inferiores das estantes e porta-estrados, eliminando-se os riscos de acidentes ou avarias e facilitando a movimentação;

X. os materiais devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado ou por ocasião da utilização;

XI. a arrumação dos materiais deve ser feita de modo a manter voltada para o lado de acesso ao local de armazenagem a face da embalagem (ou etiqueta) contendo a marcação do item, permitindo a fácil e rápida leitura de identificação e das demais informações registradas;

XII. quando o material tiver que ser empilhado, deve-se atentar para a segurança e altura das pilhas, de modo a não afetar sua qualidade pelo efeito da pressão decorrente e pela falta de arejamento. O Gestor de Almoxarifado deverá utilizar, para cada item do estoque, uma Ficha de Prateleira, a fim de possibilitar seu controle.

Os bens móveis, de um modo geral, não são materiais estocáveis, devendo ser adquiridos em número e tipo exatos às necessidades identificadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, por motivos de economicidade e boas práticas administrativas. Os materiais permanentes classificados como ociosos, antieconômicos e inservíveis poderão ficar temporariamente guardados em depósitos, até que sejam recuperados e reconduzidos à condição de bens em uso, quando for o caso, redistribuídos, cedidos ou alienados, na forma da legislação em vigor.

21.3.12 <u>Dos Relatórios</u>

Como resultado do controle de estoque, o Gestor de Almoxarifado e o Gestor de Patrimônio apresentarão, mensalmente, ao Setor Contábil, até o terceiro dia útil, respectivamente, o Relatório de Movimentação de Materiais no Almoxarifado - RMA e o Relatório de Movimentação de Bens Móveis - RMB.

Sempre que possível, e por amostragem, o Gestor de Almoxarifado deverá realizar contagem mensal do estoque e emitir e arquivar relatório analítico contendo código, descrição, unidade de medida, quantidade, valores unitários, valores totais, valores totais por contas e as movimentações de entrada e saída dos itens estocados.

Os Gestores de Patrimônio que tenham valores patrimoniais contabilizados em suas contas, ou seja, que movimentam a "conta patrimônio", deverão enviar mensalmente ao Setor Contábil, até o quinto dia útil do mês subsequente ao do movimento, o Relatório de Movimentação de Bens Móveis - RMB.

O Relatório de Movimentação de Bens Móveis - RMB deverá demonstrar sinteticamente as entradas e saídas, devidamente registradas, de bens móveis do acervo do órgão durante o mês. A **AHBB|Rede Santa Casa** apresentará seus Relatórios de Movimentação de Bens Móveis - RMB por meio de relatórios. Do Registro de Bens Imóveis

Caso não existam colaboradores tecnicamente capacitados para avaliar os bens imóveis, o Gestor do Patrimônio, em tempo hábil, deverá requisitar abertura de processo de contratação.

21.3.13 Dos relatórios

Do Inventário

Do registro e atualização dos bens imóveis

O inventário dos Bens deverá ser instruído por meio de protocolo administrativo, será realizado anualmente ou em condições especiais para a consecução dos seguintes objetivos:

I. verificar a existência física dos bens;
II. manter atualizados os registros e controles administrativos e contábeis;
III. confirmar a responsabilidade dos agentes responsáveis pelo bem permanente sob a respectiva guarda;
IV. permitir a listagem atualizada dos bens;
V. fornecer subsídios aos órgãos fiscalizadores;
VI. levantar a situação dos materiais estocados, levando em conta o saneamento dos estoques;
VII. levantar a situação dos equipamentos e materiais permanentes em uso e da necessidade de reparos e manutenção;
VIII. constatar a necessidade de bens móveis nas unidades administrativas;
IX. analisar o desempenho do Gestor.

Para a perfeita caracterização do material, o inventário deverá conter:

I. código ou número de registro;
II. descrição padronizada;
III. unidade de medida;
IV. quantidade;
V. valor unitário (preço de aquisição, custo de produção, valor arbitrado ou preço de avaliação);
VI. valor total;

VII. classificação contábil;

VIII. estado (bom, ocioso, recuperável, irrecuperável ou antieconômico);

IX. outros elementos julgados necessários.

O inventário físico será:

I. anual, quando destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada Unidade, existente em 31 de dezembro de cada exercício, constituído do inventário (saldo) anterior e das variações patrimoniais ocorridas durante o exercício;

II. inicial, quando realizado no momento da troca de Gestão, para identificação e registro dos bens colocados sob sua responsabilidade;

III. de transferência de responsabilidade, quando realizado no momento de alteração de Detentor de Carga Patrimonial ou usuário;

IV. de extinção ou transformação, quando realizado no momento da extinção ou transformação de uma Unidade; e

V. eventual, quando realizado em qualquer época por iniciativa da pessoa legalmente investida na competência de Gestor de Patrimônio do IFPE, por determinação da Direção Administrativa, por exigência dos órgãos fiscalizadores. Durante a realização do inventário físico, fica vedada toda e qualquer movimentação de bens no âmbito interno do Instituto, exceto mediante autorização específica da Comissão de Inventário.

21.3.14 Depreciação, Amortização e Exaustão e da Mensuração de Valor dos Bens Patrimoniais.

A depreciação, amortização ou exaustão serão registradas na **AHBB|Rede Santa Casa,** bem a bem, de cada Unidade, em consonância com o estabelecido no Manual. Cada Unidade manterá em arquivo para consulta o Relatório Mensal Operacional de Valoração de Ativo, enviando junto com o RMB, em até 3 (três) dias úteis do mês subsequente o Relatório Mensal de Registro de Valoração de Ativo, para o Setor Contábil.

As Reavaliações e Redução a valor recuperável seguirão o estabelecido pelo Manual sendo que as Comissões enviarão cópia dos relatórios ao Setor Contábil que efetuará os registros necessários.

Baixa Patrimonial Quando for necessário, o Gestor de Patrimônio efetuará levantamento dos bens passíveis de desfazimento, assim considerados aqueles classificados como ociosos, recuperáveis, antieconômicos ou irrecuperáveis. O desfazimento de bens móveis pode ocorrer:

I. por transferência, entre as Unidades Gestoras da **AHBB|Rede Santa Casa**;

II. por cessão, que se caracteriza quando a **AHBB|Rede Santa Casa** transfere, de forma gratuita, a posse de um determinado bem, com troca de responsabilidade, mediante a emissão do Termo de Cessão;

III. por abandono ou inutilização.

A baixa de um bem patrimonial só poderá ocorrer após a conclusão de todas as etapas do processo que lhe deu origem.

21.3.15 Da responsabilidade sobre os bens patrimoniais

A guarda do bem patrimonial de uso individual distribuído à Unidade ficará sob a responsabilidade do Detentor de Carga Patrimonial, efetivo usuário do bem, desde que seja colaborador lotado na mesma Unidade, por meio do correspondente Termo de Recebimento ou Termo de Responsabilidade. A emissão do Termo de Recebimento, Termo de Responsabilidade ou Termo de Transferência é de responsabilidade do Gestor de Patrimônio, devendo o servidor assinar o Termo no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após o recebimento do bem, tempo hábil para conferência dos bens.

No caso de mudanças ou obras de reforma nas dependências da Unidade, deve o Detentor de Carga Patrimonial ou o usuário, quando delegado, efetivar comunicação formal ao Gestor de Patrimônio, que adotará as providências necessárias quanto a qualquer movimentação de bem permanente.

A guarda do bem patrimonial de pequeno porte e de uso pessoal é de responsabilidade do Detentor de carga patrimonial, ou do usuário formalmente investido de carga por ele.

O Setor de Gestão de Pessoas, deverá comunicar à Direção Administrativa o início do processo de desligamento do colaborador, a fim de que seja providenciada a conferência e transferência de responsabilidade dos bens patrimoniais.

As irregularidades podem ocorrer por desaparecimento, quando do extravio do bem ou de seus componentes; avaria, quando houver dano parcial ou total do bem ou de seus componentes, não decorrente de seu uso normal; mau uso, quando utilizados os equipamentos e materiais de forma inadequada.

Compete ao Detentor de Carga Patrimonial ou ao usuário qualificado pôr Termo de Responsabilidade comunicar, imediatamente, ao Gestor de Patrimônio qualquer irregularidade ocorrida com os bens patrimoniais entregues aos seus cuidados ou sob sua guarda.

21.4 Engenharia Clínica

Todas as atividades cujo resultado visa manter o adequado funcionamento de todos os equipamentos médicos da Unidade de Saúde, atendendo aos índices de disponibilidade para uso, previsto no Plano de Equipamentos, sem exposição ao paciente e/ou seu acompanhante a riscos gerados pelo equipamento e seu mecanismo de funcionamento.

Suas atividades principais são: gerenciamento dos equipamentos médicos assistenciais, manutenção, conservação e/ou recuperação dos equipamentos médicos, visando à segurança dos pacientes.

A manutenção pode ser definida, basicamente, como:

- **Manutenção Preventiva**: ocorre com planejamento, com objetivo claro e especifico de manter o equipamento em bom estado de funcionado e calibração, evitando falhas e danos;
- **Manutenção Preditiva**: consiste em prevenir falhas nos equipamentos através da checagem de diversos parâmetros, visando a operação do equipamento sistema pelo maior tempo possível initerruptamente;
- **Manutenção Corretiva**: ocorre sem planejamento e exige imediata intervenção da equipe para que o equipamento retome imediatamente sua operação ou para a substituição do mesmo quando demandar defeito com longo tempo para conserto;
- **Calibração**: conjunto de operações sob condições específicas comparando a relação entre valores indicados por instrumentos previamente calibrados garantindo a veracidade dos parâmetros através de rastreabilidade.

O setor de engenharia cínica, portanto, deve contar com uma rígida rotina de verificação de todos os equipamentos, planejamento das manutenções para garantia da indisponibilidade dos ativos, além de possuir uma equipe treinada para realizar rapidamente o suporte aos atendimentos necessários;

21.4.1 Apresentar Mensalmente:

- Quantitativo de Ordens de Serviço Corretivas e Preventivas no período;
- Gráfico de Tendência indicando o percentual de manutenções preventivas realizadas X planejadas, com análise de resultados;
- Gráfico de Tendência indicando o percentual de manutenções corretivas realizadas X solicitadas, com análise de resultados;
- Quantitativo de manutenções preventivas realizadas em comparação com as programadas;
- Pendências, as razões de sua existência e as que dependam de solução por parte do

- Indicação dos custos dos serviços realizados;
- Andamento do Programa de Manutenção Preventiva;
- Outras considerações pertinentes aos serviços executados, incluindo falta de energia;
- Atividades gerenciais realizadas ou programadas;
- Problemas operacionais para realizar as atividades do Contrato;
- Apresentação de dados referentes aos indicadores de monitoramento do processo,
- definidos e no padrão estabelecido pelo contratante e racional requisitado pela equipe assistencial;

21.4.2 <u>Anualmente</u>:

Relatório detalhado sobre a situação da Engenharia Clinica no contratante, detalhando as informações quantitativas e qualitativas relativas às manutenções preventivas, corretivas e calibrações, bem como, custo envolvendo manutenções e calibrações e qualquer outro aspecto que o contratante considere pertinente ou necessário.

A empresa deverá atender aos requisitos técnicos mínimos:

- Certidão de Regularidade do licitante perante o Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura (CREA) válida;
- Mínimo de 01 (um) Atestado de capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, devidamente registrado(s) no CREA, que comprove que a empresa executou serviços e está apta para o desempenho de atividades pertinentes e compatíveis em características e quantitativos com o objeto licitado cujas parcelas de maior relevância técnica são: Engenharia Clínica - equipamentos médico-Unidade de Saúde ares;
- Designação e controle de Responsável Técnico registrado no CREA, por execução de serviço, para empresa privada ou para órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal;

Nota: relevância técnica são: O (s) nome(s) do(s) profissional(is) designado(s) responsável(is) técnico(s) deve(m) constar obrigatoriamente da certidão de registro perante o CREA. Em se tratando de prestador de serviço apresentar o seu registro atualizado perante o CREA, se for o caso;

- Declaração formal assinada pelo representante legal, sob as penalidades da lei, de que tem pleno conhecimento das condições e peculiaridades inerentes à natureza dos trabalhos, assumindo total responsabilidade por esse fato e informando que não o utilizaria para quaisquer questionamentos futuros que ensejassem avenças técnicas ou financeiras;

- A empresa deverá alocar nas dependências do Unidade de Saúde, para a realização dos serviços especializados em tela com atendimento imediato, a seguinte equipe técnica mínima, preferencialmente em horário comercial: - 01 (um) Gerente com nível superior e certificado de pós-graduação em engenharia clínica, com registro no CREA, com experiência mínima em engenharia clínica de 02 (dois) anos comprovados em carteira de trabalho;
- Em caso de necessidade do serviço fora do horário comercial, o Gerente deve comparecer a Unidade de Saúde quando solicitado pela direção da Unidade ou quando a equipe técnica não consiga atender a demanda. - 01 (um) Técnico com registro no CREA, com experiência mínima de 01(um) ano em manutenção de equipamentos médico-Unidade de Saúde comprovado em carteira profissional ou contrato de trabalho;

A qualificação dos Técnicos deverá seguir a seguinte distribuição:

- 1 (um) Técnico em eletrotécnica ou similar. Apresentar o registro profissional no CREA e comprovada experiência mínima em manutenção de equipamentos da Unidade de Saúde ares;
- Deverá possuir um(a) auxiliar administrativa para gerenciamento dos chamados via telefone e sistema de gestão.

A **AHBB|Rede Santa Casa** será responsável pela execução dos serviços corretivos de baixa e média complexidade, que são caracterizados por não exigirem conhecimento do projeto de fabricação do equipamento, não exigir conhecimento ou mão-de-obra especializada de fábrica e somente exigirem a substituição de peças/acessórios disponíveis ou que possam ser encontrados no mercado.

Sobre o conceito de serviços de alta complexidade subentende-se: serviços em endoscópios, artroscopias, equipamentos de imagem, bombas de infusão, equipamentos de uso invasivo, de manutenção a vida ou que traga risco direto a vida do paciente, cabendo apenas o gerenciamento desse serviço, quando for o caso de outros contratos existentes de outras empresas.

Sobre o conceito de peças subentende-se: placas de circuito, componentes eletrônicos e eletromecânicos, rolamentos, teclados, comandos, display, válvulas, orings, resistências, etc, não sendo inclusos em contrato.

Cabe a **AHBB|Rede Santa Casa** a responsabilidade de reposição inclui os itens consumíveis, acessórios e kits preventivos : soquetes, lâmpadas, filtros, pilhas e baterias, parabisturis elétricos (carro de transporte, placa de retorno, pedal, canetas, cabos e pinças), para autoclaves (guarnição e válvulas), para blenders (mangueiras de ar e oxigênio), para monitor multiparamétricos (cabos de paciente, transdutores e braçadeiras de PNI), para capnógrafos (sensores de EtCO2), para eletrocardiógrafos

(cabos de paciente, eletrodos e clips), para oxímetro (sensor de SpO2), para respiradores (sensores e membranas), para sistemas ergométricos (cabos de ECG), para tensiômetros (braçadeiras, válvulas e peras) e todos os KITS preventivos essenciais para as manutenções programadas.

A **AHBB|Rede Santa Casa** irá apresentar a **SMS/Almirante Tamandaré**, mensalmente, uma planilha com quantitativo para os consumíveis e acessórios exclusos, necessários ao bom funcionamento dos equipamentos.

21.4.3 Atribuições

São atribuições da Engenharia Clinica:

- Fornecer toda a mão de obra necessária para operação do setor, bem como todos os materiais e equipamentos (inclusos Equipamentos de Proteção individuais e Coletivos) que contemplem a prestação de serviços de engenharia clínica;
- Assegurar a contratação de profissionais devidamente capacitados para desempenho das devidas funções;
- Gerenciar as empresas terceiras caso necessário, conforme solicitação da unidade de Saúde, os equipamentos padrões de teste, com calibração válida e rastreáveis à RBC, necessários para realizar manutenções, validações ou calibrações, conforme lista abaixo:
  - ✓ Analisador de fluxo digital (realizar calibrações e verificar o funcionamento de ventiladores pulmonares e aparelhos de anestesia);
  - ✓ Analisador de pressão digital (realizar calibrações em tensiôme trosaneróides);
  - ✓ Analisador de pressão não invasiva – PNI (realizar calibrações e verificar o funcionamento de monitores multiparamétricos);
  - ✓ Analisador de pressão invasiva – PI (realizar calibrações e verificar o funcionamento de monitores multiparamétricos);
  - ✓ Analisador de débito cardíaco (realizar calibrações e verificar o funcionamento de monitores multiparamétricos);
  - ✓ Simulador de bisturi elétrico digital (realizar calibrações e verificar o funcionamento de bisturis elétricos);
  - ✓ Simulador de desfibrilador e cardioversor digital (realizar calibração e verificar o funcionamento de desfibriladores e cardioversores);
  - ✓ Simulador de oximetria (realizar testes de funcionamento e calibração de oxímetros de pulso);
  - ✓ Simulador de ECG (realizar testes de funcionamento e calibração em monitores cardíacos e eletrocardiogramas);

- ✓ Termohigrômetro digital (realizar medições de umidade relativa em ambientes diversos, incluindo câmeras de refrigeração);
- ✓ Termômetro digital (realizar calibração em estufas, berços aquecidos, incubadoras e banhos maria);
- ✓ Paquímetro (realizar medições de precisão); , Tacômetro (calibrar centrífugas laboratoriais);
- ✓ Analisador de segurança elétrica;
- ✓ Validador térmico (validação de autoclaves);
- ✓ Calibrador de pressão (calibração de válvulas, bombas de vácuo).

- Garantir treinamento periódico para toda a equipe de engenharia clínica, para garantir a adequação da equipe as novas tecnologias presentes no mercado, novos instrumentos e novos procedimentos de manutenção;
- Possuir um Plano de Manutenção Preventiva, Corretiva e Calibração contendo todas as ações corretivas, preventivas, rotinas, metodologia de aplicação de recursos, capacidade técnica e deverá colocar, ao final de cada procedimento, etiquetas em todos os equipamentos submetidos à manutenção, contendo, obrigatoriamente, a data de realização da preventiva e a data da próxima preventiva incluído no organograma contendo a estruturação da equipe, periodicidade de ações de manutenção, medição de resultados, entre outros quesitos de relevância para a prestação deste serviço baseadas nas boas práticas de gerenciamento em equipamentos médico-Unidade de Saúde ar, em conformidade com a RDC 02 e a NBR 15943, através das quais são seguidos os seguintes padrões:

21.4.4 IT – Instrução de trabalho

MSQ – Manual da qualidade: tecnologia Unidade de Saúde

- Responsabilizar-se tecnicamente pela gestão de manutenção dos equipamentos do parque tecnológico compreendido pelo Unidade de Saúde;
- As Inspeções Periódicas compreendem a verificação da normalidade de funcionamento do equipamento, se está corretamente instalado e regulado para uso, por meio do uso e aplicação de uma lista de checagem (checklist), devidamente documentada, buscando identificar irregularidades no funcionamento dos equipamentos;
- Disponibilizar sistema informatizado de gerenciamento de manutenção com módulo de abertura de ordens de serviço pelo usuário e geração de histórico de manutenção de equipamentos; Em caso de retirada de equipamento ou manutenção programada, deve-se

avisar com antecedência o setor de agendamento da Unidade de Saúde para que todos os exames e/ou procedimentos por ventura agendados para que aqueles equipamentos sejam remanejados e reagendados com antecedência;

- Disponibilizar metodologia adequada ao sistema de gerenciamento a ser incorporado pela Instituição, com maior precisão dos relatórios administrativos, elaboração de indicadores desempenho, gerenciamento de chamados e ordens de serviço e custos junto das ferramentas de TI existentes e futuras, como as plataformas e linguagens de comunicação, definindo a aplicação mais adequada como por exemplo à utilização do PDA como equipamento para preenchimento e transição dos dados para armazenar, organizar, sincronizar e transferir informações entre os diversos dispositivos (PDA, PC e Servidor de Dados).
- Desenvolvimento de um sistema de apoio ao gerenciamento de equipamento eletromédicos;
- Utilização de metodologias de TI, contribuindo para a melhora da captação e processamento de dados em sistemas informações;
- Utilização de comunicação sem fios como forma de transferência de dados;
- Armazenamento dos dados com interface adequada;
- Gerenciamento de Certificação e normalização – voltadas tanto para o enfoque nos equipamentos quanto em aspectos do exercício profissional;
- Orçamentos e finanças – geralmente discutindo alternativas de composição de centros de custos, vantagens e desvantagens de contratos de serviços terceirizados, bem como o desafio de justificar investimentos realizados em serviços de Engenharia Clínica;
- Sistemas de informação – envolvendo a definição dos fluxos de comunicação necessários ao processo de delineamento, construção (ou a aquisição) de subsistemas de informação computadorizados, especificidades do processo e resultados obtidos com a implementação destes subsistemas, dentre outros;
- Interação com departamentos clínicos – destacando as contribuições desta área de pesquisa e sua elevada característica interdisciplinar;
- Gerenciamento da manutenção – comparações entre arranjos de serviços, envolvimento de manutenção, utilização de indicadores para quantificar as atividades desenvolvidas, comparações entre diferentes instituições;

- Auxiliar as equipes e seus resultados – discutindo aspectos internos à engenharia clínica, relativos à interação com projetos;
- Medições de produtividade e desempenho – focando a discussão na geração, armazenamento e processamento de dados que permitam a composição de indicadores quantitativos para medição de produtividade e desempenho tanto da engenharia clínica Unidade de Saúde ar quanto dos profissionais que a compõem;
- Melhoria da qualidade – investigando a utilização das diferentes abordagens da qualidade e suas contribuições;
- Desempenho de dispositivos de segurança dentro das normas – dedicando-se à análise específica de características construtivas e operacionais de equipamentos
- Treinamento de usuários de equipamentos – alternativas de métodos e conteúdos para o treinamento de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros usuários;
- Fornecer equipamentos em número adequado para uso coletivo e individual, assim como equipamentos de proteção coletiva e individual e demais materiais que sejam necessários para a perfeita realização dos serviços e manter todo o parque destes equipamentos e material em perfeita condição de uso e operação;
- Fornecer equipamentos de teste e calibração de equipamentos eletromédicos para auxiliar nas manutenções realizadas pelo setor de engenharia clinica bem como realizar calibrações conforme o plano de manutenção compreendido no Unidade de Saúde;
- Elaborar Plano de Educação Continuada para operadores a fim de garantir uma eficiente utilização dos equipamentos, através de orientação dos funcionários da Unidade de Saúde sobre correto manuseio e operação de cada um dos equipamentos da Unidade de Saúde;
- Elaborar e atualizar anualmente Plano Diretor de investimentos e Atualização Tecnológica a fim de garantir as práticas de depreciação, reinvestimento e upgrade dos equipamentos;
- Elaborar relatório periódico de avaliação do parque tecnológico constando de informações sobre manutenção e custos;
- Desenvolver indicadores de desempenho dos equipamentos e de qualidade dos serviços prestados;
- Registrar por escrito todos os materiais e equipamentos fornecidos aos funcionários;
- Controlar a assiduidade de seus funcionários, assim como o atendimento ao regime de horas estipulado para cada um através de escala de trabalho a ser desenvolvida;

- Apresentar, quando solicitado, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional PCMSO e de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA, contendo, no mínimo, os itens constantes das normas regulamentadoras n° 7 e 9, respectivamente, da Portaria n°3.214, de oito de junho de 1978, do Ministério do Trabalho e Previdência Social e premissa que todos os funcionários prestadores de serviços sejam participantes da Brigada de Incêndio da Unidade de Saúde.

A Unidade de Saúde devera obrigatoriamente manter sob sua detenção todos os manuais técnicos e do usuário dos equipamentos da Unidade de Saúde, assim como o registro atualizado do equipamento na Agência de Vigilância Sanitária -Anvisa, planos, descritivos, plantas, instalações e todos os documentos referentes aos equipamentos nos quais realizara a manutenção.

Todos os equipamentos Unidade de Saúde ares e mobiliários assistenciais serão submetidos a equipe de engenharia clínica, entretanto, todo e qualquer ativo existente na Unidade de Saúde deverá ser inventariado com TAG identificador que permita sua fácil localização/identificação.

Além do seu código representativo, o inventário dever é contemplar todas as informações possíveis do produto, possibilitando o preenchimento de uma ficha técnica do equipamento, que posteriormente proporcionara a existência do histórico de falhas, consertos, trocas de peças, meia vida, e outros dados de relevância para caracterização do parque tecnológico da Unidade de Saúde.

Ainda para cada equipamento individualizado ou grupo de equipamentos (quando aplicável) deverão ser identificados a facilmente localizados os seguintes dados de cada ativo:

- Plano de manutenção preventiva;
- Plano de manutenção preditiva;
- Plano de calibração, indicando a periodicidade e as parâmetros de calibração segundo a indicação do fabricante;
- Plano de garantia do equipamento contendo claramente tudo o que pode ou não ser incluso nos serviços do fornecedor;
- Plano de distribuição do equipamento na unidade de saúde com registros de usuários (enfermeira, médico, auxiliar entre outros);
- Descritivo técnico de cada enquanto contendo suas características configurações;
- Custo de aquisição do equipamento com a data base da compra;
- Estimativa de diminuição da meia vida;
- Previsão de substituição do equipamento;

- Histórico de manutenção do equipamento, possibilitando comparação da depreciação normal versus a depreciação projetada para o equipamento;
- Dispor de Software próprio, que permite o Gerenciamento de Engenharia Clínica, e todos os aspectos relativos ao Ciclo de Vida do Parque Tecnológico de sua Instituição;
- Capacidade de integração com os mais diversos sistemas de gestão coorporativos da atualidade, possibilitando ainda a transferência de informações contábeis, financeiras e patrimoniais;
- Agendamento e planejamento de manutenções corretivas, preventivas, calibração e testes de segurança elétrica;
- Levantamento de Indicadores de Tempo, Custo e Viabilidade das Manutenções;
- Inventário atualizado de todo o parque tecnológico de acordo com RDC 185;
- Gerenciamento dinâmico de acordo com a norma ABNT 15943;
- Cadastramento de Equipamentos de acordo com a RDC 185;
- Possibilidade de executar Calibrações Rastreáveis RBC de acordo com a norma ABNT 17025;
- Possibilidade de executar Testes de Segurança Elétrica de acordo com a norma IEC 60601;
- Possibilidade de cadastro de todos os tipos de equipamentos, acessórios e componentes;
- Agendamento, planejamento e programação de treinamentos específicos por equipamento e fornecedores;
- Acompanhamento da aprovação de orçamentos, por ordem de serviço, junto ao Departamento de Compras da **AHBB|Rede Santa Casa**;
- Controle total de custo de manutenção para cada equipamento médico da Unidade de Saúde;
- Controle de todos os itens das ordens de serviço: peças, mãos-de-obra, defeitos, serviços, pendências, custos, responsáveis, fotos e outros;
- Acompanhamento de produtividade dos fornecedores, bem como prazos e custos;
- Emissão de relatórios gerenciais de manutenção criados conforme a necessidade administrativa, podendo obter entre outros: O custo de manutenção geral, por setores, por fornecedores, por equipamentos, marcas e muitos outros filtros.

A partir do armazenamento adequado de todos estes dados, deverão ser elaborados os planos de manutenção dos equipamentos. Cada equipamento devera possuir o seu plano de manutenção individual, de acordo com a tecnologia nele existente, a frequência de uso, as características construtivas, a operação, a sensibilidade dos seus componentes, o número de blocos funcionais, o

número de usuários diferentes, a utilização de insumos, entre outros fatores que podem interferir no funcionamento do aparelho.

O Plano de manutenção Preventiva será executado conforme protocolo estabelecido nos prazos pré-determinados, obedecendo rigorosamente a todos os procedimentos descritos, assim como a todas as premissas definidas anteriormente a prestação do serviço, visando otimizar o uso dos equipamentos no aspecto funcional e atribuindo segurança a todos os procedimentos realizados na Unidade de Saúde, reduzindo parada de equipamentos, perda de exames e, consequentemente, proporcionando aumento da meia vida de cada equipamento, gerando menores gastos financeiros com reparação de equipamentos e equipamentos parados. Comporta:

- Plano das atividades de verificação medição e checagem presentes na rotina de avaliação dos equipamentos;
- Relatório contendo o resultado de todas as verificações a base padrão de todos os parâmetros dos equipamentos para adequação do mesmo a normalidade;
- Instruções de segurança para o técnico de manutenção, contemplando, inclusive a relação de EPI que deve ser utilizada para cada procedimento;
- Plano de substituição de peças, contendo todos os parâmetros básicos para substituição de peças que apresentem desgaste por uso;
- Frequência da atividade de manutenções preventivas, contemplando o período fixo e/ou variável de tempo necessário para a próxima manutenção preventiva;
- Identificação do profissional submetido a realização daquela tarefa;

Em caso de equipamento em mal estado de uso, o equipamento será retirado da Unidade a fim de realizar manutenção corretivas no mesmo sob autorização do líder do setor e com aviso prévio ao setor de agendamento para remarcação de procedimentos realizados pelo equipamento e notificação do tempo médio de parada do mesmo.

O Plano de Calibração deverá ser executado conforme protocolo estabelecido, obedecendo rigorosamente a todos os procedimentos descritos, assim como a todas as premissas definidas anteriormente a prestação do serviço, visando otimizar o uso dos equipamentos no aspecto funcional e atribuindo segurança a todos os procedimentos realizados na Unidade de Saúde , reduzindo parada de equipamentos, perda de exames e, consequentemente, proporcionando aumento da meia vida de cada equipamento, gerando menores gastos financeiros com reparos de equipamentos e equipamentos parados. Dentro desta argumentação, o Plano de Manutenção Preventiva elaborado deverá conter minimamente:

- Plano das atividades de calibração por equipamento, constando de avaliação e comparação de parâmetros físicos;
- Relatório contendo o resultado de todas as comparações e analises dos respectivos desvios padrões para cada parâmetro;
- Em caso de equipamento reprovado na calibração, retirar o equipamento a fim de realizar manutenções corretivas no mesmo sob autorização do líder do setor e com aviso prévio ao setor de agendamento para remarcação de procedimentos realizados pelo equipamento e notificação do tempo médio de parada do mesmo.

O Plano de Manutenção Preditiva deverá ser executado de forma a proporcionar a Unidade de Saúde os seguintes benefícios:

- Redução dos custos de manutenção;
- Redução de estoque de sobressalentes;
- Redução de horas extras para manutenção;
- Redução do tempo de parada dos equipamentos;
- Redução de despesas extras geradas por quebra de equipamentos;
- Aumento da meia vida dos equipamentos;
- Aumento da produtividade de exames e procedimentos, por intermédio do desempenho das máquinas;

Para a análise dos indicadores acima é necessário que esteja contido no plano de manutenção preventiva premissas para avaliação destes índices, contando com a geração de relatórios. A manutenção corretiva deverá ocorrer de forma rápida e, em casos de equipamentos com alto impacto ao paciente e equipamentos de alto índice de uso o atendimento deverá ser emergencial, justificando a necessidade da prontidão dos funcionários do setor.

Todas as atividades e intervenções realizadas pela engenharia Clinica deverão ser registradas em sistema informatizado, constando todos os dados relativos ao atendimento dos chamados ou aos procedimentos padrão diários de manutenção. Deve permitir o acompanhamento remoto das ordens de serviço bem como a conclusão da mesma, com aprovação do solicitante.

21.4.5 Manutenção corretiva:

A **AHBB|Rede Santa Casa** será responsável pelo atendimento inicial de todos os equipamentos gerenciados e cadastrados, referentes aos chamados para avaliação de defeitos.

Entende-se por atendimento inicial a prestação de serviços básicos nos equipamentos, independente da complexidade tecnológica envolvida, a verificação das condições de utilização do

equipamento, analisando eventuais problemas relacionados com as instalações ordinárias e especiais, verificando acessórios e eventuais procedimentos inadequados por parte dos usuários, incluindo a execução de testes operacionais, limitando-se a procedimentos que não envolvam a abertura do equipamento ou que violem as responsabilidades exclusivas, caso haja empresa terceirizada para manutenção preventiva e corretiva;

Os serviços de maior especificidade que exigem conhecimento ou mão-de-obra especializada de fábrica e que exigem a substituição de peças não disponíveis em estoque ou que não possam ser encontradas no mercado comum, cuja manutenção pelo suporte de serviço local não é viável por questões de limitação técnica e/ou riscos a integridade do equipamento deverão ser providos pela contratada admitindo-se sua subcontratação, mediante aprovação do Fiscal do Contrato, utilizando o percentual disponibilizado para materiais e serviços;

As Ordens de Serviço de Manutenções Corretivas deverão ser abertas sempre que houver um chamado ou quando uma falha for detectada durante as Inspeções Periódicas e execução das Manutenções Preventivas ou Calibrações;

Devem ser executadas conforme orientação dos manuais dos fabricantes dos equipamentos e registradas, sendo posteriormente assinadas pelos responsáveis (ou por quem estes designarem) dos Setores nos quais os equipamentos encontram-se ou são utilizados;

Todas as atividades de Manutenção Corretiva deverão ser documentadas registradas em sistema informatizado (software) específico, informando no mínimo: identificação do equipamento, o defeito apresentado, o diagnóstico do problema, descrição clara das ações tomadas para sua correção, identificação do executor de cada uma das ações, horário de abertura, atendimento e encerramento da ordem de serviço, intervalo início-fim de cada atividade, material aplicado e seus valores, bem como cópia da referida nota fiscal;

21.4.6 Inventário

Realização do inventário

O conhecimento da quantidade e da qualidade dos equipamentos (de infraestrutura, apoio e aplicação direta ao paciente) existentes é de fundamental importância para a estruturação de um departamento de manutenção. A obtenção dos dados para o inventário é uma tarefa relativamente simples, embora em muitos casos demorada, dependendo do parque de equipamentos instalados. A realização do inventário exige recursos materiais e humanos capazes de processar os dados obtidos nessa tarefa.

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO INDIVIDUAL DE EQUIPAMENTO

Formulário n°_____ (Não preencher)

1. Tipo:_____ Código do equipamento:
   |__|__|*__|__|__|__|__|__|
2. Fabricante:_____
3. Modelo:_____ N° de série:
   |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
4. Valor de aquisição atualizado:
   R$_____
5. Número de reparos do equipamento nos últimos 6 meses: _____
6. Idade aproximada do equipamento
   ( ) Menos de 1 ano
   ( ) Entre 1 e 2 anos
   ( ) Entre 2 e 4 anos
   ( ) Entre 4 e 10 anos
   ( ) Mais de 10 anos
   ( ) Desconhecida

Esclarecer a situação do equipamento em caso de desconhecimento

Novo - N
Seminovo - S
Velho - V

7. Condição de funcionamento do equipamento:
   ( ) Funciona satisfatoriamente
   ( ) Funciona precariamente
   ( ) Não funciona
8. Especificar número médio de utilização/intervenção por semana executado com esse equipamento especificamentente
   _____
9. Informar o número de operadores eu utilizam o mesmo equipamento_____
10. Número de operadores que tiveram cursos de operação do equipamento_____

11. Esclarecer como é feita a manutenção do equipamento
    ( ) Somente internamente
    ( ) Somente através do fabricante/representante
    ( ) Somente por prestadores de serviços
    ( ) Mais do que uma alternativa
    ( ) Não houve manutenção até o momento
12. Em caso de já ter ocorrido manutenção de equipamento, em sua opinião a qualidade da manutenção executada foi:
    Ruim - R
    Média - M
    Boa - B
13. Quando o equipamento é enviado para manutenção, qual o tempo médio (em dia) de seu retorno para operação? I__I__I__I(dias)

Comentário:_____

_____

___

21.4.7 Sistema de codificação de equipamentos

Em locais onde já exista um controle por meio do número de patrimônio, pode se utilizar esse tipo de codificação. Nesse caso, substitui-se o campo código do equipamento por número de patrimônio. Por outro lado, geralmente o controle patrimonial envolve somente um código numérico ou alfanumérico de modo sequencial, o que torna difícil a identificação do equipamento e, consequentemente, compromete o controle gerencial. A **AHBB|Rede Santa Casa** sugere um tipo de codificação que só será viável se o grupo possui, ou tem perspectivas de possuir, recursos computacionais. No caso de uma unidade com grande número de equipamentos, é praticamente impossível executar esse tipo de controle de forma manual.

Segue abaixo um exemplo de codificação:

21.4.8 Lista de códigos para definição de serviços dentro do EAS

AV – Ambulatório de vascular

CC – Centro cirúrgico

EP – Enfermaria

RA – Serviço de radiologia

UT – Unidade de terapia intensiva

21.4.9 Lista de código para definição de equipamentos

VT – Ventilador para terapia

BE – Bisturi elétrico

RX – Equipamento de raio X

DS – Desfibrilador

DI – Deionizador

CV – Cardioversor

MV – Monitor cardíaco

BI – Bomba de infusão

A inexistência de documentação técnica não deve ser um fator limitante da manutenção, tendo em vista que o grupo possui pessoal treinado no reparo do equipamento. Cabe ao responsável organizar seu gerenciamento, de modo a exigir do fabricante a documentação necessária para manutenção no momento da aquisição do equipamento.

21.4.10 Definição do tipo de contrato de manutenção a ser adotado

Entre os vários tipos de contratos usados para a manutenção externa de equipamentos Unidade de Saúde ares sugerimos duas alternativas:

- Contratos de serviço por períodos determinados e
- Contratos de serviço sob demanda.

O contrato de serviço por período mais utilizado é o que inclui a mão-de-obra para manutenção corretiva (opcionalmente, também a manutenção preventiva é incluída) no valor do contrato entre a unidade de saúde e a empresa prestadora de serviço. Esse tipo de contrato é feito para equipamentos mais sofisticados (raio X, ressonância nuclear, tomografia computadorizada, gama câmara, acelerador linear, ultrassom, etc.), quando o custo de treinamento, o valor dos equipamentos necessários para teste e calibração, a dificuldade de obtenção de peças de reposição e provavelmente o salário diferenciado a ser pago para o técnico não justificam a manutenção interna.

Entre as modalidades de contrato de serviço sob demanda podemos destacar duas: solicitação de conserto para empresas prestadoras de serviço com preço e qualidade de trabalho e contrato com uma empresa específica, para atendimento de um grupo específico de equipamentos, em que a solicitação de conserto seria feita sob demanda.

O primeiro tipo de contrato é bastante utilizado pelas equipes de manutenção para equipamentos de média e baixa complexidade.

Nesse caso, a empresa só é chamada quando ocorre a necessidade de uma manutenção corretiva, sendo que o responsável pelo grupo deve sempre verificar o preço cobrado pelo serviço, comparando-o com outras empresas, e a qualidade do serviço prestado.

Na segunda modalidade de contrato de serviço sob demanda existe um contrato formal com um determinado prestador de serviço, que é pago pela manutenção corretiva somente quando ocorre a quebra do equipamento, não existindo a obrigatoriedade de um pagamento mensal, como é o caso de contratos de serviço por período.

Esse tipo de contrato deve ser utilizado para equipamentos de média e baixa complexidade, que raramente quebram e que não estão incluídos no programa de manutenção preventiva. Qualquer que seja o tipo de contrato a ser adotado, o modo pelo qual ele será negociado com a empresa e gerenciado pelo grupo de manutenção é um dos pontos críticos que define como o grupo, e consequentemente o seu responsável, será visto pelo restante do pessoal de saúde e principalmente pela administração da unidade.

21.4.11 Manutenção corretiva

Se propõe explicar os passos que devem ser seguidos quando um serviço de manutenção corretiva é solicitado por um usuário do equipamento. É importante dizer que a filosofia usada para a elaboração da sequência de atividades para manutenção corretiva, explicada abaixo, deve ser utilizada para a elaboração de outras sequências de atividades, ou seja, para manutenção preventiva, instalação e aquisição de equipamentos ou peças de reposição.

A elaboração da uma sequência de atividades para cada serviço a ser executado define a tarefa a ser realizada e a pessoa encarregada da execução. Esse procedimento reduz uma série de problemas que podem ocorrer em caso de discussões dentro do grupo sobre a pessoa que deveria ter executado um determinado trabalho e não o fez.

21.4.12 Rotina de manutenção corretiva

1. A solicitação de manutenção de um determinado equipamento pode ser feita através de telefone, envio de OS, entrega pelo próprio usuário, entrega pelo serviço de patrimônio do EAS e notificação a qualquer técnico do grupo que ocasionalmente esteja próximo ao equipamento. É necessário cuidado para o gerenciamento de ordens de serviços geradas por telefone. Por exemplo, o pessoal do grupo de manutenção emite uma OS quando recebe a chamada telefônica do usuário e este, por sua vez, também expede outra OS. Esse fato pode duplicar documentos e criar confusões para o controle mensal de serviços executados. Para evitar esse tipo de transtorno, o grupo de manutenção deve elaborar um protocolo que autorize somente o usuário a emitir uma OS ou pedir ao usuário para não

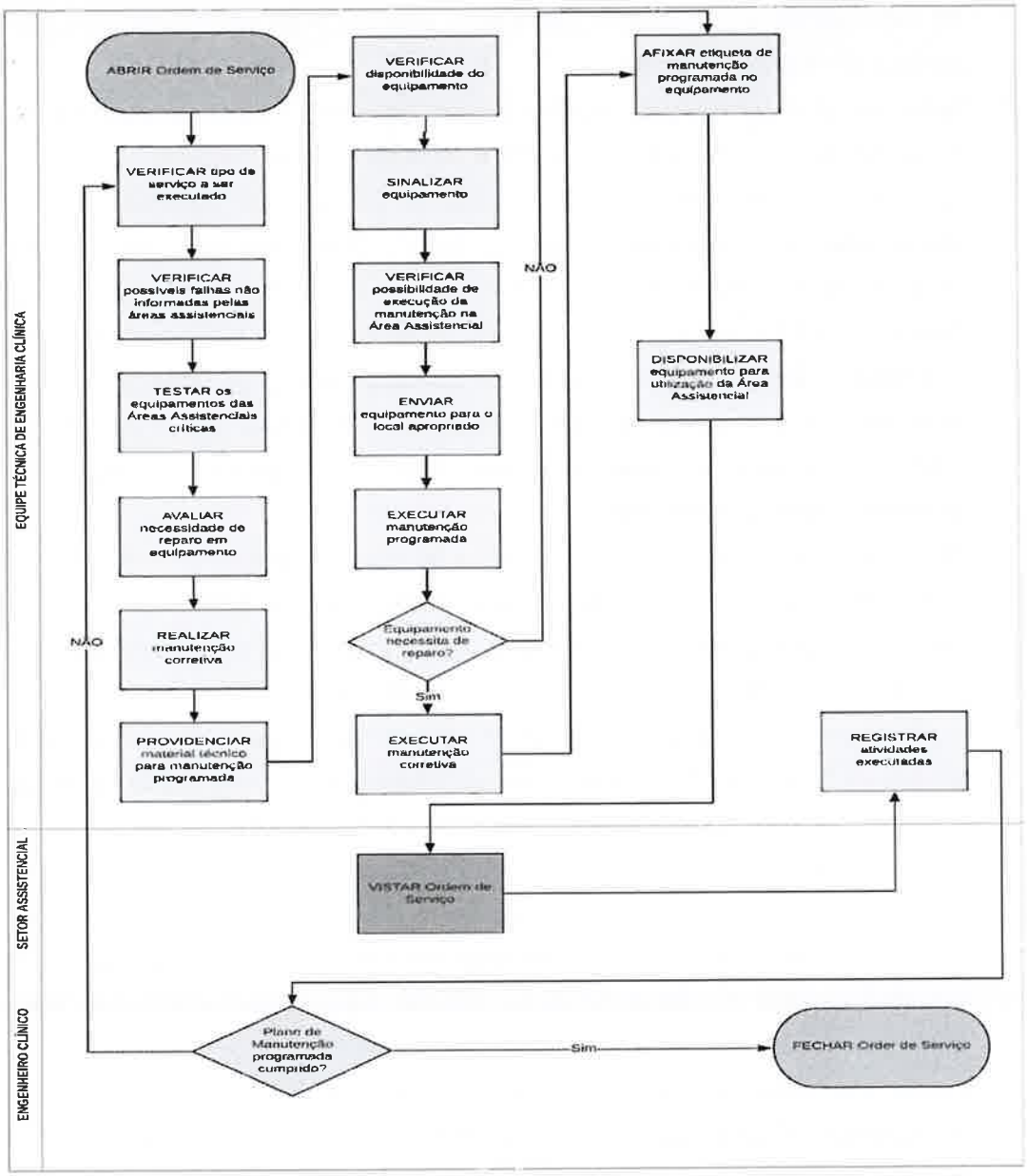
expedir OS em solicitações de serviço por telefone. Entretanto, para agilização do atendimento ao usuário, em nenhuma hipótese o grupo deve aguardar a chegada da OS a suas mãos. O serviço deve ser realizado assim que o técnico estiver disponível.

2. Qualquer que seja a forma da solicitação, a abertura de uma ordem de serviço deve ser feita de imediato. Existem grupos de manutenção que deixam um bloco de OS em cada departamento do EAS para ser preenchida pelo próprio usuário. Outros grupos, com maiores recursos computacionais, já possuem todos os equipamentos do EAS cadastrados em arquivos digitais e simplesmente providenciam junto ao solicitante o código do equipamento ou seu número de série, o nome do solicitante, o departamento e a causa da solicitação de conserto. Os técnicos do grupo devem ser sempre notificados de que equipamentos consertados sem abertura de OS não serão computados nem para o técnico, nem para o departamento, caindo assim a produtividade de ambos.
3. Em princípio, a OS deve ser encaminhada ao responsável pelo grupo, que deve verificar imediatamente se o equipamento está dentro do período de garantia de aquisição ou garantia de serviço. Se o equipamento estiver em garantia, a rotina a ser adotada é a explicada na sub-rotina de garantia. Antes de enviar o equipamento a uma empresa ou representante técnico, é importante que o técnico tente identificar a causa da falha do equipamento, independentemente do defeito acusado na OS pelo usuário. A identificação da causa será registrada tanto no Formulário para Histórico de Equipamento quanto na Ficha Para Controle de Serviços Externos.
4. Para equipamentos sob contrato de manutenção (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento), é necessário que o responsável verifique o tipo de contrato efetuado para o equipamento em questão. Se for contrato de manutenção por período determinado (vide item sobre definição do tipo de contrato), deve então solicitar a presença do técnico ou enviar o equipamento para as oficinas da empresa prestadora de serviço.. Em serviços sob contratos que exigem a presença do técnico da empresa contratada no local, é muito importante que ele esteja sempre acompanhado de técnico pertencente ao grupo de manutenção. O acompanhamento do serviço por um técnico interno é valioso tanto para a sua aprendizagem como para a fiscalização do trabalho executado.
5. Caso o equipamento não esteja em garantia, o responsável deve definir a equipe ou o técnico que executará o serviço. É importante nessa etapa a elaboração de uma forma de registro da data de entrega do equipamento para o técnico, que servirá para o controle do tempo de reparo do equipamento. Sugerimos a utilização de uma agenda com a anotação

da data prevista para a conclusão do serviço, a identificação do equipamento e o nome do técnico.

21.4.13 Fluxo da rotina de manutenção corretiva

Figura 1 - Rotina de manutenção corretiva



6. Nem sempre o equipamento está disponível no departamento de manutenção. Em vários casos, o equipamento deve ser localizado e levado para a oficina de manutenção, se necessário. Equipamentos de grande porte só podem ser consertados no local onde estão instalados. Conforme mencionado no capítulo anterior, para o caso de consertos fora da oficina de manutenção, é importante que o técnico vá ao local de reparo já com a maleta

de ferramentas e o esquema elétrico ou mecânico do equipamento (caso este esteja disponível no departamento).

7. Antes do início de qualquer reparo, o técnico deve seguir alguns procedimentos para evitar a abertura de um equipamento cuja falha pode ser simplesmente devida a erro de operação, queima de fusível ou qualquer outra causa de fácil solução. Para isso, é necessário que o responsável, em colaboração com o grupo, desenvolva algumas rotinas iniciais de manutenção e instrua cada técnico contratado dos procedimentos que devem ser adotados (exemplo: utilizar como ajuda a listagem de verificações – troubleshooting do manual de operação do equipamento). Reuniões periódicas com o grupo de técnicos para discussão e estabelecimento dos procedimentos iniciais de manutenção corretiva constituem uma das melhores maneiras de desenvolver essas rotinas, que devem ser idênticas para grupos específicos de equipamentos.
8. Quando o técnico não conseguir identificar ou reparar o defeito, é necessário o contato com o fabricante ou com a assistência técnica. Para isso, o técnico deve devolver a OS ao responsável pelo grupo, que localizará a assistência técnica à qual será solicitada a visita de um técnico ou para onde será enviado o equipamento para reparo, seguindo a rotina de controle de serviços de terceiros. Existem casos em que o reparo do equipamento representa um custo bastante alto – nesse caso recomenda-se a desativação do equipamento. O método a ser seguido para esse processo não é assunto deste manual por ser relativamente complexo. A decisão de desativação de um equipamento depende não somente do custo da mão-de-obra (mesmo sendo serviço interno), mas também da dificuldade de obtenção de peças de reposição, do número de vezes que este equipamento vem apresentando falhas nos últimos anos, da existência de tecnologias mais modernas com um menor custo de operação, da disponibilidade financeira do EAS, etc. Nos casos de desativação, o que ocorre também em relação a serviços terceirizados (vide adiante), o responsável pelo grupo de manutenção deve preparar um relatório à administração justificando o motivo de sua sugestão para a desativação do equipamento. Vale lembrar que não o responsável pelo grupo que decide sobre a desativação de um equipamento; este participa da recomenda e justifica a necessidade desse procedimento para a administração.
9. Durante o reparo, é possível a necessidade de substituição de peças. Cada peça substituída deve ser rigorosamente anotada na OS. O controle de peças em estoque depende muito do sistema de almoxarifado adotado pelo EAS. Para peças de reposição de uso intenso e diário (resistores, capacitores, porcas, parafusos, arruelas, etc.), sugerimos o acesso livre dos técnicos,

a quem caberia também o controle de estoque mínimo. Para cada peça retirada, seria dada baixa em uma ficha específica daquele item, localizada na gaveta ou caixa onde a peça está armazenada. Para cada peça que o técnico retirar da gaveta, ele deve contar o número de peças restantes daquele determinado item e, se estiver abaixo do estoque mínimo, ele mesmo deve emitir uma solicitação de aquisição. Esse procedimento compartilharia o controle de material e eliminaria a necessidade de um almoxarife só para o grupo ou a necessidade de armazenamento e controle em local distante da oficina de manutenção. Para peças de maior valor e baixa taxa de substituição, o armazenamento pode ser feito em almoxarifado central, já existente no EAS.

10. Para os casos em que a peça de reposição não esteja disponível, sugerimos que a OS seja devolvida ao responsável pelo grupo, acompanhada do formulário de aquisição, descrição da peça e a quantidade a ser solicitada. Tanto no caso de peças abaixo do estoque mínimo como para peças não disponíveis no almoxarifado, o pedido de compra deve ter o mesmo formato e seguir o mesmo procedimento. No formulário para requisição devem constar a quantidade e todas as características da peça a ser comprada. Entretanto, o processo de aquisição pode se tornar bastante complicado, pois nem sempre as características de uma determinada peça são de fácil descrição. Frequentemente, a pessoa que solicita desconhece o número com que o fabricante designa a peça (partnumber) ou a existência do desenho explodido do local onde a peça é colocada. Em grupos em que o próprio técnico executa a aquisição, esse processo pode ser significativamente facilitado, pois a pessoa que solicita é a mesma que descreve a peça ao fornecedor. Por outro lado, o tempo que o técnico despende nesse procedimento compromete significativamente sua produtividade. Em grupos com um único comprador (normalmente com perfil administrativo), a falta de informações para a aquisição pode comprometer bastante o tempo de retorno do equipamento ao usuário. Para agilizar o processo de aquisição e reduzir a possibilidade de compra de peças erradas, recomenda-se que, quando o responsável recebe a OS de volta com a Ficha de Solicitação de Aquisição, este verifique se todos os dados relativos à peça estão corretamente preenchidos. Somente após essa verificação e possível correção com o pessoal técnico é que a ficha será enviada ao sistema de compras da Unidade de Saúde.
11. Como foi mencionado, são fundamentais o treinamento e a conscientização do pessoal técnico da importância de um cuidadoso reparo em equipamentos Unidade de Saúde ares. Muitos deles (médico-Unidade de Saúde ares) são fundamentais para a segurança e principalmente para a sustentação da vida do paciente.

12. O controle de qualidade oferecido pelo grupo após a manutenção tem um reflexo bastante positivo para o usuário. É importante que o grupo crie alguns protocolos de teste que devem obrigatoriamente ser efetuados após a manutenção de equipamentos, principalmente aqueles que oferecem riscos ao paciente e ao operador. Cada teste deve ser baseado nos recursos materiais (equipamentos de teste, fantomas e simuladores) disponíveis no grupo. Uma vez elaborados, esses testes podem ser efetuados pelo próprio técnico e, através deles, verificar diversos itens do equipamento, desde o estado da pintura externa até a sua calibração.
13. Na OS há um campo para a assinatura do usuário, que deve ser obtida no momento do retorno do equipamento ao usuário. Entretanto, nem sempre a pessoa que solicitou o serviço é a que está presente no momento da entrega do equipamento. Nessa situação, o responsável pelo grupo de manutenção deve conversar com cada departamento do EAS e solicitar que sejam nomeadas uma ou mais pessoas que ficariam responsáveis pelo recebimento do equipamento.
14. A OS é encerrada e arquivada para posterior utilização no controle periódico desenvolvido pelo grupo de manutenção. Após o encerramento da rotina de manutenção corretiva ou preventiva de cada equipamento, tenha sido ela executada através de serviço interno ou externo, é importante que haja um documento que faça um resumo do serviço executado, das peças que foram substituídas e do custo de manutenção (interna ou externa). Esse resumo ou histórico do equipamento serve como informação tanto para os técnicos do grupo de manutenção no início de cada serviço, como para que o responsável pelo grupo possa gerenciar o andamento da manutenção de cada equipamento sob sua responsabilidade. Esse documento deve conter toda a história do equipamento de modo bastante resumido, desde sua chegada a Unidade de Saúde até a desativação. Dele devem ser extraídas as seguintes informações:
    - ✓ Número e tipo de falhas ocorridas no equipamento;
    - ✓ Comparação das falhas que foram relatadas pelo grupo interno de manutenção e aquelas relatadas pelas empresas prestadoras de serviço;
    - ✓ Tipo e número de peças que estão sendo substituídas no equipamento, tanto em serviços internos como externos;
    - ✓ Custo por serviço (interno e externo) e custo acumulado;
    - ✓ Datas de realização de cada serviço e consequentemente o MTBF;

- ✓ No caso de serviços externos, a pessoa de contato para cada serviço executado na(s) empresa(s) de prestação de serviço.

21.4.14 Formulário para o histórico de equipamento

A **AHBB|Rede Santa Casa** considera que os equipamentos devem ter um histórico e colocamos uma sugestão para a elaboração de um formulário para histórico. O campo destinado à identificação do equipamento pode ser preenchido somente uma vez. Aquele reservado para a descrição da história do equipamento pode ser repetido até quatro vezes em uma mesma folha (usando frente e verso). Assim, por exemplo, somente após quatro serviços em um mesmo equipamento será necessária uma nova folha de papel.

Os dados a serem preenchidos no formulário para histórico já foram descritos em formulários anteriores. Entretanto, dois deles (falha acusada e falha relatada) necessitam de uma explicação. No item falha acusada usuário/grupo, se o serviço executado foi interno, a falha acusada deve ser a mesma descrita pelo usuário na OS e, consequentemente, o item falha relatada grupo/ empresa deve ser preenchido pelo grupo de manutenção com a descrição da falha na OS.

21.4.15 Formulário para Histórico do Equipamento

FORMULÁRIO PARA HISTÓRICO DO EQUIPAMENTO

Unidade de Saúde:_____

Equipamento: _____ Modelo:

_____

Código do equipamento: I_I_I - I_I_I_I_I_I_I

OS nº _____ Data: __/__/____

Conserto nº _____ Vencimento da garantia do serviço: __/__/____

Tipo de serviço: ( ) MP ( ) MC Local do serviço: ( ) Interno ( ) Externo

Forma do serviço: ( ) Garantia ( ) Contrato ( ) Demanda

Empresa:_____

_____

Pessoa de

contato:_____

Falha acusada usuário/grupo:

_____

Falha relatada grupo/empresa:
_____

Serviço executado:_____
_

Valor do serviço (R$): _____

OS n° _____ Data: __/__/____

Conserto n° _____ Vencimento da garantia do serviço: __/__/____

Tipo de serviço: ( ) MP ( ) MC Local do serviço: ( ) Interno ( ) Externo

Forma do serviço: ( ) Garantia ( ) Contrato ( ) Demanda

Empresa:_____
_____

Pessoa de contato:_____

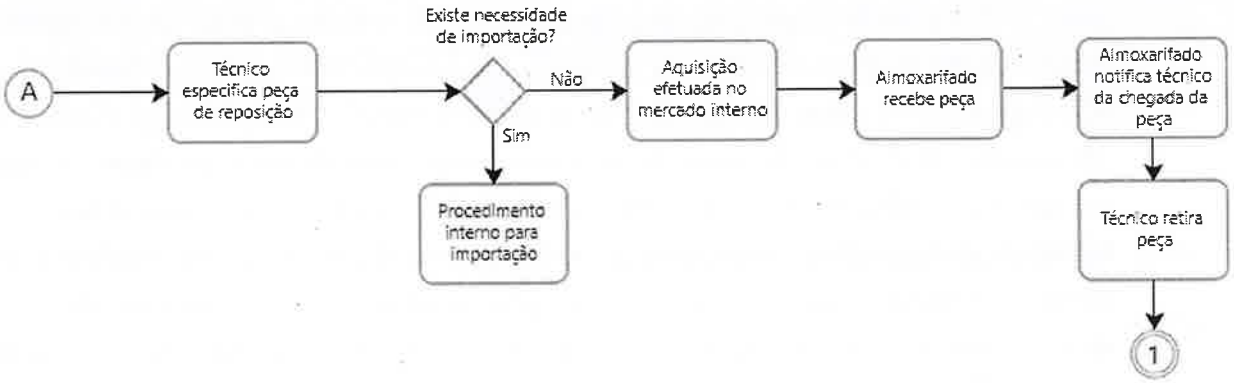
Falha acusada usuário/grupo:
_____

Falha relatada grupo/empresa:
_____

Serviço executado:_____
_

Valor do serviço (R$): _____

Fluxograma das atividades que eventualmente poderão ser devolvidas para aquisição de peças de reposição para equipamentos da unidade hospitalar



A. Se o recebimento das peças de reposição for feito no almoxarifado central do EAS, deve ser acordado com o almoxarife a verificação do material recebido com aquele constante na nota fiscal (tipo e quantidade).

B. Somente após a anotação dos valores das peças para utilização na ficha de controle mensal (vide item sobre gerenciamento dos serviços de manutenção: grupos de manutenção) é que a nota fiscal deve ser encaminhada ao setor administrativo.

C. E. Assim que a peça chegar ao almoxarifado, o grupo de manutenção deve ser notificado. Isso evitará grandes atrasos no tempo de paralisação dos equipamentos à espera de manutenção corretiva. Em hospitais de pequeno porte, para os quais este manual é dirigido, normalmente as aquisições são feitas através de um sistema de compras centralizado e a entrega da peça é efetuada em um almoxarifado central. Para esses casos, o responsável pelo grupo deve criar um sistema de notificação no qual a entrega do material ao almoxarifado seja comunicada imediatamente ao responsável pelo grupo. Fica, então, a cargo deste último a responsabilidade de avisar o técnico, anotar na OS, os dados relativos à peça (nº da requisição, código da peça, material utilizado, quantidade e custo em reais), devolver a OS ao técnico e cobrar o reinício do serviço no equipamento que gerou a solicitação de aquisição.

D. Uma vez retirada a peça do almoxarifado, independentemente do processo de aquisição, o almoxarife deve verificar constantemente se a quantidade de peças de reposição ainda existentes está acima do estoque mínimo. Em um estágio inicial, somente peças de uso mais comum deverão ser mantidas em estoque (resistências, capacitores, parafusos, porcas, lubrificantes, desengraxantes, etc.). Posteriormente, a estimativa do estoque mínimo para cada peça será feita de acordo com a demanda de determinadas peças na manutenção corretiva e em função do custo de mantê-las em estoque. Essa estimativa só será possível a

partir da experiência acumulada pelo grupo Uma vez retirada a peça do almoxarifado, independentemente do processo de aquisição, o almoxarife deve verificar constantemente se a quantidade de peças de reposição ainda existentes está acima do estoque mínimo. Em um estágio inicial, somente peças de uso mais comum deverão ser mantidas em estoque (resistências, capacitores, parafusos, porcas, lubrificantes, desengraxantes, etc.). Posteriormente, a estimativa do estoque mínimo para cada peça será feita de acordo com a demanda de determinadas peças na manutenção corretiva e em função do custo de mantê-las em estoque. Essa estimativa só será possível a partir da experiência acumulada pelo grupo após um período de manutenção, da qualidade (idade e estado de conservação do equipamento) e quantidade de equipamentos existentes no EAS.

21.4.16 Manutenção preventiva

A manutenção preventiva é necessária para ampliar a vida útil do equipamento com a consequente redução dos custos e aumento da sua segurança e desempenho, a limitação de recursos materiais, humanos e financeiros tem restringido o desenvolvimento de programas de manutenção preventiva em diversos grupos de manutenção.

As recomendações abaixo apresentam a metodologia de trabalho da **AHBB|Rede Santa Casa** de uma forma bastante simples, em que são utilizados alguns critérios para seleção de equipamentos (priorização) que necessariamente devem fazer parte de um programa de manutenção preventiva. Independentemente dos critérios adotados para a priorização, será imprescindível a obtenção de um sistema de informações confiáveis sobre os custos atuais com a manutenção corretiva e o histórico de falhas dos equipamentos. Com essas informações, pode-se dar mais atenção àqueles equipamentos mais caros e mais sujeitos a avarias. De acordo com a sequência de trabalho para a implantação e operação de um grupo de manutenção, já explicada neste manual, foram descritas todas as atividades exigidas para a obtenção das informações necessárias sobre qualquer equipamento de um EAS.

Indicadores Propostos:

- Quantidade de Ordens de Serviço Criadas
- Quantidade de Ordens de Serviço Concluídas
- Tempo médio do primeiro atendimento
- Tempo médio de Conclusão
- Quantidade de Ordens de Serviço Em Aberto com Classificação e Condição

Todo equipamento eletroeletrônico a ser utilizado em áreas críticas (ocupadas por pacientes) deverá ser inspecionado periodicamente pelo setor de engenharia clínica (ou manutenção de equipamento médico). Entre outros ensaios, deverá ser realizada a medição de corrente de fuga. As regular de equipamentos médicos deve ser encarada não somente como uma forma inteligente de engenharia clínica e um caminho para reduzir gastos futuros. Além de tudo, é uma segurança adicional de vital importância para reduzir erros médicos de qualquer natureza e garantir o máximo de segurança aos pacientes.

Será disponibilizado os cronogramas de manutenção preventiva e corretiva anuais, os quais ficarão disponíveis e visíveis nas unidades.

Ações de treinamentos e informação para uso dos equipamentos clínicos são uma constante na gestão da **AHBB|Rede Santa Casa.** A acesso a manuais dos equipamentos estarão à disposição imediatas de qualquer usuário conforme QR CODE abaixo e o processo de abertura de ordem de serviço se dará de forma eletrônica, gerando indicadores de qualidade que interferem diretamente na assistência do paciente.



(QR CODE - ativo para teste)

21.5Serviço de Manutenção

Realizar a Gestão de Manutenção assegurando o bom atendimento do setor a demanda atribuída através da necessidade de manutenção corretiva e preventiva da unidade.

A Gestão de Manutenção supervisiona, orienta e conduz os profissionais do setor para realização de atividades demandadas pela **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** relativas à manutenção predial corretiva e preventiva, incluindo supervisão de atividades relacionadas também a manutenção de Ar Condicionado e Grupo Gerador.

21.5.1 Principais atividades realizadas pela Gestão de Manutenção

Listamos abaixo as principais atividades realizadas pela Gestão de manutenção e apresentamos posteriormente os Procedimentos Operacionais Padrão para cada atividade.

- Abertura de Ordem de Serviço;

- Acompanhamento de Abastecimento do Tanque de Oxigênio;
- Fechamento de relatórios de atendimento de Ordem de Serviço;
- Fechamento de relatórios de recebimento de Gases;
- Formatação da escala de trabalho da equipe de manutenção;
- Gestão de atendimento da manutenção do Ar Condicionado;
- Gestão de atendimento da manutenção dos Elevadores;
- Programação de entrega de cilindros de Gases;
- Recebimento de Gases Medicinais em cilindros;
- Solicitação de compra de materiais de manutenção e ferramentas;
- Supervisão de realização de manutenção;
- Acompanhamento da vistoria preventiva do Grupo Gerador;

21.5.2 Abertura de Ordem de Serviço

Principal Objetivo – Realizar atendimento, identificando o problema a ser solucionado, destinando ao professional adequado para realização da atividade.

21.5.3 Acompanhamento de Abastecimento do Tanque de Oxigênio

Principal Objetivo – Realizar acompanhamento do abastecimento do Tanque de Oxigênio.

21.5.4 Fechamento de relatórios de atendimento de Ordem de Serviço

Principal Objetivo – Realizar a consolidação de todo atendimento do setor de manutenção, apresentando dados estatísticos para a administração da **Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.**

21.5.5 Fechamento de relatórios de recebimento de Gases

Principal Objetivo – Realizar a consolidação do volume de gases recebidos semanalmente, apresentando o controle de compras para a administração da **Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.**

21.5.6 Formatação de Escala de trabalho da Equipe de Manutenção

Principal Objetivo – Estabelecer uma escala a trabalho, assegurando a disponibilidade de profissionais para atendimento da demanda de manutenção do hospital 24 horas por dia.

21.5.7 Gestão de atendimento da manutenção do Ar Condicionado

Principal Objetivo – Indicar a demanda de manutenção existente e supervisionar os profissionais para realização da atividade.

21.5.8 Gestão de atendimento da manutenção dos Elevadores

Principal Objetivo – Indicar a demanda de manutenção existente, solicitando visita técnica da empresa responsável pela manutenção dos elevadores e acompanhar a realização da atividade.

21.5.9 Programação de Entrega de Cilindros de Gases

Principal Objetivo – Realizar programação de entrega diária de cilindros de gases, garantindo abastecimento da demanda da **Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.**

21.5.10 Recebimento de Gases Medicinais em Cilindros

Principal Objetivo – Acompanhar o recebimento do pedido de Gases, realizando conferência na quantidade solicitada.

21.5.11 Solicitação de compras de materiais para manutenção e ferramentas

Principal Objetivo – Solicitar a compra e acompanhar o recebimento de materiais e ferramentas necessários para realização da manutenção.

21.5.12 Supervisão de realização de manutenção

Principal Objetivo – Supervisionar a realização da execução de manutenção, acompanhando e orientando o profissional responsável pela atividade.

21.5.13 Acompanhamento de Vistoria Preventiva do Grupo Gerador

Principal Objetivo – Acompanhar a vistoria preventiva do Grupo Gerador realizada mensalmente.

21.5.14 Considerações Finais

A equipe de Gestão de Manutenção está dedicada a supervisionar e apoiar os profissionais do setor de manutenção, garantindo assim o bom andamento das atividades minimizando os transtornos aos usuários da **Unidade de Saúde Mista.**

21.6 Transporte de material biológico

Transporte de amostras clínicas faz parte da fase pré-analítica do processo operacional de realização de exames laboratoriais. Entende-se como amostra biológica adequada aquela obtida em quantidade suficiente, em recipiente adequado, bem identificada e transportada de forma a manter a integridade do material a ser pesquisado.

A **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** sob gerência da **AHBBIRede Santa Casa** terá por objetivo obedecer às orientações de vigilância sanitária para o transporte de amostras biológicas de origem humana para fins de diagnóstico clínico. O cumprimento dos requisitos estabelecidos pelas normas visa reduzir a possibilidade de contaminação das amostras como resultado da exposição a microrganismos infectantes que podem escapar das embalagens devido à quebra, vazamento ou acondicionamento inadequado durante o processo de transporte, além de garantir a integridade e a estabilidade do material biológico transportado.

Estas orientações se aplicarão a todo remetente, transportador, destinatário e demais atores envolvidos no processo de transporte de material biológico.

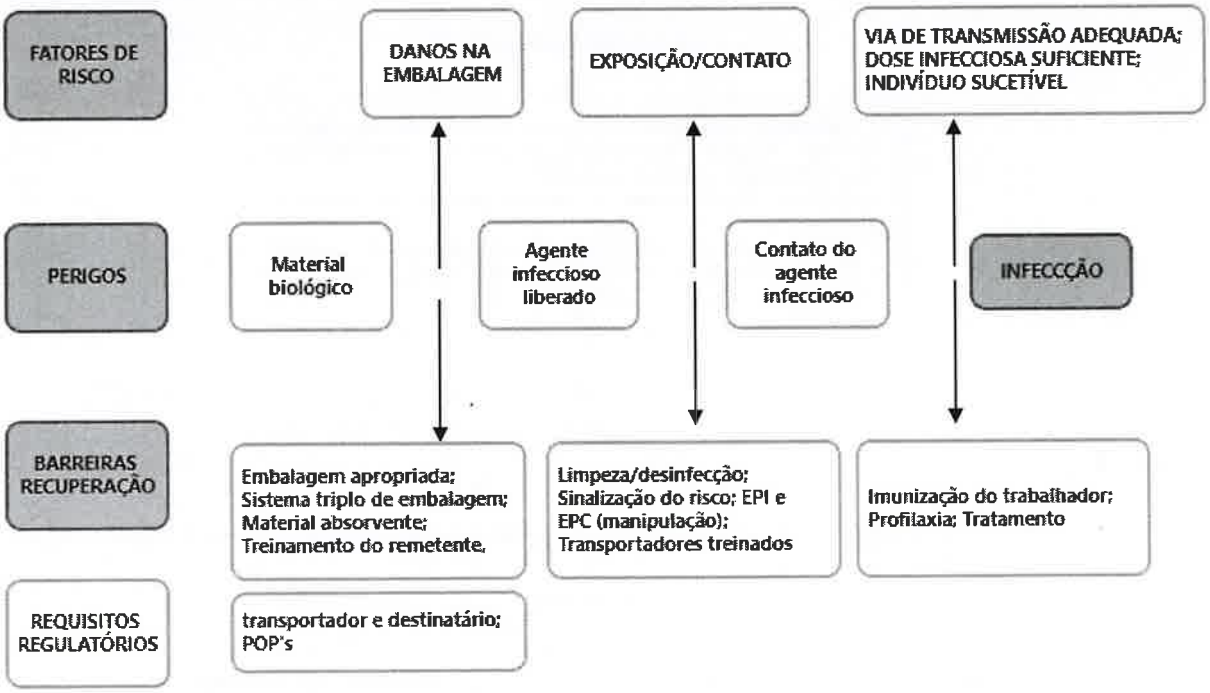
Este manual se baseia nos requisitos definidos pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 20/2014 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que regula as atividades de transporte de amostras clínicas do ponto de vista da vigilância sanitária, estabelecendo as regras para que os serviços de saúde remetentes, em geral laboratórios clínicos, possam exercer essas atividades de transporte para outro serviço de saúde, podendo ser outro laboratório clínico, hospitais, clínicas ou similares, utilizando infraestrutura para logística de transporte própria ou contratando terceiros. Também foram utilizadas normas de outros órgãos reguladores do setor de transporte, tais como a Agência Nacional de Aviação Civil (Anac), a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), o Conselho Nacional de Trânsito (Contran) e outros.

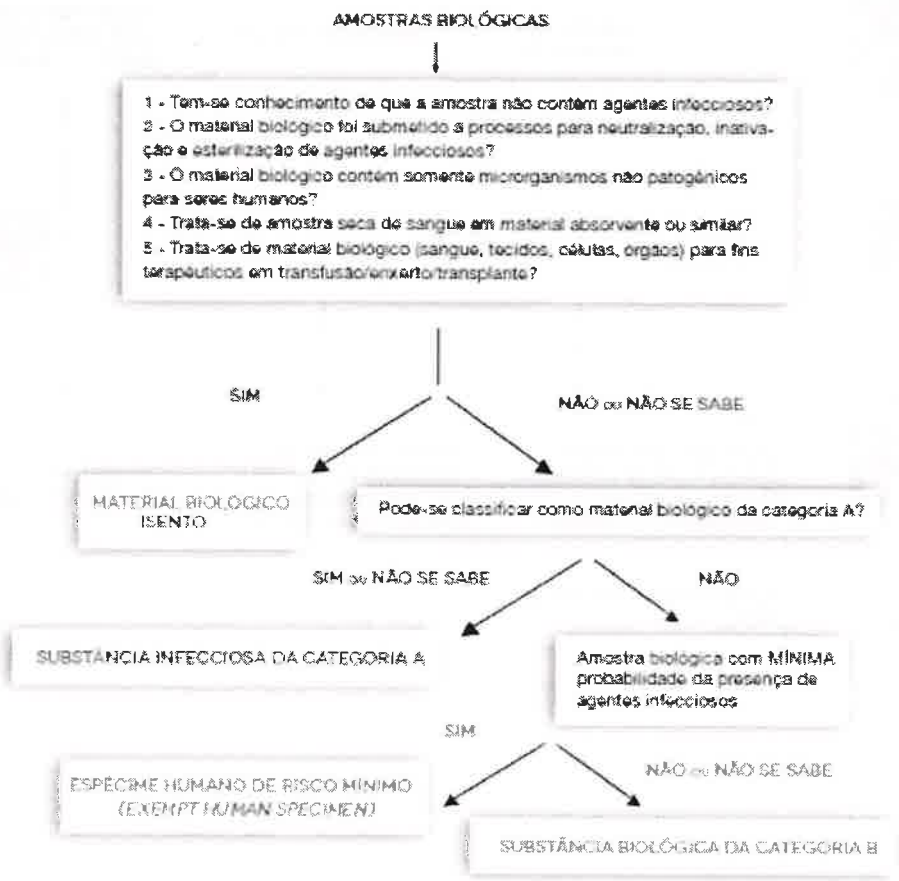
O conteúdo deste manual é baseado em referências técnicas e legais nacionais e internacionais e por isso sua aplicação não deve representar, em nenhum momento, um obstáculo à implantação de políticas ou desenvolvimento de práticas relacionadas às novas tecnologias.

A maioria das atividades de transporte de material biológico no Brasil envolve a rotina de trânsito de amostras entre laboratórios e a Unidade de destino.

Dessa forma, espera-se contribuir para que os serviços de laboratório cumpram os requisitos definidos pela legislação brasileira e, ao mesmo tempo, que os agentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) possam contar com mais uma referência técnica que os auxilie a desempenhar suas funções para o alcance de sua missão frente ao risco sanitário.

Figura 1 - Gerenciamento de riscos biológicos no transporte de material biológico.


FATORES DE RISCO
DANOS NA EMBALAGEM
EXPOSIÇÃO/CONTATO
VIA DE TRANSMISSÃO ADEQUADA; DOSE INFECCIOSA SUFICIENTE; INDIVÍDUO SUCETÍVEL
PERIGOS
Material biológico
Agente infeccioso liberado
Contato do agente infeccioso
INFECCÇÃO
BARREIRAS RECUPERAÇÃO
Embalagem apropriada; Sistema triplo de embalagem; Material absorvente; Treinamento do remetente.
Limpeza/desinfecção; Sinalização do risco; EPI e EPC (manipulação); Transportadores treinados
Imunização do trabalhador; Profilaxia; Tratamento
REQUISITOS REGULATÓRIOS
transportador e destinatário; POP's



Fonte: OMS. Diretrizes sobre Regulamentação Relativa ao Transporte de Substâncias Infecciosas 2013-2014 (adaptado).

Substância infecciosa da categoria A

É uma substância infecciosa (material biológico infeccioso) que se transporta de forma que, ao haver exposição a ela, possa ocorrer uma infecção que resulte em incapacidade permanente, perigo de vida para seres humanos ou animais previamente sadios

Há vários exemplos que se encaixam nesta categoria, como materiais biológicos com vírus Ebola ou meios de cultura com *Bacillusanthracis*.

Os nomes apropriados para os materiais biológicos infecciosos são:

UM 2814: substância infecciosa que afeta seres humanos, em português, ou *infectous substance affecing humans*, em inglês.

UM 2900: substância infecciosa que afeta somente animais, em português, ou *infecctous substance affecing animals Only,* em inglês.

Atenção! Substâncias biológicas da categoria A são considerados artigos perigosos de alta consequência que, presencialmente, podem ser utilizados em um incidente terrorista e, como resultado, produzir sérios danos, tais como acidentes ou destruição em massa. Cabe lembrar que a exposição ocorre quando uma substância infecciosa é lançada fora das embalagens, resultando em contato físico com os seres humanos ou animais.

A classificação das amostras biológicas em UN 2814 ou UN 2900 deve ser baseada no histórico clínico conhecido do indivíduo (natureza humana ou animal) de origem do material, nos sinais e sintomas, nas condições epidemiológicas locais, de acordo com o julgamento de profissional habilitado para reconhecimento dos fatores de risco em questão.

Essa classificação se aplica a todos os modos de transporte: aéreo, terrestre e aquaviário. O transporte de material infeccioso perigoso requer cuidados especiais e exigências específicas, de acordo com o modo de transporte utilizado segue lista elaborada pela OMS com exemplos de microrganismos identificados e classificados na categoria A. Esta lista não é exaustiva. Recomenda-se incluir nesta categoria patógenos novos ou emergentes que se enquadram nestes mesmos critérios e ainda aquelas amostras de substâncias que não se sabe se cumprem ou não estes critérios.

As culturas são amostras biológicas incubadas (com a finalidade de multiplicação/crescimento de patógenos); já as amostras clínicas são coletadas diretamente de seres humanos ou de animais. Essa diferença é importante para a classificação de substâncias infecciosas, que afetará a escolha da embalagem.

21.6.1 Acondicionamento, rotulagem e etiquetagem

Para o transporte de materiais biológicos classificados como categoria A, deve-se solicitar aos órgãos reguladores de transporte orientações detalhadas de como proceder ao adequado acondicionamento (embalagem) desses materiais.

Não é necessário exibir os nomes técnicos (nome do microrganismo em questão) nas embalagens externas.

21.6.2 Particularidades do transporte de SUBSTÂNCIAS da categoria A

O transporte de substâncias infecciosas da categoria A requer ação coordenada entre o remetente, o transportador e o destinatário, para garantir a segurança e a entrega tempestiva e em boas condições dessas substâncias. Para isso, devem ser adotadas as seguintes medidas:

a) Entendimento prévio entre o remetente, o transportador e o destinatário. A expedição de substâncias infecciosas não será efetuada sem que tenha havido entendimento prévio entre o expedidor e o destinatário;

b) Para garantir a operação sem obstáculos, é necessário preparar todos os documentos de expedição, em estrita observância às normas que regem o transporte de produtos perigosos (Classe 6 - Subdivisão

c) Qualquer que seja o modo de transporte utilizado, o trânsito deve ser efetuado pela rota mais rápida possível. Se for necessário fazer transbordo, devem ser adotadas precauções para assegurar que haja cuidados especiais, rápido manuseio e monitoramento dos materiais em trânsito;

d) O remetente deve notificar antecipadamente o destinatário sobre os detalhes do transporte, tais como modo de transporte, número do voo ou trem, número do documento fiscal e data e hora previstas para a chegada ao destino, de modo que a expedição possa ser prontamente recebida. Deve ser usado o meio de comunicação mais rápido para essa notificação.

Substâncias infecciosas desta natureza só podem ser expedidas, em caso de importação, após o destinatário ter-se assegurado, junto à Anvisa, de que tais substâncias biológicas podem ser importadas legalmente. Da mesma forma, para exportação deste tipo de material é importante se assegurar, junto à autoridade sanitária do país destinatário, dos requisitos necessários para este tipo de transporte.

Para o transporte aéreo, vale lembrar que nem todas as empresas aéreas têm permissão para transportar substâncias da categoria A. Assim, deve-se entrar em contato com a Anac para verificar tal situação

21.6.3 Substância biológica da categoria B

É um material biológico infeccioso ou potencialmente infeccioso que não se enquadra nos critérios de inclusão na categoria A.

Na categoria B estão incluídas as amostras para diagnóstico clínico que se sabe ou se suspeita que contenham agentes infecciosos causadores de doenças em humanos, como amostras de pacientes com suspeita de estarem infectados com microrganismos patogênicos ou amostras conhecidamente positivas/reativas.

Vale ressaltar que mesmo amostras positivas para HIV e HBV são enquadradas na categoria B, exceto quando se tratar de material em meio de cultura destes vírus, sendo então classificado como categoria A (ver Quadro 1 deste manual).

Atenção! As culturas que têm como objetivo a reprodução de agentes microbiológicos podem ser classificadas como categoria A ou B, dependendo do microrganismo cultivado.

A grande maioria das amostras biológicas transportadas nos serviços laboratoriais de diagnóstico de pacientes pode ser classificada como categoria B, com exceção das amostras de sangue secas em papel absorvente e outras situações em que um profissional de saúde habilitado assegure que as amostras a serem transportadas tenham a mínima probabilidade de risco de causar infecção durante o processo de transporte, caso ocorra contato com o material.

21.6.4 Acondicionamento, rotulagem e etiquetagem

O material biológico classificado nesta categoria deve receber a marcação UN 3373.



Designação oficial de transporte para amostras classificadas como UN 3373: "substância biológica da categoria B", em português, ou *biological substance category B*, em inglês. Pelas normas de transporte terrestre, ainda é aceita a denominação "espécimes para diagnóstico" (*diagnostics pecimens*).

A marca UN 3373 deve ser exibida na superfície da embalagem externa, sobre um fundo de cor contrastante, e deve ser claramente visível e legível. A marca deve estar sob a forma de um quadrado fixado a um ângulo de 45° (em forma de losango), tendo cada um dos lados pelo menos 50 mm de comprimento; a largura da linha deve ser de pelo menos 2 mm e as letras e números devem ter pelo menos 6 mm de altura.

21.6.5 Particularidades no acondicionamento de amostras líquidas

A(s) embalagem(ns) primária(s) deve(m) ser estanque(s) e não deve(m) conter mais de 1 litro, no caso de transporte aéreo. Esta quantidade exclui o gelo, o gelo seco ou o nitrogênio líquido utilizado para manter as amostras resfriadas.

Se vários recipientes primários frágeis, como tubos de vidro, forem colocados juntos em uma única embalagem secundária, eles devem ser individualmente protegidos ou separados para evitar contato entre eles.

Quando as embalagens primárias forem suficientemente resistentes (tubos de plástico), porém, em situações normais de transporte e com as características necessárias de tolerância pressão e à

variação de temperatura, as mesmas poderão ser transportadas juntas, sem a necessidade de separação individual.

O material absorvente deve ser colocado entre o(s) recipiente(s) primário(s) e a embalagem secundária. A quantidade do material absorvente deve ser suficiente para absorver todo o conteúdo do(s) recipiente(s) primário(s), de modo que qualquer vazamento da substância líquida não comprometa a integridade da embalagem externa.

O recipiente primário ou embalagem secundária deve ser capaz de suportar, sem vazamento, uma pressão interna, produzindo uma pressão diferencial não inferior a 95 kPa (0,95 bar). Deve-se atentar para temperaturas extremas (–40°C a +55°C).

Todo o sistema de embalagem não deve conter mais de 4 litros. Essa quantidade exclui o gelo, o gelo seco ou o nitrogênio líquido utilizado para manter as amostras resfriadas.

21.6.6 Particularidades no caso de amostras sólidas

Se vários recipientes primários frágeis, como tubos de vidro, forem colocados juntos em uma única embalagem secundária, eles devem ser individualmente embrulhados ou separados para evitar contato entre eles. Este requisito não se aplica quando forem utilizados tubos de coleta de plástico resistente.

Se houver qualquer dúvida quanto a haver líquido residual na embalagem primária durante o transporte, devem ser usadas embalagens adequadas para os líquidos, incluindo materiais absorventes

21.6.7 Particularidades no caso de amostras refrigeradas

Amostras refrigeradas ou congeladas com uso de gelo, gelo seco e nitrogênio líquido

a. Quando for usado gelo seco ou nitrogênio líquido para manter amostras resfriadas, há alguns requisitos para este tipo de transporte estabelecidos nas normas de transporte para produtos perigosos. O gelo ou gelo seco deve ser colocado fora da embalagem secundária, na embalagem externa ou na sobre-embalagem. Devem ser fornecidos suportes interiores para garantir que as embalagens secundárias se mantenham na posição original após o gelo seco ou gelo se dissipar. Se for utilizado gelo, deve-se garantir que não ocorrerão vazamentos na embalagem externa ou na sobre embalagem.
b. A embalagem primária e a embalagem secundária devem manter a sua integridade tanto para a temperatura do refrigerante utilizado como para a temperatura e a pressão resultantes caso se perca a refrigeração.

Não há exigência de certificação ou homologação de aprovação das embalagens da categoria B por parte das agências reguladoras de transporte no Brasil. No entanto, o fabricante das

embalagens deve fornecer ao remetente ou à pessoa que prepara a embalagem instruções claras sobre o seu acondicionamento e fechamento, para permitir que a embalagem seja corretamente preparada para o transporte.

21.7 Biossegurança

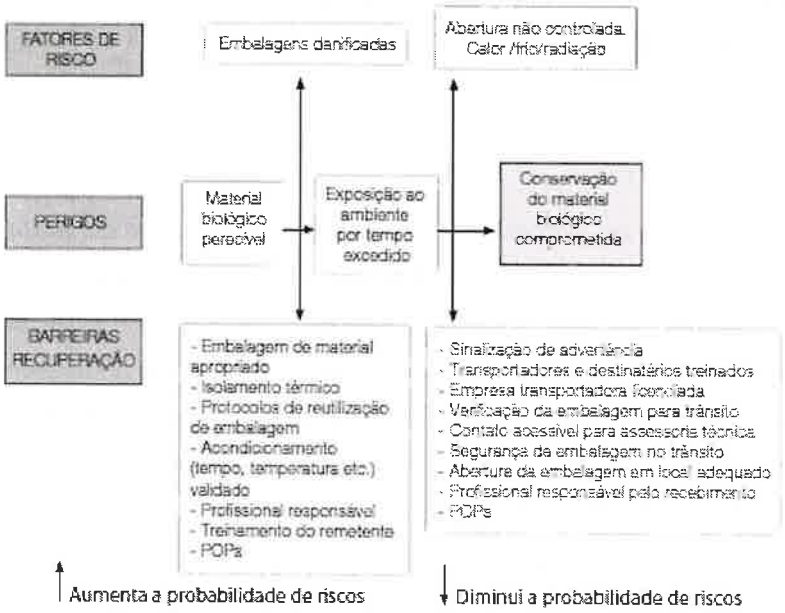
O pessoal envolvido no processo de transporte deve dispor de equipamentos de proteção coletiva e individual, de acordo com o risco envolvido nas atividades de manipulação do material biológico. Em situações normais, durante o processo de transporte, a manipulação do material acontece durante o acondicionamento no laboratório remetente e no recebimento das amostras no serviço destinatário. O pessoal responsável por estas atividades está sob risco de exposição direta ao material biológico humano, devendo ser vacinado de acordo com as normas de saúde do trabalhador

Independentemente da classificação de risco do material biológico transportado, quando qualquer indivíduo responsável pelo acondicionamento, transporte ou abertura da embalagem de material biológico perceber que ela se encontra avariada ou vazando, deve:

I. Evitar o manuseio da embalagem ou reduzi-lo ao mínimo;
II. Inspecionar as embalagens adjacentes para verificar se foram contaminadas e separar as que possam ter sido contaminadas;
III. Informar as autoridades locais (policiamento, corpo de bombeiros etc.) sobre o fato;
IV. Informar as autoridades de saúde pública apropriadas (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica etc.) e fornecer informações sobre pessoas que possam ter sido expostas ao perigo de contaminação; e
V. Notificar o remetente e o destinatário.

Os veículos que tenham sido contaminados por materiais biológicos devem ser lavados com água corrente e tratados com desinfetantes apropriados, em local adequado. A RDC 20/2014 não se aplica ao transporte de resíduos biológicos gerados nos serviços de saúde. Para tal, deve-se atentar para os requisitos constantes na RDC 306/2004, que aprova o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Figura 8 - Gerenciamento do risco de conservação do material biológico durante o transporte.



Fonte: ANVISA,2014.

Estes materiais precisam ser transportados de forma a manter sua integridade até seu destino final. Uma grande preocupação de âmbito regulatório é a garantia de temperatura adequada em todo o trajeto, bem como a integridade física deste material.

Para tal, a validação do transporte é fundamental e inclui as etapas de acondicionamento, trânsito e recebimento da matéria biológica. O padrão de acondicionamento das amostras, assim como a definição da faixa de temperatura adequada para o transporte das amostras biológicas até o seu destino final, é de responsabilidade do laboratório que acondiciona a matéria e deve levar em consideração as instruções do fabricante dos kits/reagentes aos quais essas amostras serão submetidas e a literatura/metodologia aplicável na realização dos exames.

Essas informações serão levadas em consideração durante a etapa de validação e deverão constar nos procedimentos operacionais utilizados no laboratório.

Características das amostras biológicas para fins de diagnóstico

As amostras enviadas a qualquer laboratório de diagnóstico devem possuir uma identificação adequada e as etiquetas devem utilizar material que resista ao manejo, isto é, tintas permanentes resistentes à água, fitas com cola ou etiquetas com adesivo apropriado.

O transporte é uma atividade complexa que deve observar requisitos relacionados à segurança e à manutenção das características do produto/amostra transportado. Quando se fala em amostra

clínica para diagnóstico, tem-se uma diversidade de tipos de amostras e cada uma requer cuidados específicos. O laboratório é o responsável por definir os critérios técnicos, de acordo com as características dos materiais biológicos e das tecnologias que utiliza, devendo manter registros e protocolos escritos.

Fluidos corporais

As amostras de sangue total precisam ser processadas o mais rápido possível na perspectiva de separação de células do plasma e do soro. Recomenda-se que a separação seja feita até duas horas depois de coletado o sangue total. Assim, o transporte que se realiza da área de coleta à área de processamento de amostras deve ser o mais rápido possível.

Nem todas as propriedades biológicas de uma amostra se deterioram com a mesma rapidez. Alguns analíticos requerem determinadas temperaturas para sua conservação. Em geral, existem três intervalos de temperaturas básicos, a depender do material:

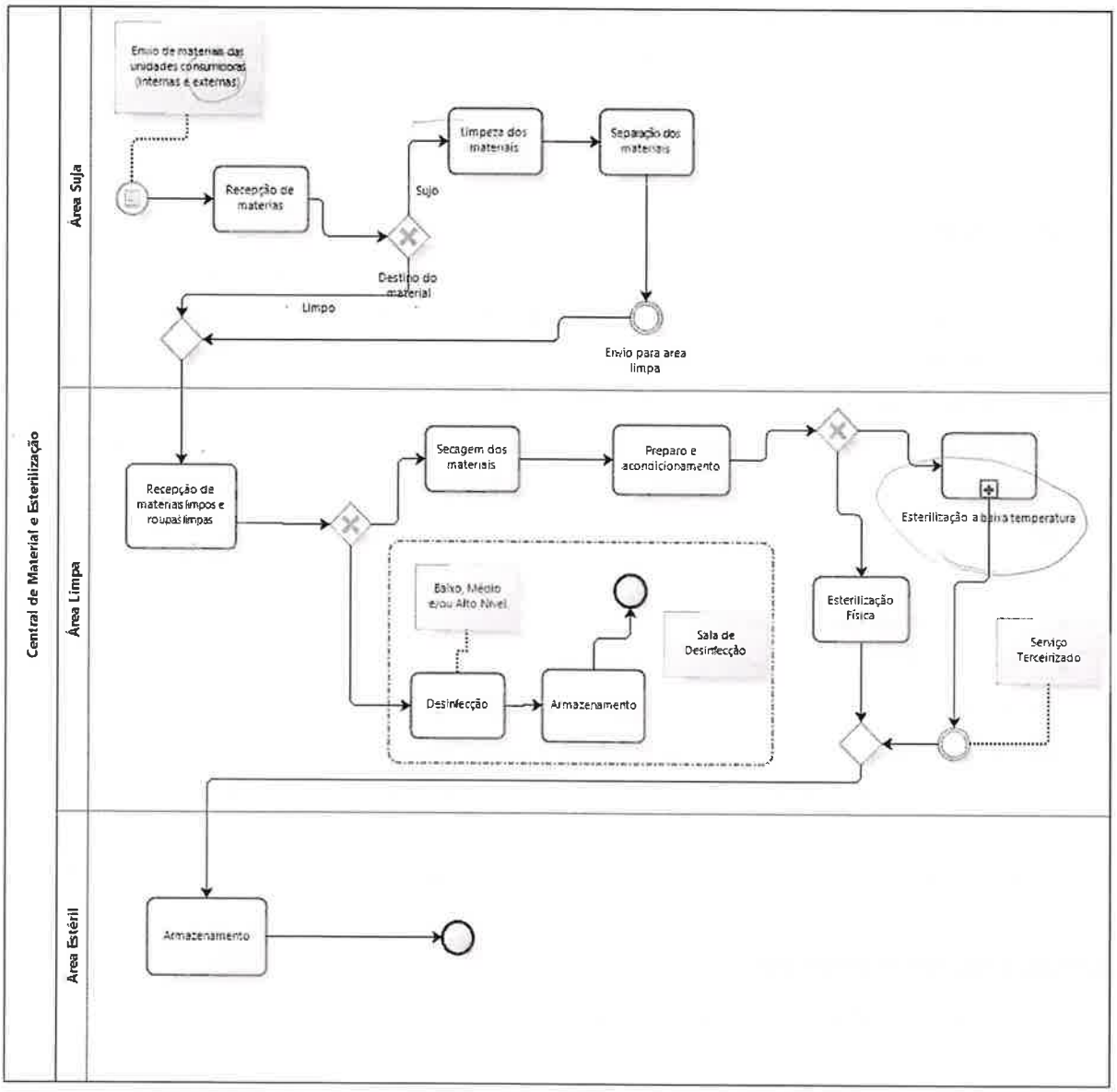
- Temperatura ambiente: 18°C a 25°C.
- Temperatura de refrigeração: 2°C a 8°C.
- Temperatura de congelamento: inferior a -18°C.

As amostras destinadas aos exames de fatores lábeis devem ser transportadas o mais rápido possível, na faixa de temperatura adequada para assegurar a qualidade das análises.

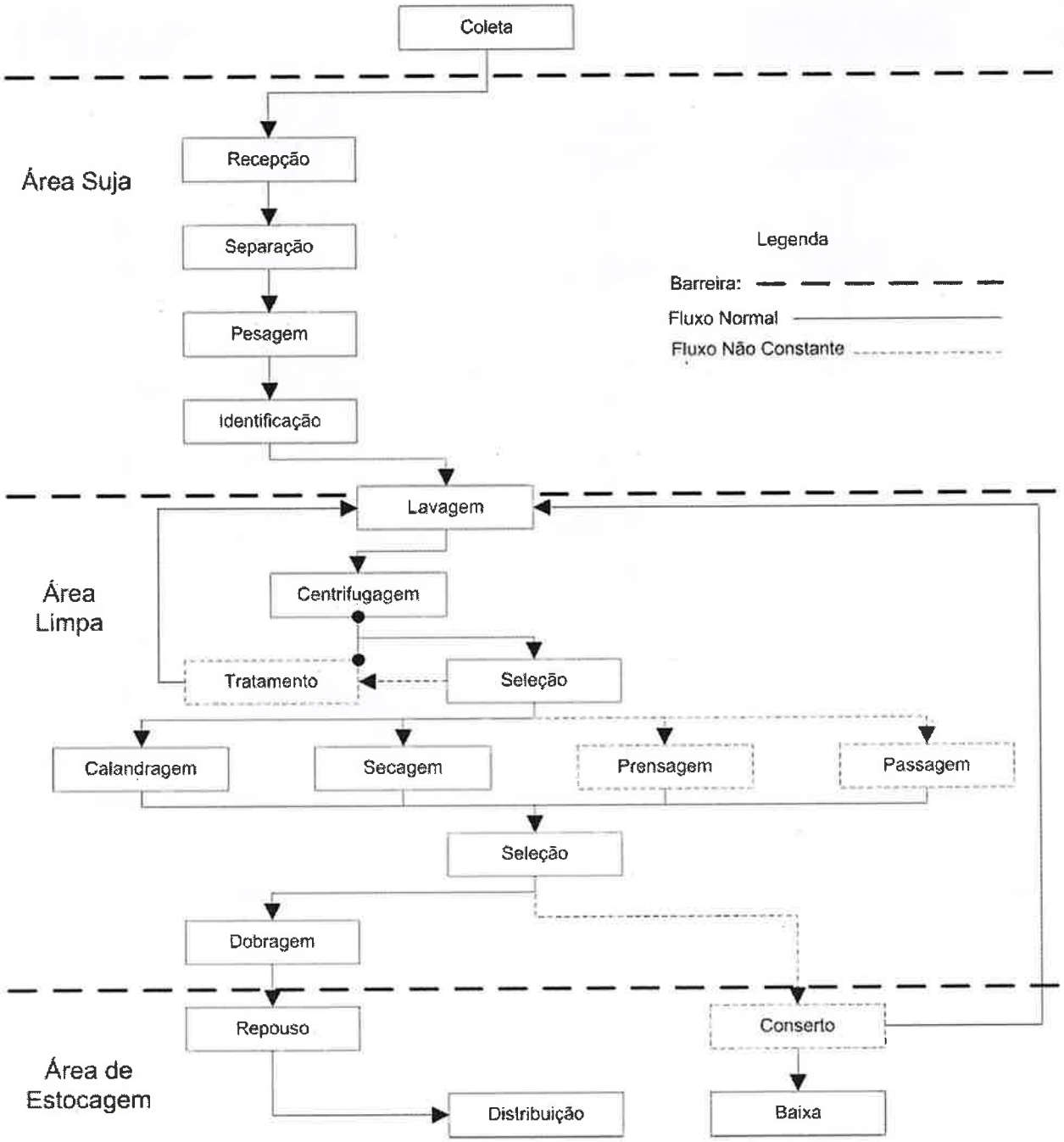
A avaliação da amostra no seu recebimento pelo destinatário é de suma importância para a qualidade do teste. Deve-se analisar o volume da amostra, o grau de hemólise e sinais de coagulação, alterações que podem ocorrer durante o processo de transporte. Essa avaliação depende do tipo de material biológico e é função do laboratório destinatário estabelecer requisitos de aceitação.

21.8Fluxos Operacionais de Apoio

Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados

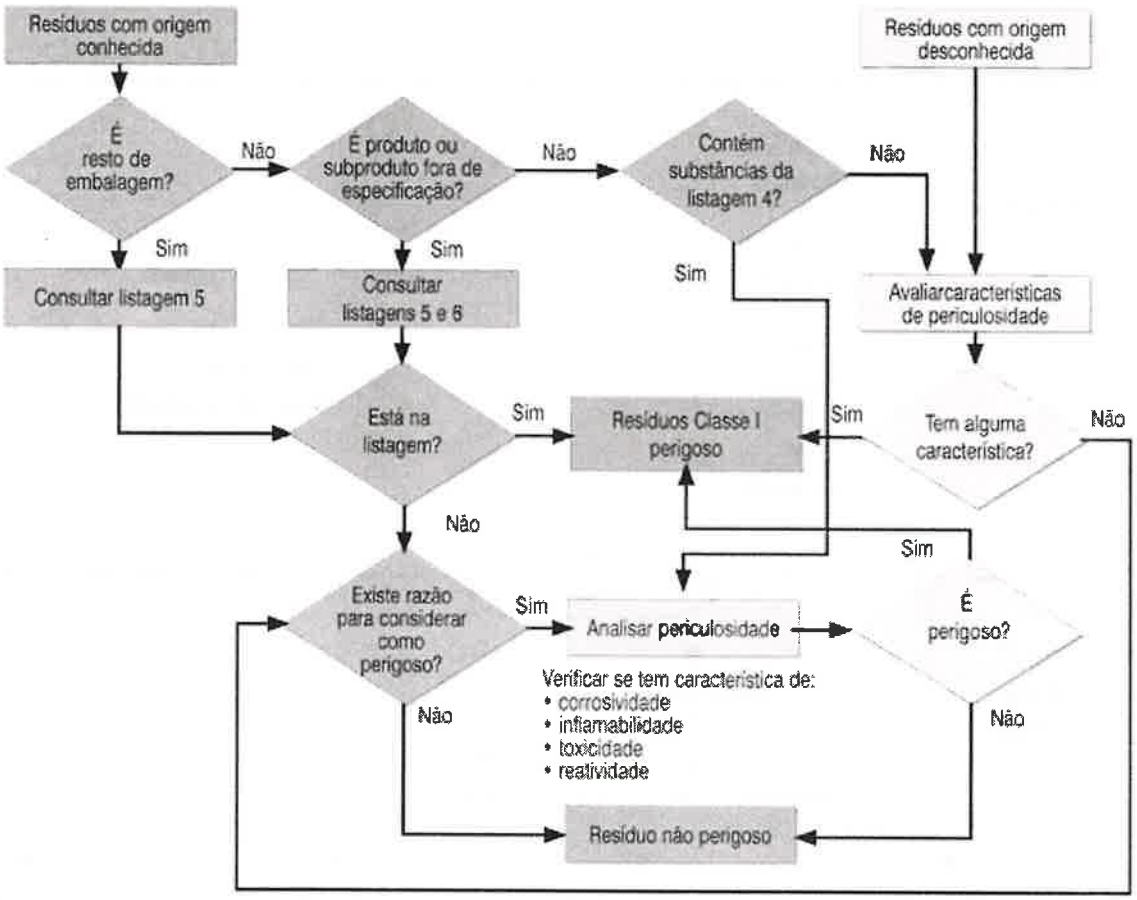


Fluxo Unidirecional para Processamento de Roupas



Fluxo Unidirecional para o Gerenciamento de Resíduos em Saúde

Fluxograma para segregação de resíduos em saúde



Fluxograma para segregação de resíduos em saúde – Grupo A Resíduos biológicos

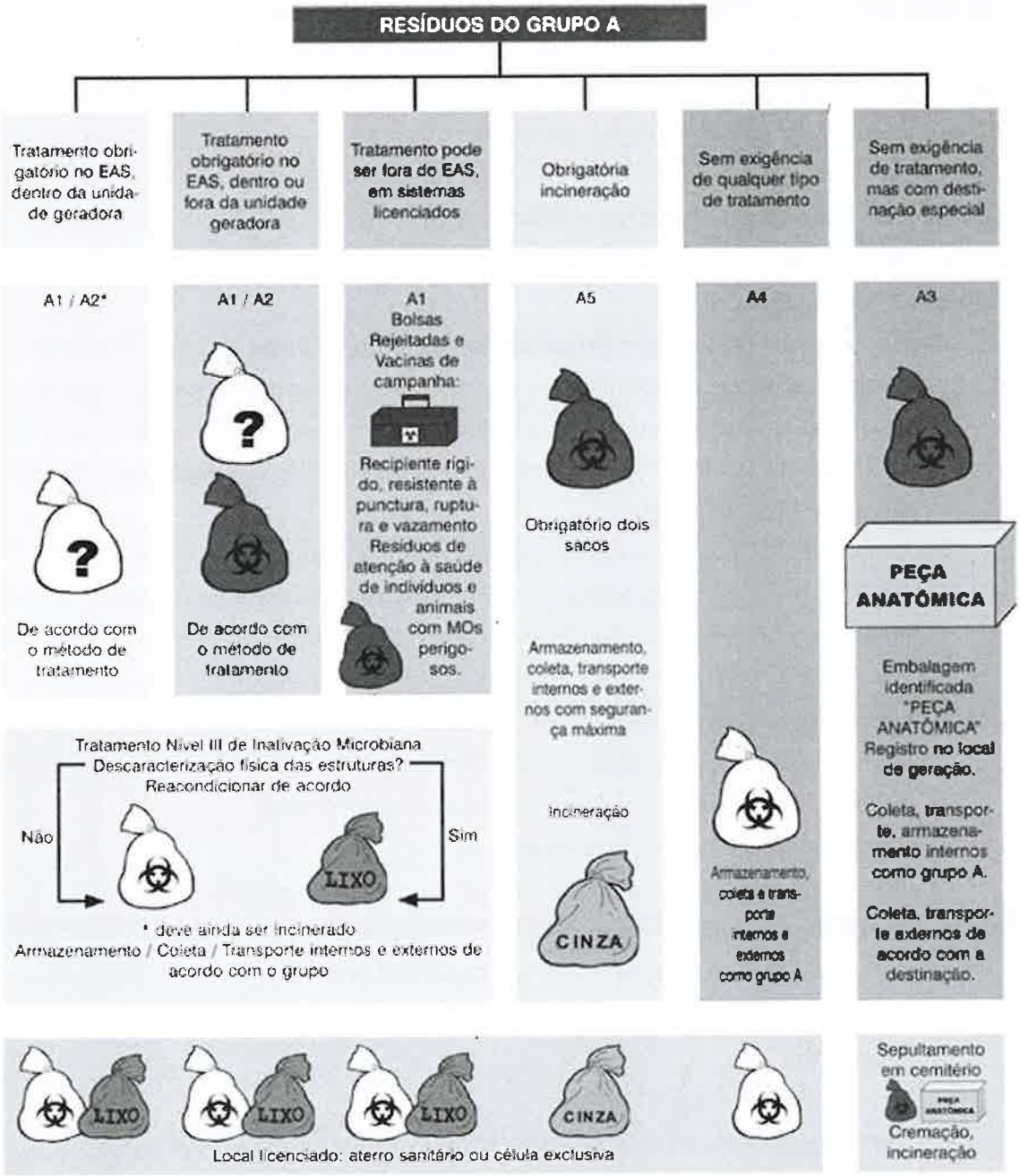


Figura: Noil A. Menezes Cussiol

21.9 Áreas da Coordenação Administrativa do Setor de Compras

Regimento interno

Proposta para Regimento Interno indicando as relações entre setores com foco no suprimento

O Regimento é um ato de caráter estável, aprovado pela Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa** que visa normatizar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** nos seus aspectos fundamentais. É um instrumento administrativo que conduz a uma maior organização da unidade. Tem como finalidade introduzir uma estrutura administrativa que permite atingir nobres ideais, o primeiro dos quais de ser promotor da saúde.

Modelo de Regimento Interno –UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS

Capítulo I - Das finalidades

Art. 1° - A **AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**, tem por finalidade:

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

Capítulo II – Da manutenção

Art. 2° - A **AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil,** manter-se-á através de:

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

Art. 3° - O resultado econômico que A **AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil** obtiver, proveniente de suas atividades, será aplicado na melhoria de seus recursos técnico-científicos, bem como no aperfeiçoamento de seus Recursos Humanos.

Capítulo III – Da estrutura organizacional

Art. 4° - Para o cumprimento de suas finalidades a **AHBB|Rede Santa Casa**, manterá estrutura organizacional formada por órgãos de autoridade direta ou assessoria, dispostos na seguinte ordem hierárquica:

- A **AHBB|Rede Santa Casa**
- Diretoria Administrativa e Financeira
- Coordenação de Enfermagem
- Serviço de Suprimentos/Compras/Almoxarifado/Faturamento /Financeiro
- Serviço de Tecnologia da Informação
- Serviço de Desenvolvimento e Treinamento/DP/RH
- Serviço de Prontuário de Paciente
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Custos e Patrimônio
- Núcleo de Qualidade
- Serviço de Engenharia Clínica, Manutenção, Segurança e Medicina do Trabalho
- Serviço de Informação ao Usuário/Serviço Social/Serviço de Atendimento ao Usuário
- Serviço de Enfermagem
- Seção de Hotelaria
- Seção de Esterilização de Materiais
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- Diretoria Clinica
- Comissões

Capitulo IV – Das atribuições e competências

Art. 5° - Compete à Diretoria:

I. Recebimento de donativos, legados e outros;

II. Representar **CAPS I,II, AD E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, por delegação da Diretoria Geral da **AHBB|Rede Santa Casa** em juízo e fora dele e, representando-o também, junto a Associações de Classe, Sindicato e outros;

III. Assinar, por delegação da Diretoria Geral da **AHBB|Rede Santa Casa,** livros e documentos, sacar, aceitar e endossar notas promissórias, duplicatas, cheques, títulos, créditos, receber dinheiro, passar recibos e dar quitações;

IV. Assegurar a regularidade de funcionamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, de acordo com os estatutos da Entidade Mantenedora, o Regulamento e os

Regimento do mesmo, sendo os dois últimos implantados por ela mesma e aprovados pela Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa**

V. Apresentar para deliberação da Diretoria da Entidade Mantenedora a proposta orçamentária anual, bem como, o programa que a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** pretende desenvolver no ano seguinte;

VI. Definir as assessorias na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e encaminhar à Diretoria para homologação;

VII. Consultar a Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa** quanto à aceitação, ou execução e cumprimento das deliberações da Diretoria da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS;**

VIII. Supervisionar a sistemática de compras, de pagamentos, bem como o fluxo de caixa da a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**

IX. Definir a utilização das instalações existentes, prover e zelar pela manutenção do patrimônio:

X. Fazer com que o paciente e colaborador sejam tratados com carinho, dignidade e justiça;

XI. Abrir, movimentar e encerrar contas bancárias em conjunto ou separadamente;

XII. Constituir procuradores e advogados, conferindo-lhes os poderes que julgar necessário.

Art. 6° A **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** manterá um Diretor Técnico ao qual compete:

I. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

II. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de Saúde, em benefício da população usuária da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

III. Representar a Unidade junto aos Órgãos Oficiais, Conselhos de Classe e outros;

IV. Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo das atividades médica da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

V. Propor a organização dos serviços médicos à administração da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, bem como a criação de novos serviços;

VI. Zelar pelo bom cumprimento dos princípios éticos e morais dos profissionais médicos em todas as áreas em que atuam esses profissionais;

VII. Propiciar a integração permanente entre a área médica e a administração da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS;**

VIII. Pesquisar e emitir parecer sobre novos serviços médicos a serem implantados na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

IX. Orientar os médicos e fixar normas para que eles não prescrevam por telefone;

X. Manter contato permanente com a administração da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** para o perfeito desempenho das suas funções;

XI. Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo da atividade médica da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

XII. Assegurar o exercício da correta prática médica na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, conforme normas específicas.

Art. 7° - Compete a Diretoria Administrativa e Financeira:

I. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento, bem como as determinações da entidade mantenedora, mantendo constante relacionamento com o Diretor Técnico/Clinico

II. Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos, administrativos, assistências e salariais aprovadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, cumprindo todas determinações emanadas da Sede Administrativa e da Diretoria Geral, mantendo constante relacionamento com ambas;

III. Dirigir, coordenar, controlar e orientar todos os Serviços da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;

IV. Administrar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e o Estatuto Social;

V. Planejar, organizar, comandar, coordenar, controlar, comunicar e orientar todos os Serviços da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;

VI. Administrar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e os Regimentos das Unidades Administrativas;

VII. Elaborar e submeter à aprovação da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, a proposta orçamentária anual e o programa a ser desenvolvido, tanto para aplicação de resultados quanto a receita;

VIII. Preparar o Orçamento-Programa do exercício seguinte, relacionando as atividades que pretende desenvolver, tanto assistências quanto de recursos humanos, sociais, da pastoral da saúde, educacionais e econômicas e as aplicações dos resultados, submetendo-o à

aprovação da Sede Administrativa prestação de contas mensal e anual, em quadros comparativos iguais aos da provisão orçamentária, em que aparecem Balanços, Demonstrativos de Receitas, Despesas e Resultados, além de execução de programas aprovados para o exercício;

IX. Analisar os relatórios e estatísticas do movimento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e da Contabilidade, remetendo-os em forma de Relatório Administrativo à Sede Administrativa;

X. Representar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, Sindicatos, Associações de classe e outras;

XI. Fixar o quadro de pessoal em número e qualificação, bem como níveis de remuneração

XII. Contratar e/ou dispensar pessoal, de acordo com a lotação de Quadro e aplicar penas ou sanções disciplinares, de acordo com as leis vigentes e quando necessárias;

XIII. Elaborar e implantar rotinas de trabalho;

XIV. Convocar e presidir reuniões com chefes de seções e outro, para discussão de problemas e elaboração de programas a serem desenvolvidos;

XV. Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder as demais práticas necessárias ao controle e manipulação do numerário;

XVI. Manter rigoroso controle financeiro das entradas e saídas de numerário;

XVII. Examinar mensalmente os movimentos financeiros, os demonstrativos da receita e despesa para manter o controle das verbas;

XVIII. Desenvolver contratos de prestações de serviços e os demais necessários ao bom funcionamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

XIX. Manter a melhor utilização da capacidade instalada com leitos e serviços e zelar para que a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** apresente um melhor padrão de atendimento;

XX. Participar das reuniões dos Serviços Médicos e manter perfeito entrosamento com os profissionais médicos procurando facilitar o trabalho;

XXI. Zelar pela conservação do edifício, instalações, equipamentos, móveis, máquinas e instrumentos e pelo seu uso adequado;

XXII. Analisar com os encarregados os respectivos Manuais de Organização bem como acompanhar a sua execução, apresentando as sugestões necessárias à sua adaptação aos serviços;

XXIII. Manter em dia os Registros e Alvarás.

Art. 8° - Compete à Diretoria Clínica:

I. Propor a admissão de novos médicos;

II. Organizar e manter atualizado o cadastro dos médicos da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

III. Propor ao Diretor Técnico nomes para as funções de Coordenadores das Clínicas Básicas;

IV. Coordenar e harmonizar todas as atividades médicas da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, em colaboração com a

V. Comissão de Ética Médica;

VI. Representar o Corpo Médico junto à Administração do **da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

VII. Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;

VIII. Prestar contas de seus atos na Assembléia Geral do corpo médico;

IX. Mediar os possíveis conflitos que envolvam os médicos da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;

X. Empenhar-se para que os componentes do Corpo Médico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, as ordens internas **da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;

XI. Cooperar com a Administração da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

XII. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;

XIII. Transmitir o seu cargo ao Vice Diretor Clínico em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;

XIV. Nomear, quando pertinente, os membros médicos das Comissões, Estatutárias e Não-Estatutárias, valendo-se da colaboração do Diretor Técnico da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

XV. Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo Médico e as Reuniões específicas;

XVI. Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado.

Art. 9 °- Compete à gerência:

I. Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;

II. Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;

III. Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;

IV. Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que os mesmos possam desenvolver adequadamente as suas atividades;

V. Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua área e planos de ação para resolver os possíveis problemas;

VI. Zelar para que os Serviços estejam em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;

VII. Manter constante contato com a Diretoria Executiva para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;

VIII. Agir como educador e multiplicador, orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e também pessoal;

IX. Avaliar todos os pedidos de compra, verificando se há real necessidade de aquisição;

X. Estudar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus Serviços;

XI. Elaborar e manter atualizado os Regimentos de todos os serviços sob sua responsabilidade.

Art. 10° – Compete às supervisões:

I. Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;

II. Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;

III. Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;

IV. Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que os mesmos possam desenvolver adequadamente as suas atividades;

V. Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua seção e propor planos de ação para resolver os possíveis problemas;

VI. Zelar para que as tarefas sejam desenvolvidas em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;

VII. Manter constante contato com a Gerência para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;

VIII. Agir como educador orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e também pessoal;

IX. Elaborar as requisições de compras, zelando para que os pedidos sejam adequados às necessidades da seção;

X. Elaborar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus serviços;

XI. Manter atualizados os Regimentos da Seção sob sua responsabilidade.

Normas para Funcionamento do Serviço de Administração Geral

Estrutura e Área de Abrangência:

Diretoria administrativa/financeira

Atribuições Diretor Administrativo Financeiro:

- Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos, administrativos, assistências e salariais aprovadas pela Associação, cumprindo todas determinações emanadas da Sede Administrativa e da Diretoria Geral, mantendo constante relacionamento com ambas;
- Dirigir, coordenar, controlar e orientar todos os Serviços da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- Administrar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e o Estatuto Social;
- Planejar, organizar, comandar, coordenar, controlar, comunicar e orientar todos os Serviços da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- Administrar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e os Regimentos das Unidades Administrativas;
- Elaborar e submeter à aprovação **da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, a proposta orçamentária anual e o programa a ser desenvolvido, tanto para aplicação de resultados quanto a receita;
- Representar **a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, Sindicatos, Associações de classe e outras;
- Fixar o quadro de pessoal em número e qualificação, bem como níveis de remuneração
- Convocar e presidir reuniões com chefes de seções e outro, para discussão de problemas e elaboração de programas a serem desenvolvidos;
- Manter a melhor utilização da capacidade instalada com leitos e serviços e zelar para que a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** apresente um melhor padrão de atendimento;
- Manter em dia os Registros e Alvarás.

Coordenação administrativa / Financeira e de Atendimento

Atribuições Coordenações:

- Coordenar as atividades e os profissionais que integram suas equipes;

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

Secretaria

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

I. O recebimento de toda correspondência e distribuição após destinação dada pelo Diretor da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**
II. O controle de todo o arquivo da Administração;
III. Filtragem de todas as ligações para a Diretoria;
IV. Agendamento de todas as reuniões internas e externas da Diretoria Geral, Administrativa e Técnica;
V. Digitação e ou elaboração das correspondências oriundas da Diretoria Geral, Administrativa e Técnica;
VI. Realizar as atividades que os Diretores Geral, Administrativo e Técnico lhe confiar.

Seção de Compras

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

I. Atender as solicitações dos agentes requisitantes para não comprometer a prestação de serviços aos pacientes;
II. Manter Cadastro atualizado de fornecedores;

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

IV. Adotar uma política de negociação ética e legal.

Serviço de Pessoal

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

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

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

III. Manter o coeficiente de funcionários indicado e preconizado pela administração da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

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

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

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

VII. Obter que todos os colaboradores usem o crachá;

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

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

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

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

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

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

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

XV. Elaborar um Regimento específico para o serviço;

XVI. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e o Regimento do Serviço.

Serviço de Recursos Humanos

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

I. Recrutar, selecionar, e treinar os Recursos Humanos, obedecendo ao orçamento anual de pessoal e com a autorização da Coordenação Administrativa;
II. Estabelecer junto a Diretoria Administrativa, a política de avaliação de desempenho;
III. Sugerir, à administração, a organização de eventos e a celebração de efemérides para favorecer o congraçamento dos colaboradores entre si e destes com os profissionais;
IV. Elaborar um Regimento específico para o serviço;
V. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e o Regimento do Serviço.

Farmácia

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

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

XI. Realizar mensalmente o relatório de atividades;

XII. Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regimento do Serviço

Serviço de Suprimentos

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

Seção de Almoxarifado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. Aplicar a curva ABC para estoques;

X. Informatizar a seção, integrando-a ao sistema utilizado na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

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

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

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

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

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

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

XVII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e Regimento da Unidade.

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

Qualidade

Art. 8° - A Qualidade, chefiada por profissional devidamente habilitado compete:

I. Administrar e facilitar a implantação dos modelos de gestão da qualidade;
II. Avaliar os modelos de gestão, com foco na qualidade do processo;
III. Trabalhar, junto às equipes, em propostas de ação de melhoria;
IV. Participar da elaboração dos indicadores da qualidade dos setores e acompanhá-los posteriormente;
V. Multiplicar e envolver os demais colaboradores com a filosofia da instituição;
VI. Elaborar, ministrar e avaliar os treinamentos relativos aos assuntos da área;
VII. Supervisionar as atividades de comunicação interna e externa da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;
VIII. Orientar a criação de formulários, normas e políticas para a padronização de procedimentos das áreas;
IX. Dar suporte e realizar treinamentos junto aos colaboradores, para esclarecimentos e orientações sobre os procedimentos da qualidade;
X. Realizar levantamentos de dados junto aos colaboradores para elaboração das normas e procedimentos, rotinas administrativas, analisando, organizando, executando e implementando os fluxos de trabalho (informações/ processos);
XI. Desenvolver trabalhos na elaboração de modelos (layout) de apostilas, comunicados (interno/ externo) e outros, seguindo padrões técnicos em conformidade com o solicitado;
XII. Buscar a adequação de não-conformidades junto aos setores do **da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;
XIII. Participar ativamente no Planejamento Estratégico da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS;**

Serviço de Tecnologia da Informação

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

I. Desenvolver, implantar e manter programas especificamente hospitalares áreas processamento de dados;

II. Controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais, para que as tarefas realizadas com a ajuda do processamento de dados, sejam feitas da forma mais aperfeiçoada e rápida possível;

III. Supervisionar as profissionais envolvidas na área, para que as atividades sejam levadas sempre em perfeita harmonia e se evite duplicidade;

IV. Elaborar um plano diretor para que, com o tempo, todas as atividades administrativas **da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** sejam informatizadas;

V. Manter os equipamentos de segurança, para não perder trabalho;

VI. Contratar, com terceiros, a manutenção dos equipamentos;

VII. Elaborar e colocar em prática um Regimento específico para o Serviço;

VIII. Manter atualizados os manuais do usuário;

IX. Proceder à reciclagem constante dos profissionais e colaboradores para que, além de manterem-se atualizados, possam inovar constantemente;

Manutenção

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

I. Manter em dia as plantas das áreas físicas e de instalações elétricas e hidráulicas, e de gases medicinais e especiais;

II. Garantir que sejam realizadas todas as manutenções preventivas das instalações e equipamentos;

III. Controlar serviços de terceiros, contrato de manutenções e correções de instalações e equipamentos especiais;

IV. Zelar para que a água da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** seja suficiente, de qualidade e adequada;

V. Manter em ordem todos os equipamentos específicos de hidráulica, elétrica, marcenaria e pintura;

VI. Manter, em ordem, os equipamentos contra incêndio; promover treinamentos periódicos de combate a incêndios;

VII. Manter em ordem os manuais dos equipamentos;

VIII. Manter em ordem e atualizada a relação de empresas que atendem os consertos dos equipamentos;

IX. Comunicar a retirada e ou a troca de móveis e ou equipamentos das unidades diversas e preencher os impressos específicos de controle;

X. Manter e garantir a segurança do quadro de todas as chaves da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS;**

XI. Assegurar e manter plantões de atendimentos a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, à noite, feriados e finais de semana;

XII. Garantir e manter, a geração de energia elétrica de emergência;

XIII. Promover continuamente, treinamento em serviço;

XIV. Participar ativamente da CIPA e nos programas de incentivo à segurança no trabalho;

XV. Manter sempre em bom estado físico, as dependências da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

XVI. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;

XVII. Elaborar e Implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;

XVIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e o Regimento das Unidades.

Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho

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

I. Promover e implantar medidas que visem à observância das normas de segurança e medicina do trabalho e pela utilização adequada dos equipamentos de proteção individual;

II. Elaborar relatório e coletar dados estatísticos específicos sobre o desempenho do serviço;

III. Promover realizações de treinamentos e campanhas para melhorar o desempenho dos empregados quanto à segurança e medicina do trabalho;

IV. Acompanhar e assessorar o desempenho da CIPA;

V. Acompanhar e controlar, junto ao Departamento Pessoal, os exames periódicos de todos os funcionários

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

Áreas da Coordenação Financeira

Financeiro

Art. 12° - Ao Serviço Financeiro compete:

I. Receber todos os valores que entrarem na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** tanto em depósito de caução, quanto em serviço, doações e outras concernentes com a seção;
II. Emitir os comprovantes de saída de caixa e os recibos de pagamentos;
III. Receber de outras Unidades, a documentação para pagamento e fazê-los quando autorizados;
IV. Preparar os pagamentos com os cheques preenchidos com cópia e nominais e encaminhá-los ao Diretor;
V. Elaborar e manter atualizado o fluxo de caixa;
VI. Elaborar e manter atualizado o boletim diário de bancos;
VII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
VIII. Escriturar em sistema previamente definido, diariamente, o número, o histórico e o valor do documento de entrada e saída;
IX. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** e o Regimento da Seção.

Custos e Patrimônio

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

I. Apurar o custo segundo metodologia implantada;
II. Repassar a informação aos setores envolvidos:
III. Estar à disposição para discussão da apuração e orientação aos colaboradores;
IV. Informar a SMS os dados mensalmente solicitados;
V. Controlar e zelar pelos bens móveis da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;
VI. Cumprir e fazer cumprir este regulamento.

Assessoria Jurídica/Contratos

I. Art. 14° - A da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** deverá ter sempre uma Assessoria Jurídica para que todas as suas pendências judiciais sejam equacionadas da forma mais aperfeiçoada possível, através da contratação de um advogado e com contrato de prestação de serviços e instrumentos procuratórios específicos, à qual compete:
VII. Elaborar todos os contratos de prestação de serviços que a da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;
I. mantém com terceiros;
II. Examinar as procurações e a situação de cada mandatário;

VIII. Defender os interesses da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

III. judicial e extrajudicialmente;

IV. Efetuar as cobranças dos casos pendentes;

IX. Atuar em todas as ações em que a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

V. for sujeito ativo ou passivo;

VI. Julgar a procedência de pedidos de fornecimento de informações sobre a unidade e os pacientes;

X. Orientar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

VII. sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras.

VIII. Examinar a documentação inerente à contratação de colaboradores, bem como verificar o recolhimento dos encargos sociais, recalculando-os se necessário.

XI. Emitir pareceres sobre questões inerentes a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

IX. na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;

XII. Representar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

X. **Saúde** junto ao sindicato patronal para discutir os dissídios coletivos.

Faturamento

Art. 15° - A Seção de Faturamento, chefiada por profissional devidamente habilitado, compete:

I. Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes do Sistema Único de Saúde;

II. Assegurar para que todos os prontuários dos pacientes com alta sejam faturados e entregues dentro dos prazos previstos;

III. Elaborar mapas demonstrativos mensais do faturamento elaborado, observando roteiros implantados pela administração para o preenchimento de um Relatório Mensal de Prestação de Contas;

IV. Informatizar por inteiro o Serviço, utilizando programas e equipamentos compatíveis;

V. Estabelecer e assegurar o cumprimento do fluxo de encaminhamento e tempo, das solicitações de autorizações de internação;

VI. Garantir para que sejam mantidas atualizadas as tabelas de preços dos produtos e serviços hospitalares;

VII. Dispor de tabelas atualizada dos códigos e valores praticados pelos órgãos oficiais;
VIII. Elaborar e acompanhar mapas de controle de valores faturados, recebidos e glosados e preparando o refaturamento das glosas;
IX. Promover sistematicamente educação continuada e treinamento a toda a equipe;
X. Interagir com a Gerência de Enfermagem, no que se refere a alteração das normas dos SUS que diz respeitos aos procedimentos dos serviços;
XI. Elaborar um regimento específico para área;
XII. Fixar sistema de revisão de débito com base nos prontuários;
XIII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
XIV. Elaborar em conjunto com a TI, Manual de Normas, Rotinas e Regulamento dos Serviços;

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;
XIV. e o Regimento do Serviço.

Prontuário de Pacientes

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

I. Zelar para que o prontuário esteja completo e preenchido corretamente, interagindo com outros serviços para atingir este objetivo;
II. Manter um prontuário único para cada paciente, responsabilizando-se pela guarda e conservação dos mesmos;
III. Elaborar, mensalmente, os mapas estatísticos referentes à utilização e ocupação da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**, bem como preencher e enviar as estatísticas exigidas pelos órgãos legais;
IV. Fazer levantamentos de dados, sempre que solicitado pela administração, para atender as solicitações legais;
V. Proibir o acesso ao prontuário médico, de pessoas não autorizadas para esta finalidade;
VI. Utilizar sistema apropriado para identificação e guarda do prontuário, facilitando, assim, sua localização quando necessário;
VII. Manter o regimento da seção atualizado e sugerir mudanças para aperfeiçoamento.

Contabilidade

I. Art. 17° - Ao Serviço de Contabilidade da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** chefiado por contador devidamente habilitado e registrado no órgão competente, compete:

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

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

III. Manter controle contábil dos estoques

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

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

VI. Implantar sistema informatizado compatível com outras unidades administrativas;

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

VIII. Manter controle dos cheques emitidos e dos devolvidos;

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

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

XV. Promover, periodicamente, auditoria contábil por profissional específico, com relatório específico e encaminhá-lo à Administração da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

XVI. Elaborar um plano Contábil de Custos e implantá-lo para que mensalmente sejam levantados os custos de cada Unidades da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

XI. e os custos unitários dos serviços produzidos em cada Unidade;

XVII. Implantar, em toda a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

XII. , os Centros de Custos e colaborar na introdução dos relatórios de produção de cada Unidade;

XVIII. Implantar sistemas, de forma a fixar os coeficientes de rateio dos serviços e produtos comuns a todo a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;

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

XIX. Elaborar quadros comparativos mensais das Receitas e dos Custos da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** por Unidade;

XIV. Informatizar por inteiro todas as práticas contábeis;

XV. Manter arquivo organizado para a documentação;

XVI. Realizar mensalmente o relatório de atividades;

XVII. Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regulamento do Serviço;

XVIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** e o Regimento do Serviço.

Áreas da Coordenação De Atendimento

SAU – Serviço de Atenção ao Usuário

Art. 18° - Ao SAU, compete:

I. Garantir o atendimento ao público em geral, prestando-lhes as informações solicitadas, encaminhando o cliente ao Serviço de Atendimento ao usuário;

II. Formalizar a admissão dos pacientes aos serviços assistenciais, quer externo ou quanto à internação, enquadrando-os no Sistema Único de Saúde;

III. Zelar para que impressos e ou informações introduzidas pela Administração sejam corretamente preenchidos;

IV. Levantar informações estatísticas diárias e mensais relativas à capacidade instalada dos serviços e leitos da entidade a sua movimentação, enquadrando-os no Plano Estatísticos;

V. Controlar fluxo de pessoas que adentram na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**, de conformidade com as normas estabelecidas pela Diretoria;

VI. Providenciar o acompanhamento do paciente à internação;

VII. Manter registro das internações efetivadas, incluindo, sequência dos números de registros, internação, alta, óbito, remoção e evasões;

VIII. Interagir com o Serviço Social, visando o treinamento para a comunicação de óbito;

VIII. Interagir com todos os serviços da Entidade que posam intervir no funcionamento do mesmo;

IX. Instruir um sistema de Controle de Leitos;

X. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;

XI. Elaborar, em conjunto com a Diretoria, Manual de normas, rotinas e Regimento da Unidade;

XII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** e o Regimento da Unidade.

XIII. Receber e controlar todas as chamadas telefônicas, dando-lhes o devido encaminhamento;

XIV. Restringir as chamadas particulares;

XV. Apresentar, mensalmente, o relatório das ligações;

XVI. Manter atualizada a lista de telefones para contato com os profissionais que atuam no Hospital, bem como dos serviços;

XVII. Manter sempre atualizada a lista das seções e setores e de suas respectivas chefias;

XVIII. Manter relatório das ocorrências, estatísticas e atendimentos.

Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

Art. 19° - Compete ao SAU:

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

II. Checar as informações e responder ao usuário que se identificar ou a um representante da comunidade beneficiada pelo atendimento.

III. Acompanhar as providências adotadas, garantindo o direito de resolutividade e manter o requerente informado do processo.

IV. Atender sempre o manifestante com cortesia e respeito, sem discriminação ou pré-julgamento, dando-lhe uma resposta à questão apresentada, no prazo de até 7 (sete) dias úteis.

Hotelaria

Seção de Higienização e Limpeza

Art. 20° - Ao Serviço de Higienização e Limpeza:

I. Promover a higienização e limpeza diariamente de toda a entidade levando em consideração a especificação de cada local;

II. Implantar as normas técnicas definidas nos Manuais de Procedimentos;

III. Elaborar as escalas de serviços, em consonância coma s atividades desenvolvidas em cada local;

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

V. Estabelecer o fluxo para a coleta do lixo, segundo a legislação vigente;

VI. Coletar o lixo, observando as normas definidas para o devido destino, seguindo a legislação vigente;

VII. Combater, periodicamente, insetos e roedores;

VIII. Promover, continuamente, treinamento em serviço;

IX. Observar e comunicar as seções e setores específicos, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;

X. Zelar na manutenção da limpeza do estacionamento e das áreas externas da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde;**

XI. Elaborar relatórios próprios para controles e avaliações;
XII. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;
XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** e o Regimento da Unidade.

Serviço de Processamento de Roupa

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

I. Recolher, pesar, processar, distribuir e controlar todas as roupas da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde;**
II. Assegurar que seja realizada a manutenção preventiva dos equipamentos e instalações;
III. Garantir para que a distribuição de roupa seja proporcional à necessidade de cada seção ou setor e nos horários previamente estabelecidos;
IV. Assegurar para que as roupas processadas não sejam veículos de disseminação de contaminação;
V. Efetuar levantamentos periódicos e introduzir dispositivos que permitam o controle eficaz de toda a rouparia da entidade;
VI. Elaborar escalas de serviços em consonância com as atividades desenvolvidas em cada setor da unidade;
VII. Garantir que a Unidade esteja sempre em ordem, assegurando que os funcionários se utilizem sempre dos EPIs indicados.
VIII. Assegurar que seja realizado o controle bacteriológico dos processos de lavagem, carros de transporte e depósito e roupas;
IX. Garantir para que não haja a manipulação desnecessária da roupa suja;
X. Requisitar o material e os serviços necessários à unidade;
XI. Fazer relatórios necessários ao levantamento de custos;
XII. Garantir o conserto da roupa que se estraga, definindo a prioridade de confecção de novas;
XIII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
XIV. Elaborar e fazer cumprir o Regulamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** e o Regimento da Unidade.

Serviço Social

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

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

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

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

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

I. Promover a compreensão e prática dos deveres dos funcionários para com a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** e seus serviços, levando-os ao aperfeiçoamento consciente, personalizado e responsável por um trabalho e qualidade total;

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

Nutrição e Dietética

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

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

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

III. Preparar cardápios para pacientes, acompanhantes e colaboradores;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XVI. Realizar mensalmente o relatório de atividades;

XVII. Elaborar formulários apropriados para as tarefas específicas;

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

XIX. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do CAPS I,II, AD E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS **Saúde** e o Regimento da Unidade.

Capítulo II – disposições gerais

Na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**, a pessoa humana é o valor maior de todos os esforços do mesmo serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios

O presente regulamento, disciplinado pelos regimentos de cada unidade, deverá ser observado por todos que trabalham no hospital, empregados ou não.

21 Proposta de regimento interno do serviço de enfermagem

Introdução

A Enfermagem tem instituído a utilização de documentação técnica para organizar o serviço de enfermagem na área assistencial, prática que vem sendo cada vez mais na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**.

Normalmente a documentação abrange o apoio diagnóstico, tratamento e prevenção, orientando os profissionais da área de enfermagem em suas rotinas de trabalho.

O Manual Técnico de Normas e Rotinas do Serviço de Enfermagem surgiu da necessidade de estabelecer um documento de organização do serviço com regimento, organograma, normas e rotinas de enfermagem na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**

Capitulo I- Da Política do Serviço de Enfermagem:

Art. 1- Enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde.

O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existência do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

Capitulo II- Dos Objetivos e Finalidades:

Art. 2 - Organizar, orientar e documentar todo desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para com os usuários, família, comunidade e a equipe de saúde.

Art. 3 - O serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I. Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes do SUS: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;

II. Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe da enfermagem;

III. Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de Saúde.

Art.3- Posicionamento dos profissionais da enfermagem:

As normas do serviço de Enfermagem da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde** têm por finalidade estabelecer conduta aos funcionários, visando o bom funcionamento das atividades conforme a filosofia implantada.

São normas do Serviço de Enfermagem da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde.**

Exercer as funções de acordo com o que determina a Lei de Exercício 7.498/86 e Decreto 94.406/87 do profissional;

- Respeitar a hierarquia do organograma do serviço;
- Apresentar-se ao serviço com antecedência de quinze (15) minutos, devidamente uniformizado (branco e jaleco), asseado e com identificação em lugar visível;
- Assumir o plantão com antecedência de 15 minutos, para que todas as informações pertinentes ao serviço e ao usuário/cliente seja garantida;
- Todas as intercorrências deverão ser registradas em livro Ata para o respaldo possível da Chefia Mediata e Imediata;

- As mulheres, manter os cabelos devem estar presos, unhas curtas (se estiver com esmalte manter cores discretas), com maquiagem e batom discretos, sem adornos que dificultem ou interfira no cuidado do cliente;
- Aos homens, manter os cabelos curtos, unhas curtas e barba feita;
- Calçar sapatos adequados, sem abertura na frente e nem atrás.
- Bolsa, sacolas e mochilas deverão ser acondicionados em armários próprios, devendo o funcionário dirigir-se, a unidade, portanto apenas o material de bolso (garrote, caneta, tesoura e carimbo);
- Deverá portar material de bolso durante todo o período de trabalho;
- O colaborador deverá usar obrigatoriamente todos os equipamentos de segurança de acordo com o procedimento que irá executar;
- O horário de refeição será estipulado pela chefia, obedecendo revezamento;
- É dever de todo funcionário zelar pelo patrimônio móvel e imóvel;
- É dever de todo funcionário NÃO se ausentar durante o horário de serviço (saídas a rua);
- Todo procedimento deverá ser realizado com o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual);
- Toda anotação de Enfermagem deverá ser carimbada (nome, função e COREN) e assinada por quem a executou. Este carimbo é de responsabilidade de cada funcionário (confecção, utilização e guarda);
- Cada funcionário deverá conhecer as atribuições a ele destinadas e que se encontram no Manual de funcionamento de cada **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS Saúde**;
- O serviço prestado pela Prefeitura do Município de **Almirante Tamandaré - PR** é gratuito, portanto, nenhum funcionário receberá pagamento, ou gratificações de clientes, familiares ou responsáveis.
- O carrinho da sala de emergência deverá ser conferido de acordo com a escala de serviços.
- A escala de serviço será confeccionada pelo Enfermeiro e deverá ser seguida obrigatoriamente;
- Assuntos pertinentes à enfermagem deverão ser discutidos com o enfermeiro, respeitando a hierarquia do serviço;
- Nenhum setor deverá ficar sem funcionário
- Evitar comentários indevidos na frente de pacientes e/ou acompanhantes;

- Nas remoções o profissional de enfermagem deverá sempre ir junto com o paciente na parte de trás da ambulância;
- Todo material que for usado na remoção (lençóis, cobertores, equipamentos) deverá retornar à unidade de origem;
- Os enfermeiros deverão preencher a Ficha de Notificação e Investigação para todas as doenças de notificação compulsória, nos casos de Atendimento Antirrábico Humano, seguir orientação e encaminhar os pacientes à Vigilância Epidemiológica de segunda a sexta feira;
- NR 32.2.4.15: São vetados o reencape e a desconexão manual das agulhas;
- NR 32. 2. 4. 4: Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação de trabalho.
- NR 32. 2. 4. 5: O empregador deve vedar:
- A utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
- O ato de fumar, o uso de adornos (alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, piercings expostos) e manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho, o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
- Aguarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
- NR 32. 2. 4. 6. 2: os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais;
- Comunicar qualquer acidente de trabalho exigindo a abertura da comunicação de acidente de trabalho – CAT – por menor que seja o acidente, mesmo não havendo afastamento do trabalho (fluxograma de acidente de trabalho em anexo);
- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;
- Informar ao paciente e/ou responsável todo procedimento que vai ser executado;
- Na administração de medicamentos atentarem aos 11 certos: -Medicamento certos – Aspecto; Validade; Compatibilidade Medicamentosa; Direito de recusa; Orientação ao paciente; anotação correta; Dose certa -Paciente certo -Via certa -Hora certa.
- Todos os acessos venosos dos clientes internados deverão ser identificados (número do gelco/scalp e data);
- Toda solução parenteral deverá constar de identificação
- Ao receber o plantão fazer conferência de materiais, medicamentos e equipamentos existentes na unidade de serviço, constar em relatório;

- Os kits da Sala de Emergência deverão ser conferidos em todos os plantões, datados, assinados e carimbados;
- Todo e qualquer procedimento realizado nos pacientes deverão ser registrados na FAA e/ou prontuário, assinado e carimbado, SEMPRE anotar data e horário;
- O livro de Registro de Pacientes da Observação e da Sala de Emergência deverá ser feito em todos os plantões, constando observações pertinentes à condição do paciente, alta, remoção, entre outras;
- Nas receitas de psicotrópicos deverá constar número de FAA com carimbo e assinatura de quem administrar;
- Toda e qualquer intercorrência com paciente deverá constar em prontuário e o enfermeiro do plantão deverá estar ciente para poder comunicar ao médico;
- As Anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na Instituição;
- As trocas de folgas e/ou plantão serão permitidas pelo Enfermeiro Assistencial do plantão quando for conveniente, devendo ser registrada em documento específico com o mínimo de 36 horas de antecedência;
- A SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser realizada por toda a equipe de enfermagem atendendo as legislações vigentes
- Na admissão registrar condições do paciente, se estar ou não acompanhamento entre outras observações;
- Na Alta hospitalar, verificar se no prontuário consta assinatura do médico responsável, entregar receitas e/ou exames realizados e informar ao Serviço Social para que este comunique a família e/ou responsável;
- Anotar em prontuário as condições em que o paciente saiu da unidade e acompanhado por quem;
- A SAE –Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser realizada a partir de duas (2) horas, em que o paciente se encontrar em observação na unidade, sendo responsabilidade do Enfermeiro de plantão realizar a SAE e caberá ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem realizar a checagem da prescrição de enfermagem;
- O profissional que preparar a medicação OBRIGATORIAMENTE será o que irá administrar;
- Os equipamentos deverão ser passados em plantão testados;

Artigo 4º - Dos conceitos-

Para fins deste Instrumento, considera-se:

I. Acolhimento: Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário;

II. Classificação de Risco: Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada;

III. Emergência: qualquer situação que represente risco imediato de vida ou de comprometimento de órgão ou função, exigindo interferência imediata para que seja preservada a integridade da pessoa afetada. A existência de risco imediato é reconhecida pela equipe de saúde responsável pelo atendimento, com base na avaliação clínica da condição mórbida apresentada pelo paciente;

IV. Ouvidoria: Serviço representativo de demandas do usuário/paciente ou profissional da saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais;

V. Usuário/paciente: é qualquer pessoa que se submete a tratamento terapêutico e confia sua saúde a um profissional de saúde;

VI. Urgência: situação de risco de comprometimento de órgão ou função, estabelecido com base em critérios clínicos e no modo de apresentação da queixa, que, embora não exija interferência imediata, deve ser abordada no prazo máximo de algumas horas, seja por procedimentos diagnósticos complementares, seja por intervenção terapêutica.

22 Regimento interno do corpo clínico

Capítulo primeiro - Introdução

Artigo 1º - O presente regimento interno visa disciplinar a constituição do corpo clínico da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS do** Município de **Almirante Tamandaré- PR**, bem como as ações, relações, avaliações e conduta dos médicos que, individualmente ou na condição de membros de equipes especializadas, utilizam as instalações do estabelecimento para o exercício de suas atividades profissionais.

Artigo 2º - Constitui-se em estabelecimento de assistência médica, gerenciado pela SMS **Almirante Tamandaré/PR**, com sede e foro nesta cidade de **Almirante Tamandaré.**

Artigo 3º - A finalidade da Unidade vem a ser a assistência médica aos doentes em geral, independentemente de cor, raça, religião, convicções políticas e ideológicas e de condição socioeconômica, em cujo benefício o corpo técnico e administrativo, juntamente com o corpo clínico, atuarão com o zelo, ética e profissionalismo.

Parágrafo primeiro: Os atendimentos e atos médicos respeitarão as normas específicas estabelecidas pela Diretoria da Unidade e pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

Capítulo II -Do corpo clínico

Artigo 4º - Entende-se como Corpo Clínico o conjunto de médicos da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, que têm a incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Artigo 5º - O Corpo Clínico é integrado por todos os médicos contratados pela **AHBB|Rede Santa Casa**, devidamente cadastrados nesta unidade, legalmente habilitados para o exercício da Medicina no Brasil, aos quais cabe a execução de todos os atos e procedimentos necessários ao bom atendimento do paciente, sempre com estrita obediência aos princípios da Ética Médica e sujeitos às regras das legislações civil e penal.

Artigo 6º - O Corpo Clínico terá como objetivos, dentre outros:

a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
b) Assegurar melhor assistência à clientela desta Unidade;
c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Unidade;
d) Estimular a pesquisa médica;
e) Cooperar com a Administração da Unidade, visando à melhoria da prestação da assistência médico-hospitalar;
f) Estabelecer rotinas de procedimentos médicos para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Capítulo III - Dos direitos e deveres dos membros do corpo clínico

Artigo 7º - É assegurado aos integrantes do Corpo Clínico, de acordo com a sua categoria:

I. Participar das assembleias e das Reuniões Médicas;
II. Conforme a categoria a que pertencer, votar e ser votado, nos casos previstos neste Regimento;
III. Conforme a categoria a que pertencer, eleger o Diretor e o Vice-Diretor Clínico, bem como a Comissão de Ética Médica;

IV. Decidir sobre a exclusão dos membros do Corpo Clínico, mediante a garantia de defesa e com obediência a este Regimento e às normas legais vigentes;

V. Utilizar os serviços técnicos disponíveis e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados obedecerá às normas relativas à qualificação e ao treinamento específico do profissional e também às regras administrativas pertinentes;

VI. Comunicar Diretoria, se for o caso, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - **CREM PR** - falhas observadas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada pela **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, do Município de **Almirante Tamandaré/PR** e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento dos serviços prestados aos pacientes;

VII. Elaborar e manter atualizado, o prontuário do paciente, com os registros, de forma legível, do histórico clínico, evolução, ordens e prescrições, assinadas e datadas, de modo a permitir a elucidação do caso, a qualquer momento;

VIII. Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar;

IX. Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética pelos atos praticados no exercício profissional;

X. Auxiliar a Administração da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, e os órgãos diretivos do Corpo Clínico, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e aprimorar o padrão técnico e operacional do estabelecimento;

XI. Zelar pelo bom nome e reputação do Corpo Clínico e da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, no seu todo;

XII. Obedecer ao Código de Ética Médica, bem como às normas técnicas e administrativas da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**,;

XIII. Restringir suas atividades profissionais às áreas de atuação para as quais foi credenciado, exceto em situações de emergência;

XIV. Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;

XV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes destes, quando solicitado;

XVI. Colaborar com as Comissões específicas da Prefeitura;

XVII. Referir-se a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, em trabalhos científicos, quando estes forem desenvolvidos parcial ou totalmente em seu âmbito interno ou quando o seu autor se valer de dados estatísticos ou elementos informativos próprios do estabelecimento;

XVIII. Tratar com cordialidade e respeito os colegas do Corpo Clínico, bem assim os membros do corpo de enfermagem, os funcionários administrativos e os Diretores da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, e Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

Capítulo IV - Da composição do corpo clínico

Artigo 8º - O Corpo Clínico da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, **Saúde** é integrado por todos os médicos contratados pela **AHBB|Rede Santa Casa** devidamente cadastrado nesta unidade e que se encontram no pleno direito de exercitar a Medicina, com plena autonomia profissional.

Capítulo V - Da admissão ao corpo clínico

Artigo 9º - Para ser admitido como membro do Corpo Clínico, o médico deverá atender aos seguintes requisitos:

I. Deverá comprovar que está devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do **Estado do Paraná – CREM PR**; através da apresentação das cópias autenticadas do diploma de medicina, da carteira médica, de comprovante de residência e foto 3x4 recente.

II. Indicar sua especialidade médica e área de atuação, comprovando treinamento e experiência relevantes;

III. Apresentar o currículo de formação profissional e de atividades médicas, comprovando competência atual e provas de atualização regulares.

Artigo 10º – As solicitações para participação do processo de seleção na **AHBB|Rede Santa Casa**, deverão ser feitas por escrito, através de curriculum vitae, e enviadas para análise do Departamento de Recursos Humanos, acompanhadas pelos devidos documentos e referências profissionais e para participação de seleção, o pretendente deve atender aos editais de convocação, publicados para este fim.

Artigo 11º – As informações necessárias incluem:

I. Nome completo; especialidade e área de atuação (seguir resolução CFM N° 1.763/05 – publicada no D.O.U., de 09 Mar 2005, Seção I, p. 189-192); endereço domiciliar completo com telefone residencial e móvel; e-mail;

II. Dados pessoais:

III. Documentos: CRM, Documento de Identidade, CPF, Título de Eleitor. Documento Militar e PIS/PASEP se o possuir;

IV. Instrução: Ensino nível superior, complementação (Residência na área, especialização com Título, Mestrado, Doutorado, Livre Docência e Professor Titular), Cursos (BLS, ACLS, PALLS, outros), Idiomas, Conhecimento de Informática;

V. Experiência Profissional: Instituições em que atuou no passado e atua no momento;

VI. Competências técnicas, que são conhecimentos específicos para o desempenho de sua atividade. Neste item deverão constar informações que o qualifiquem para a realização de procedimentos específicos;

VII. Indicações para atuação no Corpo Clínico da Unidade;

VIII. Outras informações que considere importantes.

Artigo 12° – Documentos necessários:

1. Curriculum Vitae;
2. Carta de apresentação;
3. Foto 3X4 colorida e recente;
4. Cópia autenticada do Diploma Médico;
5. Cópia autenticada do Título de Especialista, e/ou Mestrado, Doutorado, Livre Docência e Professor Titular;
6. Cópia do comprovante de pagamento CRM (do ano em vigência);
7. Cópia do Documento de Identidade;
8. Cópia do CPF;
9. Cópia do Certificado de Reservista ou Alistamento Militar (se o possuir);
10. Cópia da carteira do CRM;
11. Cópia do Título de Eleitor;
12. Cópia do comprovante de inscrição do PIS/PASEP (se o possuir);
13. Cópia do comprovante de residência (luz/telefone)

Capítulo VI - Da organização do corpo clínico

Artigo 13° - São órgãos do Corpo Clínico:

I. Diretoria Médica;

II. Diretoria Clínica;

III. Comissão de Ética Médica;

IV. Comissão de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar;

V. Comissão de Revisão de Prontuários (Resolução **CREM PR** 1.638/2002);

VI. Comissão de Revisão de Óbitos;

Capítulo VII - Da diretoria médica

Artigo 14º - O cargo de Diretor Médico será exercido por médico contratado direta ou indiretamente pela **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** que terá as seguintes atribuições:

I. Assumir a responsabilidade técnica do Serviço e representá-lo junto às autoridades competentes;
II. Administrar todas as atividades próprias do Serviço, em colaboração com os órgãos respectivos de cada área de atuação;
III. Cientificar a Administração da Unidade das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
IV. Executar e fazer executar a orientação dada pela Unidade em matéria administrativa;
V. Representar a Unidade em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
VI. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
VII. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade;
VIII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;
IX. Manter perfeito relacionamento com a Diretoria Clínica e membros do Corpo Clínico da Unidade;
X. Propor a admissão de novos componentes do Corpo Clínico, de conformidade com o disposto no Regimento Interno;
XI. Designar chefes de serviços indicados pelos departamentos;
XII. Reger e coordenar todas as atividades médicas da Unidade, em colaboração com a Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica;
XIII. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno.

Capitulo VIII - Da diretoria clínica

Artigo 15º - O cargo de Diretor Clínico será exercido por médico de comprovada capacidade profissional e ilibada reputação moral, em pleno exercício da profissão.

Artigo 16° - O Diretor Clínico será eleito pelo voto direto e secreto de todos os médicos integrantes do Corpo Clínico, não sendo permitido voto por procuração, mediante convocação específica para este fim com antecedência mínima de 10 (dez) dias, seguindo as recomendações das resoluções do conselho federal e estadual de medicina.

Parágrafo único - O mandato do Diretor Clínico será de dois anos, podendo ser reeleito para outros mandatos, sem limitação.

Artigo 17° - Compete ao Diretor Clínico observar o cumprimento das Resoluções baixadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e mais:

I. Zelar pelo corpo clínico, propagando o sentimento de responsabilidade profissional entre seus membros;

II. Assessorar a Diretoria Médica e os órgãos administrativos no planejamento e direção;

III. Desenvolver o espírito de crítica, estimulando o estudo, a atividade didática e a pesquisa nas áreas de atuação da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**;

IV. Constatar eventuais falhas e irregularidades em relação às instalações e aos equipamentos da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, bem como às condições de higiene e às relativas à ordem, ao asseio e à conduta profissional e disciplinar dos membros do Corpo Clínico e dos funcionários em geral, com relatório circunstanciado ao Diretor Médico, com proposta das necessárias correções ou recomendações;

V. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais que exercem seus misteres e de todos eles com a Administração;

VI. Exercer as funções de mediador, para esclarecer e conciliar as partes envolvidas em conflito de posições, com vistas a harmonizar o relacionamento entre os membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa, em face dos postulados da Medicina, da Ética e da Moral;

VII. Comparecer e participar, quando convocado, das Assembleias e das reuniões da SMS e **AHBB|Rede Santa Casa**;

VIII. Permanecer no Serviço o período de maior atividade do estabelecimento, dedicando a maior parte de seu tempo às suas atividades;

IX. Comunicar à Comissão de Ética Médica, para as providências cabíveis, as ocorrências que entender de competência do órgão;

X. Aplicar, em conjunto com o Diretor Médico, depois de ouvida a Comissão de Ética Médica, as penalidades previstas neste Regimento;

XI. Indicar os membros das Comissões de Controle de CCIH Hospitalar, de Revisão de Prontuários Médicos e de Revisão de Óbitos, devendo acompanhar os trabalhos delas e tomar conhecimento dos resultados obtidos.

Capítulo IX - Da comissão de ética médica

Artigo 18° - A Comissão de Ética Médica será composta por 3 (três) membros e 3 (três) suplentes, eleitos mediante voto direto e secreto, em assembleia convocada para tal fim, que será realizada no dia 18 de outubro (Dia do Médico), dos anos pares e que serão empossados na mesma data. Quando a referida data coincidir com final de semana ou feriado, a eleição será realizada no primeiro dia útil subsequente.

Parágrafo Único: A comissão contará obrigatoriamente com um Presidente e um Secretário, escolhidos dentre os membros que a integram.

Artigo 19° - O mandato dos membros da Comissão de Ética Médica é o de dois anos, não havendo limitação para o caso de reeleição.

Artigo 20° - Todo membro do Corpo Clínico tem o direito de votar e ser votado na eleição da Comissão de Ética Médica, exceto os membros credenciados, eventuais, os afins e os honorários.

Parágrafo Único - O Diretor Médico e o Diretor Clínico não poderão exercer funções na Comissão de Ética Médica.

Artigo 21° - Compete à Comissão de Ética Médica:

I. Cumprir as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;
II. Zelar pelo cumprimento do Código de Ética Médica;
III. Manter arquivo de seus atos;
IV. Opinar, normatizar, educar e fiscalizar, sempre em relação ao desempenho ético da profissão;
V. Verificar o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela Unidade para o exercício profissional, bem como a qualidade de atendimento prestado aos pacientes, sugerindo as modificações que venham a julgarem necessárias;
VI. Colaborar ativamente com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;
VII. Opinar sobre todos os projetos de investigação médica quanto aos seus aspectos éticos;
VIII. Assessorar, no que lhe competir, as Diretorias Médica e Clínica;
IX. Instaurar sindicâncias para a apuração de fatos que possam configurar infrações administrativas, devendo emitir parecer conclusivo quanto à absolvição ou à condenação

do sindicado, que será remetido aos Diretores médicos. No caso de condenação, a Comissão proporá a pena aplicável.

X. Remeter ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, cópias de peças dos autos da sindicância, se encontrados indícios de ocorrência de infração de natureza ética;

XI. Elaborar seu Regimento Interno.

Capítulo X - Da comissão de controle de infecção hospitalar

Artigo 22º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por pelo menos 2 (dois) membros integrantes do Corpo Médico e por 2 (dois) membros do Departamento de Enfermagem, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

Artigo 23º - Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

I. Estabelecer planos preventivos de combate à ocorrência de infecção no âmbito do estabelecimento;

II. Estabelecer normas de comunicação compulsória dos casos de infecção hospitalar;

III. Prestar assistência ao órgão técnico encarregado da pesquisa da fonte da infecção que vier a ser constatada;

IV. Elaborar dados estatísticos das ocorrências de infecções;

V. Comunicar os casos de infecção às Diretorias Clínica e Médica;

VI. Promover cursos e palestras para os médicos, pessoal de enfermagem e funcionários em geral, sobre métodos preventivos da infecção;

VII. Emitir pareceres a respeito de ocorrências de infecção para análise e providências pela Diretoria Médica;

VIII. Elaborar seu regimento interno.

IX.

Capítulo XI - Da comissão de revisão de prontuários

Artigo 24º - A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é composta de 3 (três) membros do Corpo Clínico, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio, com mandato de dois anos, permitida nova investidura, sem limitações.

Artigo 25º - À Comissão de Revisão de Prontuários compete: (Resolução CFM 1.638/2002):

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a. Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

b. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu ao paciente, bem como a assinatura e carimbo ou nome legível e respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;
c. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando-se data e hora;
d. Tipo de alta;
e. Assessorar as Diretorias Médica e Clínica, em assuntos de sua competência;
f. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;
g. Elaborar seu regimento interno.

Artigo 26° - Depois de decorrido o prazo de 20 anos, a fluir da data do último registro de atendimento prestado ao paciente, o prontuário poderá ser substituído por métodos de registro e arquivamento capazes de assegurar, a qualquer momento, a restauração plena das informações nele contidas. (Resolução CFM n° 1.331/89).

Capítulo XII - Da comissão de revisão de óbitos

Artigo 27° - A Comissão de Revisão de Óbitos será constituída por 3 (três) membros médicos, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio, competindo-lhe:

I. Avaliar as causas dos óbitos, em colaboração com os profissionais responsáveis pelo paciente, para se chegar se possível, a um diagnóstico final;
II. Promover reuniões científicas para integrar os vários setores de diagnósticos, como radiologia, anatomia patológica e laboratório;
III. Elaborar seu regimento interno.

Capítulo XIII - Do processo eleitoral

Artigo 28° - A eleição da Diretoria Clínica e dos Membros da Comissão de Ética Médica e respectivos suplentes, far-se-á pelo voto direto e secreto dos membros do Corpo Clínico com direito a votar e a serem votados, em Assembleia convocada para tais fins e presidida pela Diretoria Médica.

Artigo 29° - Até setenta e duas horas antes do início da Assembleia, os interessados em disputar as eleições para o cargo de Diretor Clínico, para membros da Comissão de Ética Médica e para a suplência de ambos os órgãos, requererão por escrito a inscrição de seus nomes ao Diretor Médico, conforme **Resolução CFM n° 1657/2002 (Anexo1).**

Parágrafo Único - Os candidatos ao Cargo de Diretor Clínico, à Comissão de Ética Médica e respectivos suplentes, deverão reunir os seguintes requisitos: ser médico contratado pela **AHBB|Rede Santa Casa**, e pela **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS /Almirante Tamandaré**

Artigo 30° - Os candidatos à Comissão de Ética Médica, em conjunto, formarão uma chapa sendo eleito os mais votados.

Artigo 31° - O Diretor Médico examinará os pedidos de inscrição e os deferirá, se os candidatos preencherem os requisitos exigidos neste Regimento e providenciará a confecção da cédula única, que conterá apenas os nomes dos candidatos titulares, uma para a eleição do Diretor Clínico e outra para a Comissão de Ética Médica.

Artigo 32° - Na eleição para a formação da Comissão de Ética Médica, o eleitor poderá votar em um dos candidatos da chapa.

Artigo 33° - O voto será considerado nulo quando contiver rasuras, anotações escritas de qualquer natureza e se o eleitor exceder a quantidade de membros a serem eleitos para os cargos em disputa.

Artigo 34° - A votação terá início às 7 (sete) horas e encerramento às 19 (dezessete) horas.

Artigo 35° - Ao instalar a assembleia, o Diretor Médico nomeará a mesa receptora dos votos, integrada por um secretário e dois escrutinadores, não candidatos. Os votantes assinarão a lista de presença, que conterá a relação de todos os habilitados a votar e o respectivo número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Artigo 36° - Encerrada a votação, a mesa receptora, transformar-se-á em mesa apuradora e procederá à contagem dos votos, considerando-se eleitos os candidatos conforme a ordem decrescente de votos recebidos.

Parágrafo Único - Em caso de empate, vencerá o candidato que contar com mais tempo de atividade, como membro do Corpo Clínico.

Artigo 37° - Encerrada a apuração, o Diretor Médico proclamará os eleitos, que serão empossados no mesmo ato.

Parágrafo Único - Os suplentes serão considerados eleitos vinculadamente aos respectivos titulares.

Artigo 38° - De todos os trabalhos relativos às eleições, lavrar-se-á uma Ata, que será remetida, por cópia, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Capítulo XIV - Das infrações e penalidades

Artigo 39° - O membro do Corpo Clínico, independentemente de sua categoria, será considerado infrator e sujeito às penalidades previstas neste Regimento, quando:

I. Desrespeitar o presente Regimento Interno;

II. Desrespeitar as normas técnicas e administrativas internas, não disciplinadas neste Regimento;

III. Relar-se inábil para o exercício da Medicina, por fato grave, danoso à vida ou à saúde do paciente, em razão de negligência, imprudência ou imperícia;

IV. Cometer crime nas dependências do nosocômio, relacionado ou não com o exercício da Medicina;

V. Praticar atos de improbidade, de indisciplina ou de insubordinação;

VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e causar dano ao paciente;

VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos pacientes sob sua responsabilidade;

VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções;

IX. Ofender a honra e a boa fama de seus superiores hierárquicos, de membro do Corpo Clínico ou do pessoal auxiliar, bem como de qualquer funcionário do estabelecimento;

X. Transgredir vedação prevista no Código de Ética Médica, que corresponda a uma falta de natureza administrativa;

XI. não observar normas de boa conduta dentro das dependências da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** ou de modo contrário aos costumes.

Artigo 40° - São aplicáveis aos membros do Corpo Clínico as seguintes penalidades:

I. Advertência reservada;

II. Censura, por escrito;

III. Alteração de função específica no Corpo Clínico;

IV. Suspensão temporária do Corpo Clínico;

V. Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único - A aplicação da pena dependerá da gravidade da infração apurada, independentemente da ordem estabelecida neste artigo.

Capítulo XV - Do procedimento de apuração de infração administrativa

Artigo 41° - A apuração de infração administrativa compete à Comissão de Ética Médica, assegurando-se ao acusado o direito de defesa, incluindo o de ser assistido por advogado de sua confiança e de ser intimado de todos os atos procedimentais.

Parágrafo Primeiro: A sindicância será instaurada:

I. De ofício, por deliberação da Comissão de Ética Médica, ao tomar conhecimento de denúncia formulada por qualquer de seus membros;
II. Mediante comunicação feita pela Diretoria Médica;
III. Mediante denúncia por escrito, ou tomada a termo, na qual conste o relato dos fatos e a identificação completa do denunciante.

Parágrafo Segundo: A sindicância deverá ser concluída no prazo de 30(trinta) dias, prorrogável por igual período, mediante solicitação justificada e por escrito à SMS ou a **AHBB|Rede Santa Casa**.

Artigo 42° - O procedimento da sindicância terá início pela portaria assinada pelo Diretor Médico, com a narração dos fatos imputados ao sindicado e a relação de testemunhas, se houver, até o máximo de cinco.

Capítulo XVI - Das disposições gerais

Artigo 43° - Será realizada anualmente, em data fixada pelo Diretor Médico, uma assembléia ordinária do Corpo Clínico, para discutir relatórios das Diretorias da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** e os assuntos de interesse geral.

Parágrafo primeiro - A Assembleia Ordinária será convocada pelo Diretor Médico, por meio de edital que será afixado nos diversos quadros de avisos, com antecedência mínima de dez dias, tanto para os fins previstos neste artigo, como para a eleição do Diretor Clínico e respectivo substituto e dos membros da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo segundo - O Corpo Clínico reunir-se-á em assembleia extraordinária, para apreciar matéria específica, relevante e urgente e que será convocada pelo Diretor Clínico ou mediante requerimento dirigido ao Diretor Médico, subscrito por 1/3 (um terço) de seus membros, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Parágrafo terceiro - As assembleias serão instaladas pelo Diretor Médico, em primeira convocação, se presentes 2/3 (dois terços) dos membros do Corpo Clínico, quando será dado início aos trabalhos, com a aclamação de um Presidente, que escolherá um Secretário para assisti-lo e lavrar a ata.

Parágrafo quarto - Não se verificando o quórum mínimo previsto no parágrafo anterior, a assembleia será instalada depois de uma hora, em segunda chamada, com qualquer número de membros presentes.

Artigo 44° - As deliberações nas assembleias serão tomadas por maioria simples de votos, exceto no caso de homologação da penalidade de exclusão de membro, quando serão exigidos 2/3 (dois terços) dos votos. Em caso de empate, o Presidente da assembleia exercerá o voto de qualidade.

Artigo 45º - Em toda assembleia haverá um livro de registro de presença, que será assinado por todos aqueles que a ela comparecerem. A ata dos trabalhos será lavrada em livro próprio, assinada obrigatoriamente pelo Presidente e pelo Secretário e pelos presentes, querendo.

Artigo 46º - As Comissões Extraordinárias previstas no inciso VIII do artigo 13 deste Regimento Interno serão constituídas pela **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS ,** Diretor Médico ou pelo Diretor Clínico, segundo a respectiva área de atuação e terão a finalidade de prover, em tudo a que interessar na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, a respeito de matéria específica de relevante interesse para a Medicina ou para a população em geral.

Artigo 47º - Os atos médicos que impliquem em elevado risco de vida ou incapacidade física permanente ou ainda, interrupção de gravidez, devem ser submetidos pelo médico assistente à apreciação do Diretor Clínico e mais um médico por este indicado, cuja decisão constará em Ata.

Parágrafo Primeiro - Em caso de urgência médica, essa junta poderá ser exercida por 3 (três) médicos presentes na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, cuja decisão será submetida posteriormente ao Diretor Clínico.

Artigo 48º - Os documentos do prontuário médico pertencem ao paciente e permanecem sob a guarda, preservadas as condições do sigilo estabelecidas no Código de Ética Médica e na legislação competente.

Parágrafo Primeiro - É vedado ao médico, mesmo se assistente do paciente, apossar-se, total ou parcialmente, do prontuário, sendo-lhe permitido consultá-lo, após o seu arquivamento, mediante solicitação escrita e assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo Segundo - O paciente pode, por si ou por seu representante legal, indicar médico de sua confiança para ter acesso ao seu prontuário.

Parágrafo Terceiro - A requerimento do paciente, por seu serviço de arquivo, expedirá certidão do prontuário, em breve relatório.

Artigo 49º - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou por qualquer outro meio, direto ou indireto, de fatos referentes às atividades da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** ou de qualquer informação a respeito de pacientes, será feita somente mediante autorização destes ou de seus responsáveis, em forma de boletim, assinado pelo Diretor Clínico ou pelo médico assistente, observados os preceitos aplicáveis previstos no Código de Ética Médica.

Artigo 50º - Os casos omissos, não previstos no presente Regimento, serão resolvidos ou pelo Diretor Médico, ou pelo Diretor Clínico ou pela Comissão de Ética Médica, conforme o caso se refira às respectivas áreas de atuação dos referidos órgãos do Corpo Clínico.

Artigo 51° - O presente Regimento Interno foi aprovado em Reunião do Colegiado realizada nesta data e revoga as disposições em contrário.

Comissão De Homologação De Fornecedores

Definição

É um órgão deliberativo de caráter técnico-consultivo, com a finalidade de implantar um conjunto de ações sistêmicas e contínuas que visam os procedimentos de assistência farmacêutica, farmacovigilância e tecnovigilância sistematizadas

Principais Atividades

A Comissão de Homologação de Fornecedores tem como objetivo assessorar tecnicamente a aquisição dos medicamentos, materiais e insumos médico-hospitalares, criando **especificações**, protocolos, padronização dos novos produtos. A comissão tem como atividade principal avaliar e acompanhar os fornecedores (fabricantes e distribuidores), checando documentos legais, entrega, uso e reações adversas eventuais. Também apoia a unidade de compras no processo de aquisição.

Membros componentes

Membros efetivos:

- Representantes da enfermagem;
- Representante da Farmácia;
- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- Nutricionista
- Representante da área médica
- Representante da Qualidade.

Formação	Perfil do Componente	QTD
Representando de Enfermagem	Profissional com formação em Enfermagem, com titulo de especialista e que atua na Unidade.	1
Representante da Farmácia	Profissional com Formação em Farmácia, com titulo de especialista e que atua no Serviço de Farmácia	1
Representante do Serviço de Controlo de Infecção Hospitalar	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia	1
Nutricionista	Profissional com formação em nutrição, residência médica em nutrição	1
Representante da área médica	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade	1

Membros colaboradores:

Fica a critério da Comissão de Homologação de Fornecedores solicitar a participação de membros representantes dos setores específicos para opinar tecnicamente na avaliação de produtos que lhes sejam pertinentes

Indicadores

- Número de notificações de queixas técnicas de materiais e medicamentos;
- Taxa de aquisição de medicamentos não padronizados
- Avaliação do fornecedor realizado pelo almoxarifado no momento do recebimento (atraso da entrega, transporte e estado físico do produto)
- Avaliação comercial de compras

Funcionamento e Organização

- Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definido e realizado mensalmente.
- Ata das reuniões, bem como relatório com plano de ação, indicadores e metas:
- Mensal – a ser entregue à coordenação local
- Cronograma de reuniões ordinárias.

21.10 Comissão De Conformidade, Controle Interno E Gestão De Riscos

21.10.1 Das Disposições Gerais

Art. 1° – A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos da **AHBB|Rede Santa Casa**, é uma instância de assessoramento, atuando como segunda linha de defesa, para supervisão e monitoramento dos controles internos, integridade e gerenciamento de riscos, no âmbito das unidades por ela gerenciadas.

Parágrafo Único. Para fins deste Regimento, consideram-se os conceitos encontrados na Política de Segurança do Paciente.

21.10.2 Capítulo II - Da Estrutura

Art. 2° - A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos da **AHBB|Rede Santa Casa** para desempenho de suas atividades, será composta por profissionais do quadro efetivo de empregados, sem alterações de suas atribuições ou cargos durante sua participação na Comissão, a qual será composta por 01 (um) representante de cada área a seguir:

I. Diretoria Clínica
II. Gerência Assistencial
III. Gerência Administrativa;
IV. Representante Administrativa Financeira
V. Representante de Gerencia de Apoio
VI. Representante da Equipe Médica;
VII. Representante da Enfermagem;
VIII. Representante de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
IX. Representante Gestão de Pessoas;
X. Representante Tecnologia da Informação;

§ 1° - O número de integrantes da comissão poderá ser alterado, dependendo da complexidade do nível de cada área a ter seus processos analisados e atualizados. § 3° - A função de membro da Comissão é indelegável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

§ 4° - É vedado aos membros da Comissão, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços de consultoria, assessoria ou quaisquer outros que configurem impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro da Comissão.

§ 5° - É vetado o acúmulo das funções de membro de outras Comissões e membro da Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos;

Art. 3° - O Diretor Técnico deverá publicar documento formal nomeando os membros da Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, designando o Presidente.

§ 1° - A indicação para nomeação de Secretário (a) da Comissão e Vice-Presidente ocorrerá em reunião com aprovação dos membros.

Art. 4° - A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, comissão permanente, com vigência instituída de 2 (dois) anos, poderá ser reconduzida por igual período, no percentual máximo de 50% (cinquenta por cento) de seus componentes.

21.10.3 Capítulo III - Dos objetivos e competências

Art. 5° - A **AHBB|Rede Santa Casa** objetivando garantir a implementação de controles internos adequados às suas atividades e considerando a Lei n° 13.303/2016, art. 9, incisos I, II e III, a Instrução Normativa N° 24, de 17/11/2015, da Controladoria Geral da União (CGU), e a Instrução Normativa Conjunta N° 01, de 10 de maio de 2016, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e da CGU, resolve estabelecer a Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos.

§ 1° A Comissão Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos deve ser instituída na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, até que seja instituído um setor responsável pelas competências relacionadas à Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, onde obrigatoriamente após isso o regimento, as atribuições e manutenção da comissão devem ser revisados e republicados.

Art. 6° - Compete à Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos:

I. Apoiar a implementação da Política de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos da **AHBB|Rede Santa Casa**
II. Avaliar as rotinas de Compliance da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, propondo melhorias;
III. Definir metas para implementação da metodologia de Conformidade, Controles Internos e Gestão de Riscos, no âmbito da unidade;
IV. Identificar mudanças nos níveis de interesse a risco da unidade;
V. Apoiar as unidades organizacionais na elaboração de planos de contingência para os principais processos de trabalho da Unidade;
VI. Monitorar os incidentes dos riscos e as medidas corretivas e preventivas adotadas;
VII. Monitorar a evolução dos níveis de riscos; e
VIII. Monitorar a efetividade das medidas de apoio e Planos de Ação estabelecidos

Compete aos Gestores dos Processos:

I. Aplicar as metodologias de Compliance nos processos organizacionais sob sua responsabilidade

II. Gerenciar riscos no âmbito dos processos organizacionais na prismo assistencial e administrativa sob sua responsabilidade;

III. Monitorar a evolução dos níveis de riscos e a efetividade das medidas de controles implementadas nos processos organizacionais sob sua responsabilidade. V - Implementar medidas corretivas e preventivas para os incidentes de riscos.

21.10.4 Capítulo IV - Da conformidade

Art. 8° - A Conformidade é a concordância das condutas e práticas com as diversas regras, normativos e legislações. Nesse sentido deve permitir a adequação legal e normativa dos processos de trabalho, segregação de funções nos processos de tomada de decisão e a fiscalização pelas instâncias superiores e/ou por órgãos de controle.

21.10.5 Capítulo V - Do controle interno

Art. 9° - O Controle Interno é o conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, entre outros, operacionalizados de forma integrada pela direção e pelo corpo de servidores das organizações. O Controle Interno deve observar os seguintes objetivos:

I. Dar suporte ao propósito, à continuidade e à sustentabilidade institucional, proporcionando garantia razoável ao atingimento dos objetivos estratégicos da **AHBB|Rede Santa Casa.**

II. Proporcionar eficiência, eficácia e efetividade operacional, mediante execução ordenada, ética e econômica das operações;

III. Assegurar que as informações produzidas sejam íntegras e confiáveis para a tomada de decisão, o cumprimento de obrigações de transparência e a prestação de contas; e

IV. Assegurar a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis, incluindo normas, políticas, programas, planos, procedimentos e diretrizes internas da **AHBB|Rede Santa Casa**.

21.10.6 Capítulo VI - Da Gestão de Riscos

Art. 10° - O Gerenciamento de Riscos é o processo que visa identificar, avaliar, administrar e controlar potenciais eventos ou situações de risco e fornecer segurança razoável no alcance dos objetivos organizacionais.

O Gerenciamento de Riscos deve observar os seguintes objetivos:

Assegurar que os responsáveis pela tomada de decisão, em todos os níveis da **AHBB|Rede Santa Casa**, tenham acesso tempestivo a informações suficientes quanto aos riscos aos quais está exposta a organização;

Alocar e utilizar eficazmente os recursos para o tratamento de riscos;

Aumentar a probabilidade de alcance dos objetivos da organização, reduzindo os riscos a níveis aceitáveis;

Agregar valor à organização por meio da melhoria dos processos de tomada de decisão e do tratamento adequado dos riscos e dos impactos negativos ou positivos decorrentes da sua materialização;

Promover o equilíbrio entre as metas de crescimento e de retorno de investimentos e os riscos positivos e negativos a elas associados.

Capítulo VII - Das atividades

Art. 11 - A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos da **AHBB|Rede Santa Casa** desenvolverá atividades para assessorar a Diretoria da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, atuando em nível de apoio, com viés consultivo.

Art. 12 - As atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos poderão ser oriundas da própria comissão mediante votação de seus membros, ou por demandas da Diretoria.

Art. 13 - Todas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos devem ser apontadas em relatórios circunstanciados, contendo a finalidade da atividade, fatos constatados, sugestões e recomendações para melhorias, procedimentos não observados.

§1° - o relatório produzido deverá ser encaminhado a Diretoria e Sede da **AHBB|Rede Santa Casa** para análise e manifestações.

Art. 14 – A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de bem como seus integrantes devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso à Informação.

21.10.7 Capítulo VIII - Das Reuniões

Art. 15 - A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, com datas previamente agendadas, e, extraordinariamente, mediante convocação de seu Presidente, conforme cronograma abaixo:

Comissão de conformidade, controle interno e gestão de riscos												
Ações	1° Mês	2° Mês	3° Mês	4° Mês	5° Mês	6° Mês	7° Mês	8° Mês	9° Mês	10° Mês	11° Mês	12° Mês

Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Realização de Reuniões com a Liderança												
Realização de reuniões com demais Comissões												
Avaliação de indicadores												

§1° - As reuniões terão início no horário previamente marcado, em primeira chamada, e serão realizadas nas dependências do hospital, em horário compreendido entre 8:00 e 17:00h.

§ 2° Admitir-se-á uma segunda convocação, realizada 15 minutos após a primeira, quando será aceito quórum mínimo de mais da metade dos membros da comissão (50% + 1).

§ 3° Todas as matérias colocadas em pauta deverão ser avaliadas pelos membros da Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, salvo se por motivo justificado, e decididas na mesma reunião, sendo dados todos os encaminhamentos.

§ 4° A cada reunião será providenciada a elaboração de ata com registro dos trabalhos, encaminhamentos, conclusões e deliberações. A ata deverá ser assinada pelos membros presentes.

§ 5° As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos membros da comissão (50% + 1).

§ 6° O Auditor Interno poderá participar das reuniões como ouvinte, facilitador, dando apoio técnico em assuntos pertinentes, respeitando-se a não cogestão, assim como a autonomia da Auditoria Interna.

§ 7° Quando a Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, tiver conhecimento de situações que contenham indícios de fraude ou danos ao erário ou ao paciente, deverá comunicar formal e imediatamente à Superintendência da **AHBB|Rede Santa Casa.**

21.10.8 Capítulo IX - Disposições finais

Art. 16 - Este Regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros da Comissão julgar pertinente, ou mediante publicação de novas regras, normas e diretrizes da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Art. 17 - A unidade bem como gestores de processos deve fornecer sempre que solicitado pela Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos as informações necessárias para a realização de suas atividades.

Art. 18 - Os casos omissos referentes à matéria da Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos serão discutidos pela própria comissão.

Art. 19 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

21.11 Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde

Proposta de regimento interno da comissão de resíduos de serviços de saúde

21.11.1 Finalidades

Art. 1.° A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos, Setor de Hotelaria, Gerência Administrativa, tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.° 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.° 358/5).

21.11.2 Competências

Art. 2.° Compete à CGRSS:

I. Elaborar o Plano de Ação, em conjunto com a Gerência de Resíduos, para implementação do PGRSS;

II. Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;
III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
IV. Desenvolver, juntamente com a Gerência de Resíduos, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;
V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;
VI. Colaborar com a Gerência de Resíduos, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
VII. Trabalhar em conjunto com a Gerência de Resíduos a atualização anual do PGRSS;
VIII. Auxiliar a Gerência de Resíduos na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
IX. Auxiliar a Gerência de Resíduos na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
X. Auxiliar os diversos setores em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Gerência de Resíduos;
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 e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS, o Regulamento da Gerência de Resíduos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, o PGRSS e demais normas.

21.11.3 <u>Composição</u>

Art. 3.° A CGRSS será nomeada pela diretoria para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, e composta pelos seguintes membros:

I. Enfermagem;
II. Hotelaria;
III. SCIH;
IV. SESMT;
V. Farmácia;

VI. Administrativo;
VII. Medicina;
VIII. Coletor de Resíduos;
IX. E demais membros necessários.

§ 1.º O vice-presidente e secretário da comissão serão eleitos por maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e terão mandato de dois anos, permitida a recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 2.º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a três reuniões consecutivas ou a seis alternadas em um período de um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 3.º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno e encaminhada ao presidente da comissão.

§ 4.º 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 trinta dias.

§ 5.º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso este prazo expirar sem a indicação.

21.11.4 Atribuições

Art. 4.º São atribuições do presidente da CGRSS e do vice-presidente, nas ausências e impedimentos legais do presidente:

I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;
II. Coordenar os trabalhos da comissão;
III. Votar e emitir voto de qualidade, no caso de empate;
IV. Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;
V. Representar a CGRSS ou indicar representantes;
VI. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos;
VII. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
IX. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 5.º São atribuições do secretário da comissão:

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;

IX. Substituir o vice-presidente da comissão em suas ausências e impedimentos legais.

Art. 6.º 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 quinze dias;

III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues ao secretário da Comissão com antecedência mínima de doze horas da reunião;

IV. Requisitar aos demais membros da comissão 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;

IX. Substituir o secretário da Comissão nas ausências e impedimentos legais.

21.11.5 Funcionamento

Art. 7.º A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

Proposta de regimento interno da comissão de resíduos de serviços de saúde												
Ações	**1º Mês**	**2º Mês**	**3º Mês**	**4º Mês**	**5º Mês**	**6º Mês**	**7º Mês**	**8º Mês**	**9º Mês**	**10º Mês**	**11º Mês**	**12º Mês**
Nomeação do membro da Comissão												

Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Realização de Reuniões com a Liderança												
Realização de reuniões Colaboradores												
Avaliação de indicadores												

Art. 8.° A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes e as deliberações serão tomadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes à reunião.

Parágrafo único. Para alterações neste regimento, serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes.

Art. 9.° As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de quarenta e oito horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1.° A antecedência de quarenta e oito horas poderá ser abreviada para até vinte e quatro horas, em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2.° O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos vinculados à sua apreciação.

§ 3.° As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum", em segunda chamada, a serem iniciadas após 15 (quinze) minutos do horário de início previsto.

§ 4.° 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.

Art. 10. De cada reunião será lavrada ata que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo presidente e assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 11. 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.

Art. 12. Na ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I. A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II. Os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III. O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

Art. 13. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.

§ 1.° O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2.° 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).

21.11.6 Disposições gerais

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados, em grau de hierarquia aos setores responsáveis.

Art. 15. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS.

Art. 16. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

21.12 Comissão De Farmácia Terapêutica - CFT

Regimento interno da comissão de farmácia terapêutica

21.12.1 Capítulo I - Natureza e finalidade

Art. 1.° A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da **AHBB|Rede Santa Casa**, inspirada na Comissão estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo, educativo e de assessoria da **AHBB|Rede Santa Casa** vinculada à Assistência Farmacêutica de cada unidade por ela gerenciada, cujas ações devem estar voltadas à promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

Art. 2.° A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM), na consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos e insumos farmacêuticos

I. Na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade da Unidade de Saúde;
II. No estabelecimento de critérios para o uso de medicamentos selecionados;
III. Na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

Art. 3.° A CFT está diretamente ligada à Diretoria da Unidade de Saúde.

Art. 4.° Os membros da CFT serão nomeados pela Diretoria da Unidade com apoio da Sede Administrativa da **AHBB|Rede Santa Casa**, por meio de comunicado geral.

21.12.2 Capítulo II - Objetivos

Art. 5.° São objetivos da CFT:

I. Desenvolver políticas relacionadas ao uso de medicamentos padronizados na Unidade de Saúde gerenciada pela **AHBB|Rede Santa Casa**;
II. Apoiar o processo de padronização de medicamentos (inclusão e exclusão);
III. Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional;
IV. Promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

21.12.3 Capítulo III - Composição 2

Art. 6.° A CFT será composta por representantes dos segmentos:

I. Assistência farmacêutica;
II. Assistência de enfermagem;
III. Representante da Educação;
IV. Representante da Equipe Médica;
V. Representante da Qualidade
VI. Membros convidados/consultivos.

§1.° A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em portaria pela Diretoria.

§2.° No impedimento de qualquer dos membros, deverá ser designado um substituto que participará da reunião, com direito a voto;

§3.° Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como, competência técnica, habilidades e perfil;

§4.° O mandato dos membros será de 02 anos, com direito à recondução, contados a partir da data de divulgação da Comissão;

§5.° Dentre os membros efetivos serão escolhidos o coordenador, vice coordenador e secretário, por consenso ou votação dos membros;

§6.° A finalização do mandato dos membros efetivos poderá ocorrer por interesse do membro ou da Instituição;

§7.° Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais;

§8.° Os membros da CFT não poderão receber brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionados pela indústria farmacêutica e/ou por distribuidoras de medicamentos;

§9.° Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas (num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro em até sessenta (60) dias;

§10° A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser apresentada por escrito, e-mail, chamada telefônica ou por qualquer outro meio que se faça comunicar, em até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

21.12.4 Capítulo IV - Competências

Art. 7.° São competências da CFT:

I. Desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados para a implantação de rotinas que assegurem o uso racional e seguro de medicamentos;
II. Avaliar e emitir parecer técnico sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de
III. Desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
IV. Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;
V. Propor ações educativas visando o uso racional e seguro de medicamentos;

VI. Elaborar, revisar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico da **AHBB|Rede Santa Casa** com as demais Comissões do grupo e as normas para sua aplicação;

VII. Elaborar e divulgar materiais informativos sobre o uso racional e seguro de medicamentos.

21.12.5 Capítulo V - Atribuições

Art. 8. ° São atribuições do coordenador:

I. Providenciar a organização da pauta das reuniões;

II. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

III. Conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;

IV. Representar a CFT em suas relações internas e externas;

V. Encaminhar ao Serviço de Gestão de Qualidade, relatórios das ações desenvolvidas pela CFT, quando solicitado;

VI. Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

VII. Discutir e encaminhar tarefas para os demais membros da Comissão;

VIII. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IX. Cumprir e fazer cumprir as prescrições deste Regimento;

Art. 9. ° São atribuições do vice coordenador:

I. Representar e desenvolver as atividades do coordenador na ausência deste;

II. Colaborar com o coordenador no cumprimento dos objetivos e competências da CFT e no exercício de suas funções.

Art. 10. São atribuições do secretário:

I. Registrar em ata as resoluções da Comissão;

II. Manter arquivo da documentação relacionada à CFT;

III. Providenciar material bibliográfico para as reuniões;

IV. Protocolar documento em nome da Comissão;

V. Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;

VI. Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;

VII. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

VIII. Manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT.

Art. 11. São atribuições dos membros e substitutos:

I. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

II. Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo coordenador, nos prazos estabelecidos;

III. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

IV. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;

V. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VI. Colaborar com a CFT no exercício de suas funções.

Art. 12. São atribuições dos membros consultivos:

I. Opinar, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão;

II. Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré estabelecidos.

21.12.6 Capítulo VI - Funcionamento

Art. 13. A CFT será coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Art. 14. A CFT reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez a cada dois meses (bimestral) e, extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 15. As convocações das reuniões ordinárias serão enviadas pelo secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

Art. 16. A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 17. As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 horas de antecedência, por solicitação do coordenador ou por, pelo menos, metade mais um de seus membros.

Art. 18. A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores) serão preparados pelo secretário e submetidos aos membros da Comissão em tempo hábil para avaliação destes antes de cada reunião.

Art. 19. A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (do hospital ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses.

Art. 20. As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único.

Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e assinatura dos presentes e providenciada nova convocação.

Art. 21. De preferência, as questões serão decididas por consenso.

Parágrafo único.

Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidos pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 22. Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu substituto, quando de sua ausência.

§ 1.° Quando da existência de conflitos de interesse declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento relacionado ao conflito.

§ 2.° Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do coordenador.

§ 3.° Os membros consultivos não integram a composição da CFT e não terão direito a voto.

Art. 23. Sempre que o assunto for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando a melhor consecução das atividades.

Parágrafo único.

Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, poderão ser consultados especialistas, inclusive de outras instituições, os quais poderão, eventualmente, participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 24. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da CPM da **AHBB|Rede Santa Casa**, para aprovação final.

§1.° Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a CPM deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.

§2.° Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos, por consenso entre os membros.

Art. 25. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo do secretário da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

21.12.7 Capítulo VII - Disposições finais

Art. 26. Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa'** ou dos membros da CFT, mediante aprovação por maioria dos votos em reunião convocada para esse fim.

Art. 27. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento serão dirimidas pelo Coordenador da CFT.

Art. 29. O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Critérios e Fluxo de Trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos

A seleção de medicamentos deve objetivar:

I. Uma maior eficácia administrativa;
II. Uma resolutividade terapêutica adequada;
III. A racionalidade na prescrição;
IV. A racionalidade na utilização de fármacos;
V. A racionalização dos custos dos tratamentos
VI. Critérios Inclusão

1. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
2. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
3. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
4. Baixa toxicidade;
5. Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
6. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;
7. Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;
8. Preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
9. Estar disponível no mercado nacional;
10. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;
11. Solicitação feita pelo coordenador do serviço solicitante.

Substituição

A substituição de medicamentos da lista de padronização da Unidade de Saúde justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

1. Menor risco/benefício;
2. Menor custo/tratamento;
3. Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
4. Maior estabilidade;
5. Propriedades farmacológicas mais favoráveis;
6. Maior comodidade na administração;
7. Facilidade de dispensação.

Exclusão

As solicitações de exclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos. A exclusão de medicamentos da lista de Padronização deverá seguir os critérios e ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

1. Apresenta relação risco benefício inaceitável;
2. Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
3. Não apresenta demanda justificável durante os últimos doze meses.
4. Eliminar da padronização os medicamentos que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional);
5. Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes internados;
6. Comprovar toxicidade e/ou ineficácia do fármaco.

Fluxo de Trabalho

As solicitações de inclusão ou exclusão de medicamento da lista de Padronização, deverão ser encaminhadas à CFT pelo Serviço de Farmácia, conforme Fluxograma de Alteração na Padronização de Medicamentos), através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação exigida;

As solicitações de inclusão ou exclusão de medicamento, devidamente encaminhadas à CFT, serão analisadas conforme Roteiro de Avaliação e Parecer Técnico e estabelecidos no formulário próprio;

A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações;

Novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

21.13 Assistência Farmacêutica

21.13.1 Descrição dos Serviços

A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e seu uso de forma racional.

21.13.2 Objetivo a ser atingido

Contribuir no desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica à população, obedecendo aos protocolos de prescrição de medicamentos do Município e as Listas de Medicações Padronizadas no Município, para que o paciente consiga prosseguir o tratamento após a alta.

Ação 1

Contribuir com a organização da rede de serviços, implantando a Lista de Medicamentos Padronizada na UPA 24H, embasada na Relação Municipal de Medicamentos – REMUME para que sejam prescritos pelos profissionais médicos durante o atendimento e que serão utilizados pelo paciente para continuidade do tratamento e acompanhamento das UBS´s e UFS´s, após a alta médica.

Período

01 a 120 dias e manter.

- **Critério de Avaliação**

Auditorias periódicas.

Ação 2

Realizar a dispensação de medicamentos na modalidade Dose Unitária para os pacientes com prescrição e abastecimento de multidoses conforme demanda da unidade, a base de troca.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de Avaliação**

Ficha de Atendimento e Prontuário do Paciente.

Ação 3

Fornecer aos pacientes educação sobre as medicações administradas na unidade, esclarecendo suas dúvidas e orientando a continuidade da terapia em casa, com atuação do Farmacêutico Clínico.

- **Período**

Imediato e manter.

- **Critério de Avaliação**

Auditoria Periódica.

Ação 4

Realizar o Controle de distribuição dos Psicotrópicos, conforme legislação.

- **Período**

01 até 130 dias e manter.

- **Critério de Avaliação**

Livro de psicotrópico e Sistema Informatizado.

Ação 5

Controlar do estoque e dispensação de medicamento e correlates.

- **Período**

01 até 60 dias e manter.

- **Critério de Avaliação**

Relatório de Sistema.

Ação 6

Implantar protocolos para ações de reações medicamentosas.

- **Período**

01 até 120 dias e manter.

- **Critério de Avaliação**

Protocolo e indicadores pertinentes.

Ação 7

Implantar Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso Seguro e Administração de Medicamentos. Envolvendo medicamentos de risco e medicamentos com nomes semelhantes.

- **Período**

01 até 120 dias e manter.

- **Critério de Avaliação**

Protocolo e indicadores pertinentes.

Ação 8

Aplicar a Política de Gestão de Medicamentos da **AHBB|Rede Santa Casa** para diluição e armazenamento dos medicamentos.

- **Período**

01 até 150 dias.

- **Critério de Avaliação**

Protocolo e indicadores pertinentes, auditoria periódica.

Ação 9

Fomentar junto à população o acesso e uso racional de medicamentos durante a visita da Farmacêutica Clínica.

- **Período**

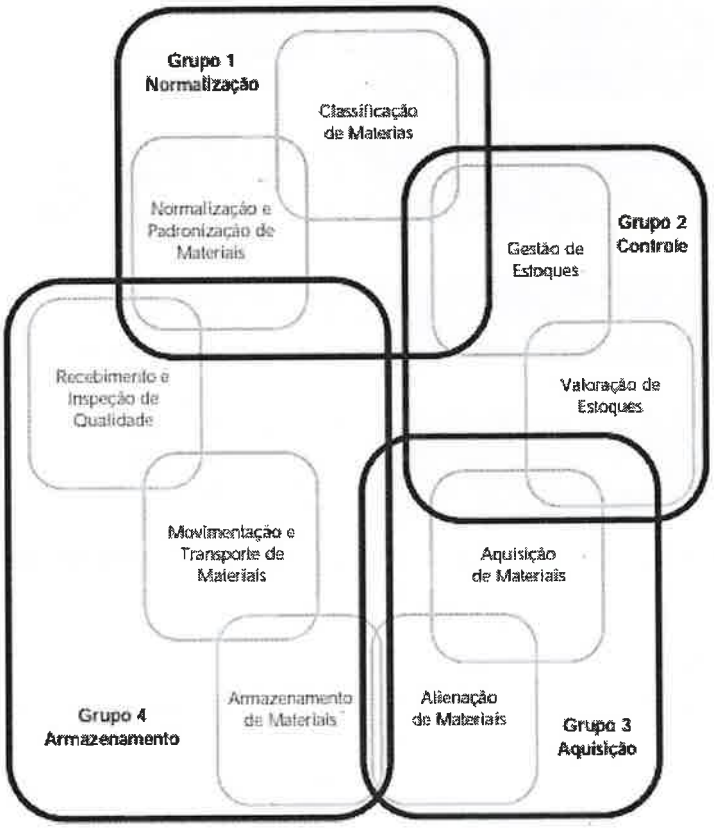
01 até 60 dias e manter.

- **Critério De Avaliação**

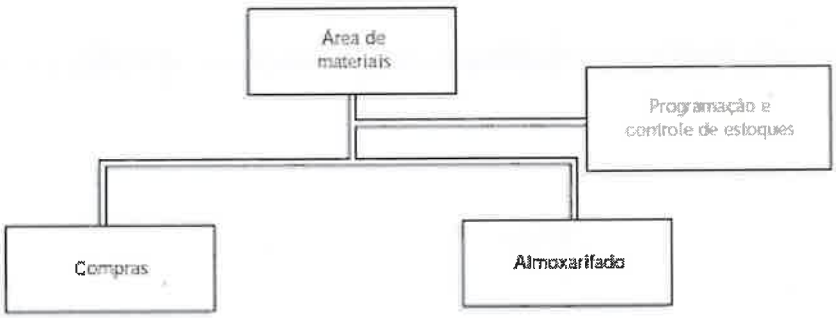
Folder explicativo, Registro em Prontuário e Indicadores de Monitoramento.

21.14 Fluxo Operacional para Gestão de Material Médico Hospitalar e Medicamentos

21.12.1 Funções por Grupos Operacionais



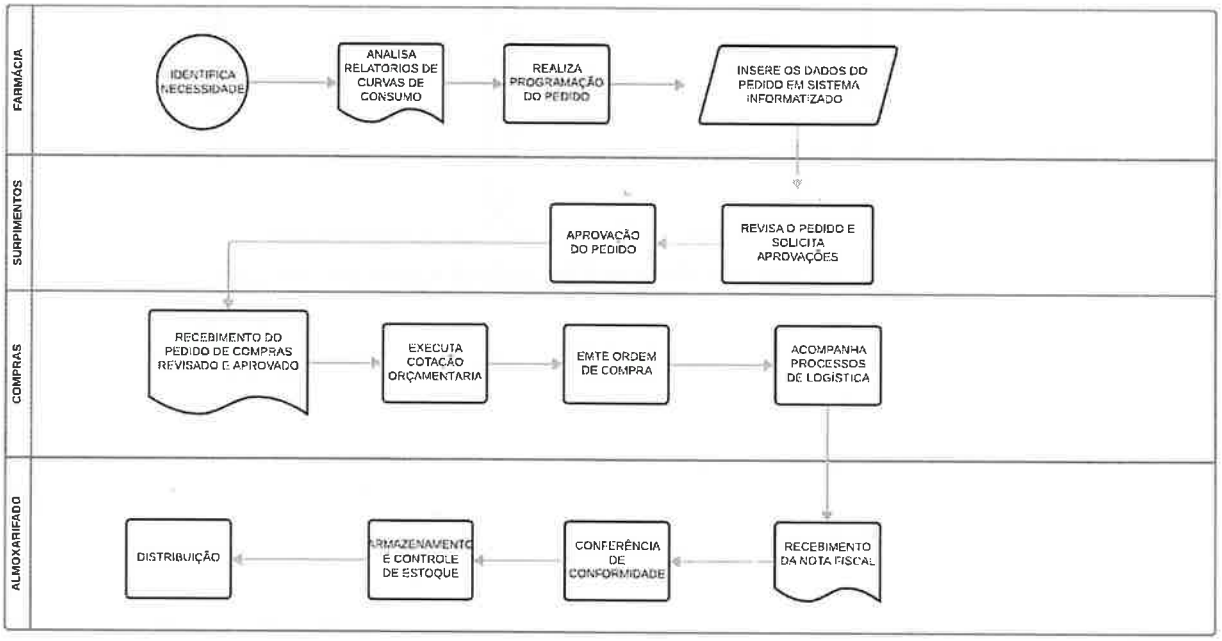
22.14.2 Estrutura proposta para a área de materiais



22.14.3 Apresentação dos processos e atividades

PROCESSOS	• ATIVIDADES
Planejamento de bens e serviços	•Previsão de consumo •Planejamento colaborativo •Gestão da demanda
Suprimento e contratação	• Sourcing estratégico • Estratégia de contrato e preço • Suprimentos operacionais (MRO)
Gestão de materiais	• Logística interna e externa • Gestão de estoque e armazenagem • Gestão de material hospitalar
Gestão do capital de giro	• Otimização do estoque • Gestão de contas a pagar • Melhores práticas de pagamento

22.14.3 Apresentação do fluxo operacional da Cadeia de Suprimentos



22.14.4 Implementação da Logistica de Surpimentos

A implementação de um programa para logística de suprimentos hospitalares em pronto atendimento é crucial para garantir o abastecimento eficiente de materiais e medicamentos essenciais. Aqui estão alguns tópicos importantes a serem considerados ao desenvolver esse programa:

Levantamento de Necessidades:

- Identificação dos principais insumos e materiais utilizados no pronto atendimento.
- Realização de análise de consumo histórico para prever demandas futuras.
- Classificação dos itens de acordo com sua criticidade e urgência.

Cadastro de Fornecedores:

- Manutenção de um banco de dados com informações detalhadas sobre os fornecedores.
- Avaliação da confiabilidade, qualidade e capacidade de entrega dos fornecedores.
- Estabelecimento de contratos e acordos para garantir condições favoráveis.

Sistema de Estoque:

- Implementação de um sistema de gestão de estoque informatizado.
- Definição de estoques mínimos e máximos para cada item.
- Monitoramento em tempo real dos níveis de estoque para evitar faltas e excessos.

Monitoramento e Rastreamento:

- Utilização de tecnologias de rastreamento para acompanhar o status de pedidos.
- Integração com sistemas de rastreamento de transporte para garantir a entrega pontual.
- Alertas automáticos para situações críticas, como atrasos ou falta de estoque.

Padronização de Processos:

- Estabelecimento de procedimentos padronizados para requisição, aprovação e recebimento de suprimentos.
- Treinamento da equipe para o uso eficiente do sistema e aderência aos processos.

Gestão de Pedidos e Requisições:

- Desenvolvimento de um sistema de pedidos online para agilizar o processo.
- Implementação de um sistema de aprovação hierárquica para garantir a conformidade.
- Integração com sistemas de informação hospitalar para alinhar os pedidos com as necessidades clínicas.

Avaliação de Desempenho:

- Implementação de métricas de desempenho para avaliar a eficácia do programa.

- Coleta de feedback regular de usuários e fornecedores para identificar áreas de melhoria.
- Realização de auditorias periódicas para garantir a conformidade com os padrões estabelecidos.

Segurança da Informação:

- Implementação de medidas de segurança robustas para proteger dados sensíveis.
- Acesso restrito a informações críticas, garantindo a confidencialidade.

Sustentabilidade:

- Consideração de práticas sustentáveis na gestão de suprimentos.
- Avaliação do impacto ambiental dos materiais e busca por alternativas ecologicamente corretas.

Atualizações e Melhorias Contínuas:

- Estabelecimento de um plano de atualizações regulares para o programa.
- Incorporação de tecnologias emergentes para otimização contínua.

22 RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

22.1 Modelo Relacional entre AHBB|Rede Santa Casa e Equipe Técnica e Gestores da SMS

Para efetividade de todas as ações propostas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, é imprescindível que a etapa de monitoramento seja desenvolvida regularmente junto à Secretaria Municipal da Saúde de Almirante Tamandaré-PR.

O monitoramento busca auxiliar na definição ou redefinição das prioridades para acompanhamento e programação ou correção das ações, promovendo o aprendizado e crescimento, ao reconhecer o real problema, os resultados alcançados e a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias.

O monitoramento também deve promover a definição de indicadores que reflitam as prioridades, definição de responsáveis, periodicidade do acompanhamento, instrumentos de sistematização das ações. Tais atividades são contribuintes para melhoria contínua da assistência e indicadores. São pensados também, mecanismos de divulgação de resultados para toda a unidade e espaço de discussão dos resultados entre os gestores e profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

A AHBB|Rede Santa Casa propõe que o monitoramento das ações seja da seguinte maneira:

- Gestores da Unidade de Saúde: Responsável pelo monitoramento da implantação e/ou implementação do Plano de Ação junto aos respectivos setores e profissionais envolvidos, e

pelo monitoramento dos Indicadores de produção e de qualidade estabelecidos em Contrato de Gestão, dentre outros Indicadores que reflitam a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Espaços programados junto aos profissionais da equipe interna, contemplando a discussão, informação e formação da equipe, o que possibilitará a identificação de necessidades de adequações e intervenções na organização dos processos de trabalho;

Realizarão mensalmente reunião com suas equipes de trabalho para apresentação dos indicadores quantitativos e qualitativos bem como os estabelecimentos de plano de ações para correções de resultados não alcançados bem como a implementação de melhoria contínua das metas alcançadas.

- Centro de Serviço Compartilhado **AHBB|Rede Santa Casa**: responsáveis pelo monitoramento do Plano de Ação (produto das Oficinas de Planejamento estratégico e reuniões mensais das unidades) junto aos gestores das unidades de saúde com periodicidade mensal e registro em planilha de monitoramento e elaboração de relatório, que permitirá acompanhar o desenvolvimento das ações e identificação das dificuldades de implantação e execução do plano de ação. Realizará o Monitoramento dos Indicadores de Produtividade e de Qualidade, Acompanhamento dos dados dos sistemas de informação, e demandas provindas das reuniões com equipe interna das unidades, bem como das reuniões entre Gestão das Unidades/Equipe de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Almirante Tamandaré.
- Gestores Municipais de Saúde do município de abrangência: **A AHBB|Rede Santa Casa** realizara reuniões programadas (mensais, bimestrais ou trimestrais - conforme melhor avaliação da contratante), junto aos profissionais/equipes da Secretaria Municipal da Saúde de Almirante Tamandaré, para o fornecimento e discussão de relatórios mensais sobre os indicadores quantitativos e qualitativos, com intuito de formulação de estratégias para intervenções das necessidades apontadas.

Considerando a organização dos Serviços das Unidades através das ferramentas sugeridas anteriormente, sob a ótica do acesso do usuário e monitoramento do planejamento realizado destaca-se a importância de promover uma cultura de acompanhamento e avaliação na unidade, a partir do gerenciamento dos processos de trabalho desenvolvidos para o alcance das metas propostas.

O objetivo estratégico proposto foi a de organização da ação regulatória sobre a qualidade dos serviços de saúde ofertados, sejam eles prestadores públicos, conveniados ou privados, de forma a garantir integridade, eficiência, e segurança no atendimento do usuário.

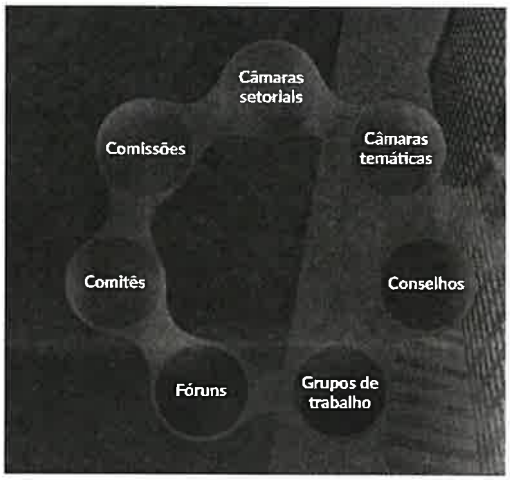
Nesse sentido, a conduta e atos regulatórios junto ao setor regulado da saúde e ao sistema de políticas

de regulação da qualidade e segurança do cuidado. O novo marco legal busca o cumprimento das suas finalidades estruturando e direcionando sua força regulamentadora para as seguintes Iniciativas Estratégicas:

- Transparência e autonomia na tomada de decisão;
- Busca contínua da melhoria das práticas assistenciais;
- Enfrentamento das práticas nocivas à qualidade e segurança do paciente;
- Avaliação e classificação da qualidade dos serviços de saúde;
- Promover a comunicação e a educação.

O objetivo primordial é primar pela qualidade dos serviços de saúde. Sua ação reguladora deve ser pautada nas dimensões da qualidade na busca contínua da melhoria das práticas assistenciais de modo a promover uma assistência à saúde mais segura.

Por meio do exercício da regulação, monitoramento, avaliação, fiscalização e controle, é possível intervir no setor regulado a partir do amparo de sua lei, objetivando sempre o melhor resultado e experiência para o paciente.



A participação nas dicussões pertinentes de acordo com sua esfera governamental é pernitente para contribuir na melhoria e qualidade da assitência nos serviços prestados

23 Articulações com a Rede de Serviços

23.1.1 Descrição dos Serviços

Sistema de referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde, protagonizado pelo princípio da integridade, que consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto

de suas necessidades de diversos níveis de complexidade para atender essas necessidades de forma integral, segundo os princípios do SUS.

A abordagem de integração dos sistemas e redes de saúde envolve diversos aspectos inter-relacionados, tais como: :regulação dos serviços, processos de gestão clínica, condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação e apoio logístico.

O sistema de Referência e contrarreferência é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento para assegurar a atenção integral aos usuários.

Na compreensão de rede, deve-se reafirmar perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculo sem diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, Inter equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

23.1.2 Características e Diretrizes de Atendimento

Considerando a importância dos processos de articulação da rede de Serviços de Saúde, é essencial que após a avaliação e tratamentos recebidos a partir da demanda de urgência, no momento de alta deve ser realizada a orientação por guia de contrarreferência à Unidade Básica de Saúde para acompanhamento de saúde.

Nos casos de maior necessidade e complexidade, deve-se prover o referenciamento e remoção dos pacientes, garantindo condições para a realização de todas as manobras de sustentação da vida, propiciando a continuidade da assistência adequada em outro nível de atendimento referenciado.

O contra referenciamento informará a condição do paciente, a condição do paciente, hipótese e/ou diagnóstico procedimentos realizados, inclusive exames e medicamentos. O médico de serviço que encaminha o caso é responsável pelo paciente até a passagem do caso para o hospital.

O acesso dos pacientes a Unidade de Saúde é definido pela busca espontânea dos próprios usuários da Unidade, pelo sistema de referência das Unidades Básicas e Regulação Local.

23.1.2.1 Contrarreferência:

Os serviços de atenção hospitalar de maior complexidade e densidade tecnológica devem ser referenciados pela atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção especial de acesso aberto. As articulações entre diversos serviços devem estar sincronizadas e voltadas ao alcance de um objetivo comum de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e vivenciadas pelo usuário de forma contínua. A coordenação assistência é atributo

organizacional da Unidade de Saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário.

A **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS de Almirante Tamandaré-PR** deverá estabelecer um efetivo sistema de contrarreferência com às Unidade Básica de Saúde mais próximas à residência do paciente, visando o melhor funcionamento de rede e a melhor qualidade de atendimento à saúde da população, assim como ao Hospital de Referência estabelecido pela SMS, que realiza a retaguarda das internações e transferências da UPA 24H.

As Unidades estarão empenhados sem estabelecer um sistema efetivo onde a referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha pacientes a um serviço de maior complexidade, acompanhando-o e marcando seu atendimento.

23.1.3 Ações para Articulação com a Rede de Serviços

23.1.3.1 Objetivo a ser atingido

Desenvolver ações e estratégias para o melhor desempenho dos processos e procedimentos de referência e contrarreferência que garanta a continuidade da assistência prestada aos usuários.

Ação 1

Descrever junto à Secretária de Saúde de **Almirante Tamandaré** uma grade de referência e contrarreferência, para que o acesso e continuidade da assistência da população seja regulada de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS.

- **Período**

01 a 30 dias.

- **Critério de avaliação**

Ata de Reunião com Secretaria Municipal Saúde.

Ação 2

Estruturar um fluxo de referência por especialidades ou áreas de atuação envolvendo todos os serviços; para garantir a continuidade do atendimento dos usuários que necessitem de internação, tratamento especializado, ou acompanhamento nas UBS.

- **Período**

01 até 60 dias.

- **Critério de avaliação**

Fluxo de Paciente.

Ação 3

Implantar como rotina o registro de todos os encaminhamentos; que deverão ser realizados formalmente com registro completo das atividades desenvolvidas com orientações por guia de contra referência para acompanhamento de saúde, contendo condições do paciente, hipótese e ou diagnóstico, procedimentos realizados, inclusive exames e medicamentos.

- **Período**

01 até 150 dias.

- **Critério de avaliação**

Formulação no sistema de Gestão.

Ação 4

Aplicar uma rotina que garanta a confirmação da continuidade do serviço prestado nas unidades de referência.

- **Período**

01 até 150 dias.

- **Critério de avaliação**

Sistema de Gestão.

Ação 5

Definir o fluxo interno de solicitação e aceite dos pacientes com interface da Regulação das demandas cirúrgicas advindas da Rede de Atenção à Saúde em **Almirante Tamandaré.**

- **Período**

01 até 150 dias.

- **Critério de avaliação**

Sistema de Gestão.

Ação 6

Divulgar o fluxo do processo de recebimento de solicitação vaga das unidades de Saúde (recebimento do contato da Regulação, discussão do caso com o médico solicitante e análise da liberação da vaga, comunicação com a equipe para recepção do paciente e recepção, acolhimento, avaliação e definição da conduta assistencial do paciente).

- **Período**

01 até 30 dias.

- **Critério de avaliação**

Via E-mail e auditorias periódicas.

Ação 7

Divulgar o fluxo do processo de solicitação de vaga da Regulação (análise da condição do paciente, solicitação da vaga para a Regulação e orientação sobre as condições do paciente.

- **Período**

01 até 30 dias.

- **Critério de avaliação**

Via E-mail.

Ação 8

Acompanhar diariamente as solicitações e conduta proativa do NIR da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS de Almirante Tamandaré**, para finalização dos casos e com registrar em relatório, para geração de estatística, visando o acompanhamento do processo.

- **Período**

01 até 150 dias.

- **Critério de avaliação**

Relatório Diário.

Ação 9

Manter um NIR do **da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS de Almirante Tamandaré** em contato com as demais unidades dentro do Município e quando houver necessidade, no Estado de São Paulo.

- **Período**

01 até 150 dias.

- **Critério de avaliação**

Relatório Diário.

24 *Convênios de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para Desenvolvimento de Estágios Curriculares*

A **AHBBIRede Santa Casa** procura incentivar e ser proativo em estabelecer convênios e termos de Cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares e residências.

Tais termos de cooperação técnica com instituições formadoras passam, entretanto, pela profunda apuração de dados logísticos, fluxos administrativos e estudos e viabilidade, no sentido de permitir que o território seja campo de ensino e aprendizagem prática aos alunos, porém cuidando para que tais atividades não comprometam a qualidade da assistência e fatores de segurança das equipes e do paciente, tendo em vista a ética do trabalho em saúde.

Considerando o exposto, os termos de convênio seguem as seguintes normativas:

1) Será tomada por base a PORTARIA 1900/2012 - SMS. G — PUBLIÇADO EM 10/11/2012-PAG. 33/35, a qual propõe novas diretrizes para a organização, funcionamento e desenvolvimento do Sistema de Estágios obrigatórios na rede pública da Secretaria Municipal da Saúde — SMS, à luz da LEI FEDERAL nº 11.788/02 que trata dos Estágios Obrigatórios e Não Obrigatórios,

2) As solicitações de campo de estágios /residências deverão ser apresentadas pela Instituição formadora para Secretaria de Saúde;

3) A partir da ciência e anuência da Secretaria de Saúde, a instituição formadora deverá encaminhar projeto técnico e administrativo, aos cuidados da OSS, a qual, em conjunto com a Comissão de Ensino & Pesquisa da SMS, emitem parecer de viabilidade técnica e operacional, avaliando o projeto, as documentações e mapeando a capacidade local na realização das ações descritas, para então emitir parecer positivo ou negativo.

4) Os estágios de graduação e residências serão deferidos, obedecendo às seguintes ordens de priorização:

a. Para alunos de graduação /Residência de Instituições de ensino públicas;

b. Para alunos de graduação/Treinamento/Residência de Instituições de ensino particulares;

c. Residência Médica e Residência Multidisciplinar;

d. Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento;

e. Outros Estágios;

5) Tais estágios não compreenderão a totalidade da formação prática dos alunos, e sim uma parte específica de sua atuação.

6) Os preceptores e ou responsáveis técnicos por parte da Instituição de Ensino atuarão sempre de forma integrada;

7) A instituição de Ensino é responsável por disponibilizar um responsável docente e/ou preceptor para acompanhamento, apoio e monitoramento presencial de todas as ações durante todo o período do estágio;

8) É responsabilidade da Instituição de Ensino reportar continuamente o andamento dos estágios/treinamentos/residências ao responsável pelo processo indicado;

9) Os alunos/profissionais inseridos nas atividades deverão ser cadastrados junto ao processo de solicitação convento;

25 *Parcerias com Instituições para Desenvolvimento de Projetos de Pesquisa na Área da Saúde Pública:*

Procura-se incentivar o estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de pesquisa na área de saúde pública. Tais termos parceria passam, entretanto, pela apuração de dados logísticos, fluxos administrativos e estudos de viabilidade, no sentido de permitir que serviço de saúde em questão seja campo de pesquisa, porém cuidando para que tais atividades não comprometam a qualidade da assistência é fatores de segurança das equipes e do paciente, tendo em vista a ética do trabalho em saúde. Considerando o exposto, os termos de parceria seguem as seguintes normativas:

As parcerias para o desenvolvimento de pesquisa serão deferidas, na seguinte ordem de priorização:

1) Para Instituições de ensino públicas,

2) Para Instituições de ensino particulares;

As solicitações de parcerias para o desenvolvimento de pesquisa deverão ser apresentadas pela Instituição formadora para Secretaria de Saúde;

À partir da ciência e anuência dos responsáveis da Secretaria de Saúde, a instituição proponente deverá encaminhar projeto técnico e administrativo da parceria para o desenvolvimento de pesquisa, para o estudo técnico da viabilidade do mesmo, para mapear a capacidade do serviço na realização das ações descritas, e emissão de parecer positivo ou negativo quanto a viabilidade para o desenvolvimento da mesma.

Tais parcerias para o desenvolvimento de pesquisa não poderão comprometer infraestrutura e aspectos éticos e de segurança da equipe e do paciente. Para tanto os critérios de disponibilização dos espaços facultados às pesquisas deverão considerar:

a. Análise dos aspectos administrativos, operacionais e de gestão visando compatibilizar as necessidades do projeto com a capacidade operacional da unidade;
b. Análise da Comissão de Ensino e Pesquisa e da Comissão de Ética responsável, com emissão de parecer favorável ou desfavorável à instituição proponente;

c. As grades de disponibilização de espaços para armazenamento de materiais de pesquisa e presença de pesquisadores em consultórios e outros espaços deverão ser acordados previamente, respeitando as escalas do serviço e sem gerar riscos ou prejuízos de qualquer natureza para a infraestrutura do mesmo, equipes e pacientes;

d. As distribuições de grades e cronogramas deverão ser mantidas desde o início do processo até seu término;

e. A "Comissão de Ensino e Pesquisa" desenvolverá prerrogativas técnicas de contrapartida acordadas previamente, contando com o apoio do(s) pesquisador(sl) da Instituição proponente em Treinamentos e Palestras que estiverem à fim com as necessidades do serviço e as habilidades do(s) pesquisador(s);

f. As unidades de pesquisa deverão ser autossustentáveis, não gerando despesas adicionais ao serviço. Sendo assim, o projeto da instituição proponente deverá contar com verbas específicas para cobertura de taxas por procedimentos, exames etc, relacionados às atividades da pesquisa;

g. O paciente e pesquisador participantes de cada procedimento reservado à pesquisa deverão ter o atendimento registrado no prontuário institucional;

h. A instituição proponente é responsável por disponibilizar um responsável técnico para acompanhamento, apoio e monitoramento de todas as ações durante todo período da parceria;

i. É responsabilidade da Instituição proponente da parceria reportar continuamente à andamento das parcerias ao responsável pelo processo internamente indicado pela gestão loco regional.

É importante ressaltar que a **AHBBIRede Santa Casa** já tem um convênio e cooperação técnica com a Universidade Brasil para as áreas de saúde, com fins de ensino, pesquisa e extensão, notadamente estágio curricular do internato do curso de medicina na unidade gerenciada pela instituição em Garça – SP.

26 GESTÃO DE PESSOAS

26.1Núcleo de Educação Permanente em Saúde

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano

das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20)

Nesse sentido, a Educação Permanente se constitui em estratégia para desenvolver os serviços de saúde, pois implica em constante atualização por meio de ações intencionais e planejadas voltadas ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, que repercutem no interior das relações e processos desde o microcosmo da equipe, até as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais a implicar nas políticas em que se inserem as ações em saúde.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde desenvolve suas atividades nos diferentes eixos:

- Educação em Serviço, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam no Hospital, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa.
- Educação em Saúde para pacientes e acompanhantes, desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população.
- Integração ensino-serviço, a qual tem por objetivo integrar os profissionais de saúde (área médica, assistencial e administrativa), docentes e acadêmicos visando constituir um trabalho em equipe por meio de ações interativas, com vistas à inserção destes sujeitos em programas institucionais conforme as necessidades do serviço e do ensino, e por meio de visitas institucionais de profissionais de saúde e estudantes da área da saúde. Também, envolve projetos de extensão para a Rede Pública de Saúde que se desenvolvem acerca das políticas do SUS em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Apoio à produção científica o qual se desenvolve em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa.

26.2 Proposta de Gestão de Educação Permanente Multidisciplinar

Missão

Prestar Assistência de alta complexidade, dentro dos princípios de hierarquização e regionalização do SUS, contribuindo para a pesquisa, formação e capacitação profissional, buscando uma saúde pública digna com qualidade e compromisso social.

Política

Capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência;

Produto

Selecionar colaboradores junto a Gestão de Pessoas para suprir as vagas existentes na abertura dos setores Assistenciais.

Capacitar e desenvolver os colaboradores, visando garantir a assistência com excelência, mediante a implantação do modelo assistencial.

Monitorizar os indicadores assistenciais promovendo a capacitação e desenvolvimento visando melhorias contínuas e diminuição dos riscos na Assistência.

Qualificar os profissionais através da identificação de não conformidades nos processos assistenciais e da qualidade de trabalho, promovendo e desenvolvendo ações coletivas.

Desenvolver programa anual de educação e capacitação permanente, de desenvolvimento de competências individuais e organizacionais, bem como respectivo cronograma por área profissional.

É igualmente responsável pela orientação da equipe, visando sempre à eficácia da terapêutica, racionalização dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O serviço do NEP é responsável por promover estratégias visando desenvolver uma equipe de profissionais com pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica cientifica e princípios de humanização; orientadas para a melhoria continua da assistência, através de profissionais com formação legalmente estabelecida por meio das leis do exercício profissional e competências previamente definidas, com base em seus objetivos, bem como as necessárias para o desenvolvimento das funções.

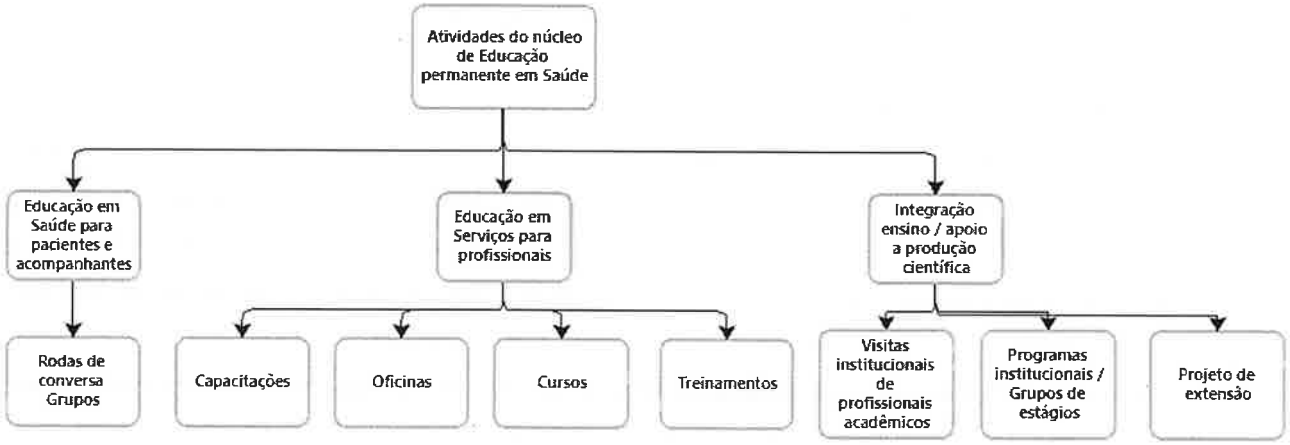
Esse serviço tem em sua característica a inserção de diversos profissionais com níveis de formação diferentes, que desenvolvem inúmeras atividades, com graus de complexidade distintos, o que exige uma capacitação contínua da equipe na obtenção da excelência na qualidade em todos os seus serviços.

Objetivo Geral

Implantar e garantir o modelo assistencial através da Educação Permanente Multidisciplinar, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

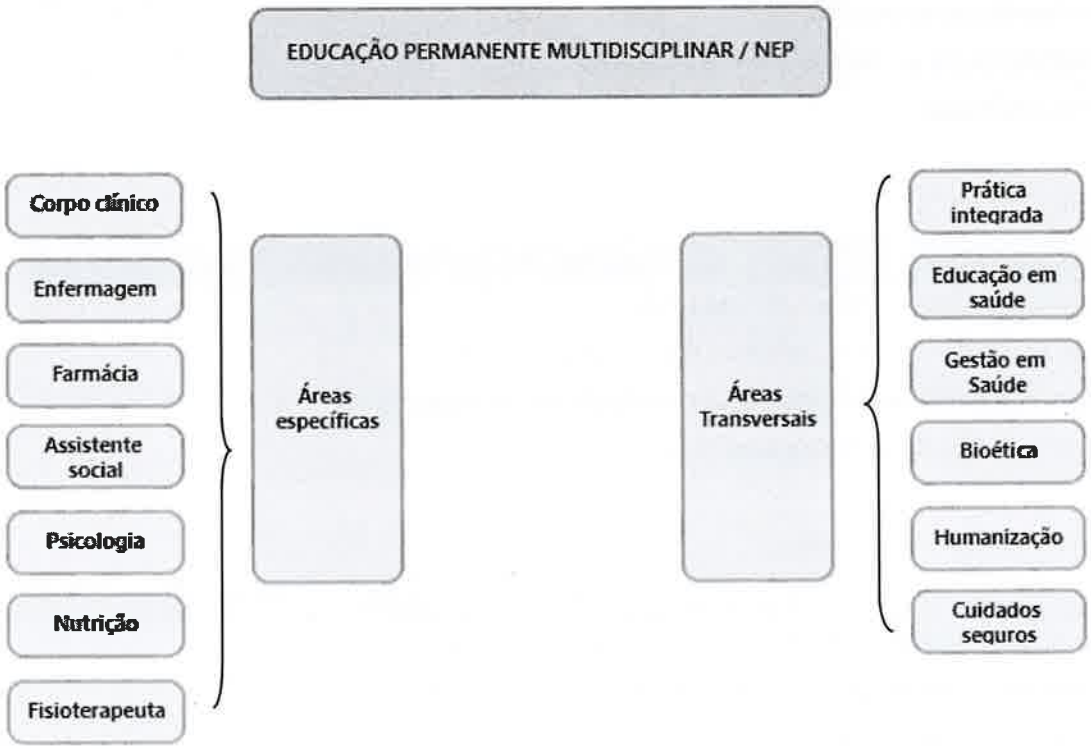
Objetivos Específicos

- Recrutamento e seleção de candidatos às vagas disponíveis para compor a equipe de profissional.
- Treinamento na admissão para os novos colaboradores com treinamento das técnicas especifica por categoria profissional das que são mais utilizadas na Instituição.
- Implantação do Modelo Assistencial nas Unidades Assistenciais e de Apoio através da capacitação da equipe em relação às normas, rotinas e procedimentos específicos adotados.
- Avaliação de desempenho por competências no período de experiência (45 e 90 dias) e anualmente, com plano de ação individual para cada colaborador.
- Introdução e monitoramento dos indicadores assistenciais.
- Desenvolvimento e capacitação dos profissionais em relação aos riscos clínicos, cirúrgicos e implantação de práticas operacionais baseadas em segurança dos pacientes e colaboradores e na qualidade do serviço prestado.



Estrutura

Recursos Humanos:



Proposta de Treinamento de Educação Permanente Multiprofissional

Áreas transversais/Áreas específicas

Modulo 1. Práticas integradas

Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Biossegurança.
Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de infecção Hospitalar.
Prevenção de pneumonia.
Prevenção de Quedas.
Prevenção de Úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Sustentabilidade.

Técnicas de comunicação.
Transferência de pacientes interna e externa.
Alta programada

Modulo 2. Bioética

Bioética clínica: conceitos básicos.
Concelto de vida e morte, comitês de ética.
Saúde como direito: integralidade na atenção materna
Obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde.
Gerenciamento de conflitos bioéticos

Modulo 3. Gestão em Saúde

Organização em saúde e suas implicações para a gestão.
Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.
Planejamento estratégico situacional, tático e operacional.
Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.
Acesso e continuidade do cuidado.
Melhoria da qualidade e segurança do paciente.
Construção e definição de indicadores de qualidade.
Analise dos resultados dos indicadores assistenciais

Modulo 4. Educação em saúde

Concepção de ensino-aprendizagem.
Escuta sensível
Interdisciplinaridade.
Aplicação e avaliação do ciclo de aprendizado

Modulo 5. Humanização

Visita aberta.
Acompanhante em tempo integral para crianças, adolescentes e idosos.
Sistema de escuta sistematizada dos trabalhadores – Pesquisa de Clima, Entrevista de desligamento.

Participação dos familiares no projeto terapêuticos dos usuários.
Livre acesso aos pais de crianças internadas
Projeto de capacitação dos cuidadores.
Projeto terapêutico singular.
Gestor do plano de cuidados.
SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário).
Pesquisa de opinião participativa- POP.
Pesquisa de satisfação dos usuários.
Projeto de valorização e ações de saúde dos trabalhadores-Viver Bem.

Modulo 6. Cuidado Seguro

Identificação do paciente.
Transferências de informações.
Reconciliação medicamentosa: admissão, transferência interna, alta.
Praticas seguras nos procedimentos
Controle de eletrólitos concentrados.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Pratica segura na utilização de medicamentos.
Administração oportuna de antibióticos profiláticos.
Segurança em narcóticos.
Papeis e responsabilidades da equipe.
Transferência interna.
Metas internacionais de segurança do paciente
Segurança em equipamentos- Manutenção preventiva e corretiva
Praticas seguras no manuseio de equipamentos

Áreas Específicas

Módulo 7. Área especifica para corpo clinico

Conhecimento do Aporte Tecnológico Institucional.
Atualização sobre normas e rotinas.

Atuação no plano terapêutico.
Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.
Capacitação de liderança para gestores.
Interdisciplinaridade.
Suporte Avançado de Vida
Suporte Básico de Vida
PALS/ SAVE

Módulo 8. Área especifica para enfermagem

SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.
Taxionomias diagnósticas, de Intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
Trauma Cranioencefálico (TCE) e Trauma Raqui Medular (TRM)
Doenças cerebrovasculares;
Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI);
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH);
Patologias neurológicas;
Morte Encefálica.
Preparo do corpo pós-morte.
Suporte avançado de vida -BLC, ACLS, PALS
Cuidados na administração de trombolíticos.
Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.
Conduta de enfermagem para a criança e o adolescente com dor.
Curativos e coberturas padronizadas.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Complicações clínicas no paciente crítico adulto.

Complicações clínicas no paciente crítico infantil.
Assistência em parada cardiorrespiratória em adulto e Infantil
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Gestão de qualidade e gestão de processos.
Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.
Enfermagem Clinica.

Modulo 11. Área especifica para Nutrição

Bases teóricas da terapia nutricional.
Terapia nutricional aplicada ao paciente
Avaliação nutricional.
Abordagem nutricional ao paciente em tratamento clínico e obstétrico
Terapia nutricional enteral e parenteral.

26.3 Descrição das Competências em Regimento Interno

A descrição das competências encontra-se em seu primeiro e segundo níveis locais no *Regimento Interno* da Unidade de Saúde.

Atribuições de cargo

Introdução

O presente documento estabelece a descrição sumária de algumas atribuições dos cargos para compor o quadro de pessoal da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.

Objetivo

Estabelecer a descrição sumária das atribuições dos cargos de provimento efetivo que compõem o quadro de pessoal.

Conceitos Básicos

a) **Empregado**: Toda pessoa física que presta serviços de natureza não eventual à **AHBB|Rede Santa Casa**, sob a dependência desta, mediante salário.

b) **Quadro de Pessoal**: Conjunto de cargos e Funções Gratificadas necessárias à realização das finalidades da **AHBB|Rede Santa Casa**.

c) **Cargo**: Conjunto de atividades e atribuições de natureza e requisitos semelhantes, e que tem responsabilidades específicas, a serem praticadas pelo empregado integrante do

Plano de Cargos e Salários.

Descrição Sumária das Atribuições dos Cargos

1) Assistente Administrativo:

- Manter arquivo geral das atividades realizadas e documentos relativos ao serviço/unidade.
- Atender clientes ou colaboradores sobre os procedimentos do serviço/unidade.
- Realizar e acompanhar o agendamento de atividades internas para colaboradores.
- Conferir e acompanhar recebimento e conferência dos produtos do serviço/unidade
- Acompanhar prazos de entrega e cobrar atrasos.
- Entregar e buscar formulários, documentos, listas, comunicados, convites e solicitações junto aos demais Serviços.
- Executar digitação de relatórios, formulários e demais documentos.
- Providenciar material de expediente referente ao serviço/unidade.
- Atualizar dados relativos ao serviço em planilhas ou sistema próprio, conforme solicitação do líder da área;
- Executar as atividades burocráticas planejadas e programadas pelo líder responsável.
- Elaborar planilhas e relatórios com dados relevantes do serviço/unidade conforme demanda

2) Assistente Social

- Prestar serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação),
- Serviços e recursos sociais e programas de educação;
- Planejar, coordenar e avaliar planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras);
- Desempenhar tarefas administrativas e articular recursos financeiros disponíveis.
- Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão

3) Auxiliar de limpeza

- Efetuar a limpeza concorrente em todas as unidades da Unidade, visando manter o ambiente limpo e minimizar os riscos de infecção hospitalar.
- Distribuir materiais de higiene e limpeza (papel toalha, papel higiênico, sabonete, embalagens plásticas e produtos de limpeza) nas unidades, conforme quantidade determinada pelo Encarregado, visando o abastecimento das mesmas.

- Verificar e repor material de higiene e limpeza no carro funcional, a cada início de plantão, para evitar a falta de material durante a realização da limpeza.
- Efetuar a limpeza terminal em todas as áreas da Unidade, conforme cronograma anual, retirando móveis e equipamentos do local, realizando a lavagem do teto, paredes, móveis e pisos, visando manter o ambiente limpo e minimizar os riscos de infecção hospitalar.
- Coletar resíduos nos abrigos temporários, localizados nos andares, em carros apropriados e transportá-los até o abrigo externo, para que as empresas coletoras retirem os mesmos no final de cada plantão.
- Higienizar o abrigo externo com água e detergente desinfetante, após a retirada dos resíduos pelas empresas coletoras, visando manter o local devidamente limpo e organizado.
- Higienizar os carros de coleta com água e detergente, ao final de cada plantão, visando minimizar os riscos de infecção hospitalar.
- Higienizar todo o setor com móp pó e móp água e limpar

4) Gestor Administrativo

- Planejar as atividades econômico-financeiras da unidade, mediante busca de informações no mercado da saúde, junto a profissionais médicos, fornecedores de serviço e insumos, bem como junto aos tomadores de serviço, visando obter e manter a estabilidade econômico-financeira da unidade;
- Auxiliar o diretor geral buscando obter previsibilidade financeira, projeção de ganhos/perdas, bem como planejamento macro;
- Elaborar e executar o relatório de atividades, mediante consolidação em relatório dos números estatísticos, econômicos do balancete, financeiros do fluxo de caixa, visando acompanhar de forma numérica as atividades da unidade;
- Deliberar a parte financeira periodicamente, despachando em conjunto com o financeiro da Sede Administrativa as provisões de pagamentos, visando manter o fluxo de caixa da empresa;
- Participar de reuniões com sindicatos, associações, entidades públicas e privadas da área da saúde ou da sociedade como um todo, mediante o agendamento com pessoas ligadas a todas as áreas que tenham representatividade, buscando manter a unidade no meio público/privado;

- Apresentar a prestação de contas mensal à Secretaria Municipal de Saúde, através da elaboração da Planilha Orçamentária, contendo receitas, despesas e aplicações dos recursos, visando cumprir a meta contratual e acompanhar as evoluções;
- Executar o planejamento e acompanhamento econômico-financeiro da unidade, mediante análise dos balancetes em conformidade com relatório de prestação de contas, identificando possíveis distorções, e realizando correções, bem como avaliação dos relatórios de custos por setor, visando a manutenção e obtenção dos resultados esperados para tomadas de decisões, como também contribuir com os demais diretores a respeito dos gastos dos demais serviços;
- Executar o Planejamento Estratégico da unidade através da análise das informações relevantes sobre o cenário econômico-financeiro da instituição, bem como verificação e aplicação dos recursos dentro do estabelecido no contrato de gestão, buscando assegurar que sejam aplicados dentro dos objetivos da unidade, como também manter sob controle as operações financeiras e aplicar o sistema de avaliação de custos;
- Dar suporte à diretoria colaborando no estabelecimento de linhas de decisões, como também atender a legislação vigente e cumprir metas contratuais.
- Administrar os bens móveis e imóveis da unidade, através da realização do Inventário e da criação de normas para identificação dos bens móveis, bem como do controle de sua movimentação (entradas, transferências e baixas), visando controlar o Patrimônio da unidade;
- Coordenar a área fiscal, através do acompanhamento de pagamentos de tributos e obrigações, verificando o cumprimento das exigências legais, buscando contribuir para minimizar os impactos da carga tributária para a **AHBB|Rede Santa Casa.**
- Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão (Programas da Qualidade);
- Participar e Incentivar a participação dos colaboradores nas atividades oferecidas pelo Serviço de Gestão de Pessoas que venham qualificar e motivar a equipe no ambiente de trabalho;
- Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual de Gestão, Procedimentos de Gestão, Instruções de Trabalho e Manual do Colaborador.

5) Enfermeiro Assistencial

- Participar do processo de implantação do Sistema da Qualidade em sua área de atuação;

- Criar estratégias visando melhorar os custos das unidades de internação;
- Implementar os processos de trabalho e procedimento técnicos;
- Alinhar a equipe ao Modelo de Assistência da Unidade;
- Planejar, elaborar, orientar e controlar os trabalhos das Unidades;
- Receber e passar o plantão ao Enfermeiro responsável, através do registro de todos os dados e intercorrências de seu período de trabalho;
- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em todos os pacientes sob sua responsabilidade;
- Colaborar nos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde;
- Interagir com os colaboradores da equipe;
- Realizar visitas a todos os pacientes sob sua responsabilidade e acompanhar os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem;
- Realizar procedimentos complexos de enfermagem nos pacientes sob sua responsabilidade;
- Incentivar a equipe a ter uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizada;
- Realizar reuniões e capacitar a equipe mensalmente;
- Participar de reuniões periódicas com a Diretoria Assistencial ou sempre que convocado;
- Participar de comissões da unidade quando solicitado;
- Medir os indicadores da assistência de enfermagem que lhe forem solicitados;
- Acompanhar o Plano de Tratamento;
- Organizar a unidade e distribuir as tarefas aos membros da equipe;
- Colaborar nos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde;
- Realizar reuniões e capacitar a equipe mensalmente;
- Participar de reuniões periódicas com a Diretoria Assistencial ou sempre que convocado;
- Medir os indicadores da assistência de enfermagem que lhe forem solicitados;
- Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão aos Programas da Qualidade;
- Participar e Incentivar a participação dos colaboradores nas atividades oferecidas pelo Serviço de Gestão de Pessoas, que venham qualificar e motivar a equipe no ambiente de trabalho;
- Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual do Colaborador

Todas as demais categorias, dentro de suas funções, receberão no momento oportuno, a descrição de cargo em impresso próprio da **AHBB|Rede Santa Casa,** para ciência e assinatura. Os exemplos expostos acima, fazem parte do Plano de Trabalho, a fim de exemplificar o conteúdo das informações disponibilizadas aos colaboradores no momento de sua admissão.

Cargo:	Cargo	Categoria do Cargo:	Categoria do Cargo
Departamento/Grupo:	Departamento/Grupo	Código/Pedido do Cargo:	Código/Pedido do Cargo
Localização:	Localização	Necessidade de Deslocação:	Necessidade de Deslocação
Faixa Salarial/Nível:	Faixa Salarial/Nível	Tipo de Cargo:	Tipo de Cargo (por exemplo, tempo inteiro, tempo parcial, cargo partilhado, contrato, estágio)
Contacto dos RH:	Contacto dos RH:	Data de Publicação:	Data de Publicação:
Dará Formação a Candidatos:	Dará Formação a Candidatos:	Expiração da Oferta:	Data de Expiração da Oferta
URL de Publicação Externa:	URL de Publicação Externa		
URL de Publicação Interna:	URL de Publicação Interna:		
Descrição do Cargo			
Função e Responsabilidades Requisitos de formação e qualificação: Competências Preferenciais Notas Adicionais			
Revisto Por:	Nome	Data:	Data

Aprovado Por:	Nome	Data:	Data
Última Atualização Por:	Nome	Data/Hora:	Data/Hora

27 Política de recursos humanos

Políticas de gestão e desenvolvimento de pessoas

A área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas se configura como o lugar da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** em que o foco será o cuidado e assistência aos colaboradores – capital humano. Tem como Política de Recursos Humanos o desenvolvimento, a capacitação profissional e a formação humana de seus colaboradores, proporcionando-lhes a convivência em harmonia, corresponsabilidade de forma que se sintam valorizados e satisfeitos em pertencer à organização, contribuindo para o crescimento da organização.

Objetivos estratégicos da política de gestão e desenvolvimento de pessoas

Dentro da política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, teremos como objetivo estratégico:

1. Fomentar ações participativas de liderança que estimulem o trabalho em equipe;
2. Promover a qualidade de vida dos colaboradores proporcionando um ambiente de trabalho saudável;
3. Incentivar o desenvolvimento profissional dos colaboradores em todos os níveis, por meio de programas internos e externos;
4. Planejar e colaborar com ações de integração e valorização dos colaboradores, propiciando-lhes um clima acolhedor;
5. Recrutar, avaliar e capacitar os funcionários contratados, facilitando a comunicação interna e o clima organizacional.
6. Descobrir, desenvolver e reter os talentos.

Missão

O setor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas terá como missão cuidar das políticas de GDP, atender com eficiência e rapidez, contribuindo para o bem-estar dos nossos colaboradores, através dos processos relacionados a recrutamento e seleção, capacitação e desenvolvimento, cargos e salários, administração de pessoal, segurança e medicina ocupacional.

27.1 Política para Recrutamento e Seleção de Pessoal e Integração de Novos Colaboradores

- **Objetivo**

Estabelecer diretrizes para recrutar e selecionar interna ou externamente profissionais com as competências exigidas para os cargos disponíveis na organização.

- **Aplicação**

Todas as áreas e colaboradores.

- **Premissas**

O candidato ao cargo poderá ser ex-colaborador demitido sem justa causa ou que tenha pedido demissão, desde que o motivo do desligamento seja analisado pela área de administração de pessoal e somente com autorização do Diretor. Não será permitida a contratação do ex-colaborador que tenha sido demitido por justa causa ou tenha restrições em seu prontuário.

A participação dos colaboradores nos processos internos deve considerar o tempo mínimo de 01 ano ocupando o mesmo cargo.

Descrição da Política

Processo de Movimentação de Pessoal

O dimensionamento dos setores será analisado, anualmente, considerando as ampliações, aberturas ou encerramento de serviços, sempre de acordo com o planejamento estratégico da instituição, o mercado externo e as exigências legais.

Toda solicitação de pessoal deverá ser formalizada, pelo setor solicitante, através do instrumento Formulário de Solicitação de Contratação de Pessoal e aprovada de acordo com os níveis de aprovação estabelecidos pela Diretoria Corporativa.

Toda solicitação de pessoal deve ser aprovada pela Gerência de Recursos Humanos, Diretoria Corporativa, e após liberação, seguirá para o setor de Recrutamento e Seleção.

As promoções sejam no próprio setor ou entre setores internos ou externos deverá ser intermediada pelo setor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, dentro dos critérios estabelecidos em fluxo para este fim, desde que atenda as especificações que constam do plano de cargos e perfil do candidato para a vaga destinada, devendo ainda constar de abertura de vaga, aprovação do gestor da área, da diretoria responsável e diretoria corporativa, é imprescindível que haja a anuência do colaborador.

Em ambos os casos, deverá ser utilizado o formulário de Transferência e/ou Promoção, onde constarão, além das assinaturas comprovando a aprovação dos gestores e do Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, as condições em que acontecerá a ação, incluindo os benefícios.

Níveis de Aprovação:

Vaga Nova / Aumento de Quadro: a aprovação da nova vaga ou aumento de quadro deverá ser feita pela Diretoria Corporativa, mediante apresentação de documento com a justificativa da abertura da vaga.

Substituição: a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência de Recursos Humanos e Diretoria responsável.

Contratação Temporária para cobrir férias ou licença: a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência de Recursos Humanos, Diretoria Responsável e Diretoria Corporativa. O formulário depois de aprovado deverá ser diretamente enviado ao Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, responsável pelo Recrutamento e Seleção.

Faz-se necessário programar a substituição com 30 (trinta) dias de antecedência ao afastamento do colaborador, a contratação do substituto deverá coincidir com a data do afastamento e a data do desligamento do substituto deverá coincidir com o retorno do colaborador afastado, em nenhuma hipótese serão mantidos os dois colaboradores concomitante.

Definição do perfil da vaga:

A definição do perfil da vaga é de responsabilidade do Gestor da área (requisitante), juntamente com o setor de Cargos e Salários, pautados na descrição de cargo, considerando os pré-requisitos da vaga em aberto, os principais desafios esperados pela área solicitante e as competências técnicas e comportamentais.

Processo de Recrutamento:

O setor de Recrutamento e Seleção é o responsável pelos processos de recrutar e selecionar os candidatos, devendo apresentar no mínimo 03 (três) candidatos dentro do perfil solicitado para entrevista com o gestor requisitante;

O processo de recrutamento poderá ser: interno ou externo;

As fontes de recrutamento deverão ser sempre escolhidas com base no perfil da vaga solicitada e definidas pela Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, podendo ser:

- Banco de dados de currículo.
- Busca de currículo na Internet.
- Indicações de colaboradores e contatos profissionais.
- Consultorias.
- Anúncio em Internet ou jornal.

O setor de Recrutamento e Seleção em conjunto com o setor de Capacitação e Desenvolvimento estará sempre consultando seu banco de talentos interno para cada vaga em aberto visando possibilitar a promoção vertical ou movimentação horizontal de seu colaborador.

As vagas internas terão ampla e irrestrita divulgação em todos os departamentos e serão afixadas nos quadros de avisos existentes e em locais estratégicos, permanecendo durante 07 (sete) dias.

Será divulgada a vaga existente e os requisitos necessários para o seu preenchimento.

Os colaboradores que se candidatarem à vaga, passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga e seu remanejamento será analisado pela chefia imediata e pelo setor de Recrutamento e Seleção.

Serão requisitos mínimos para concorrer às vagas internas:

- Possuir escolaridade compatível com o cargo;
- Possuir cursos de especialização para os cargos que demandem obrigatoriedade;
- Possuir conhecimentos técnicos necessários para o desempenho das funções;
- Possuir o perfil comportamental desejado;
- Possuir as competências necessárias para o desempenho das funções;
- Não ter advertência;
- Não ter falta injustificada;
- Estar liberado pelo gestor responsável para participar do processo;
- Ser aprovado nos testes técnicos quando aplicáveis;
- Ser aprovado nas avaliações comportamentais e de competência;
- Ser autorizado pela Diretora Corporativa;
- Ser autorizado pelo Diretor da área;
- Ser autorizado pelo Gerente de Recursos Humanos;
- Não possuir férias vencidas;
- Não possuir banco de horas.

Caberá ao setor de Recrutamento e Seleção verificar as referências pessoais e profissionais.

Processo de Seleção

O processo de seleção deve ser constituído por: entrevista inicial, teste de avaliação comportamental de acordo com o mapeamento das competências, teste de habilidades cognitivas, prova de avaliação de conhecimentos específicos com base na descrição de cargos, entrevista com

o gestor da área e avaliação da Medicina do Trabalho, sempre buscando o melhor aproveitamento do candidato para a vaga ora em aberto.

Nas entrevistas será utilizada a técnica Entrevista por Competência (Competência, Habilidade e Atitude) definida na descrição do cargo e em necessidades específicas das áreas solicitantes.

As fases do processo de seleção são de responsabilidade conjunta entre a área requisitante e o **Recrutamento e Seleção.**

A decisão final sobre a escolha do candidato é sempre do gestor da área requisitante, porém é necessário que o candidato esteja adequado ao perfil da descrição de cargo.

Os candidatos que forem eliminados nas etapas de seleção serão comunicados através de e-mail ou telefone.

Os candidatos aprovados seguem as etapas para admissão definidas no fluxo admissional.

Os candidatos aprovados deverão ser encaminhados para admissão até o dia 15 de cada mês, após esta data, a admissão e consequente início das atividades ocorrerá no mês seguinte.

Admissão de parentes: poderá ser feita observando relação de subordinação direta, e a aprovação no processo seletivo.

A participação de ex-colaborador no processo seletivo será feita somente se o motivo da rescisão do contrato tiver sido por iniciativa do colaborador, devendo ter autorização, por escrito, da Gerência de Recursos Humanos que procederá a uma análise dos motivos que levaram à solicitação de demissão consultando o gestor ou informações no prontuário, respeitando os prazos legais.

A admissão de aposentados será permitida mediante avaliação do requisitante e a aprovação no processo seletivo.

Os candidatos indicados passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga e somente serão contratados se forem aprovados em todas as etapas do processo de seleção.

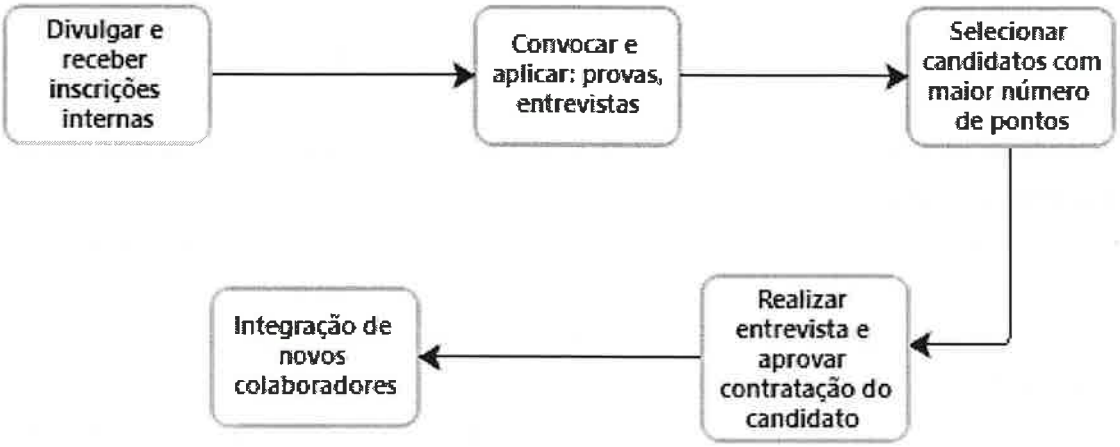
Abertura de vaga

O gestor é responsável por preencher o formulário de Requisição de Pessoal com todos os dados completos, considerando o fluxo: Recrutamento, Seleção e Admissão e é responsável pela coleta de aprovações dentro da sua área, conforme alçadas definidas.

- **Aumento de quadro**: superior imediato, mediato, gestor de RH e diretor da área solicitante.
- **Substituição ou afastamento por auxilio doença/maternidade:** superior imediato, mediato da área solicitante e gestor de RH.

O critério para solicitação de substituição por auxílio doença/acidente de trabalho/maternidade deve considerar o afastamento previsto igual ou maior a 45 dias.

Fluxo de processo de recrutamento e seleção



Processo de Integração de Novos Colaboradores

Da Integração

Todos os novos colaboradores deverão passar pelo Programa de Integração.

Os novos colaboradores receberão no momento da integração, o "Manual de Integração" que deverá ser protocolado no ato da entrega do documento.

As datas para a integração serão definidas de acordo com o número/entrada de novos colaboradores, não devendo exceder 30 (trinta) dias da data da contratação.

O Programa de Integração prevê etapas para sua aplicação, sendo:

- Apresentação do histórico, missão, visão e valores, organograma institucional e local, comissões, unidades e projetos sociais;
- Informações sobre os benefícios, uniforme, marcação do ponto, atrasos, faltas, guarda volumes, normas e regulamentos internos e demais direitos e deveres de acordo com as leis vigentes;
- Recebimento do crachá de identificação e manual de integração;
- Palestra sobre segurança no trabalho;
- Palestra sobre gerenciamento de resíduos;
- Palestra sobre controle de infecção;
- Palestra sobre programas de qualidade;
- Palestra sobre doenças ocupacionais;

- Visita às instalações, apresentação dos setores e seus responsáveis, quais as atividades que o setor desenvolve e sua importância;
- Apresentação de filme institucional ou didático;

Processo para Avaliação de Desempenho

O setor de Recrutamento e Seleção é responsável por controlar os contratos / períodos de experiência, devendo enviar para ao gestor da área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.

Avaliação de Desempenho do Período de Experiência

O gestor da área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas "Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias" e "Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias".

Avaliação no período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias.

- Padrinho e gestor deverão dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;
- Reprovação: desligamento.

Avaliação no período de experiência de 90 (noventa) dias.

- O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;
- Reprovação: desligamento.

Avaliação de Desempenho Anual

Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de Capacitação e Desenvolvimento, e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelos seus gestores, considerando as competências especificas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:

- Capacidade de aprender e assimilar novas ideias;
- Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;
- Quantidade de trabalho e produtividade;
- Relacionamento, maneira de agir;
- Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;
- Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.

Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:

- Quanto às informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;
- Quanto a materiais e equipamentos por ele utilizados;
- Quanto à comunicação com os gestores;
- Quanto à integração na equipe de trabalho;
- Quanto à satisfação na realização das tarefas e atividades.

Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:

- Preparação dos gestores para serem agentes multiplicadores do processo;
- Apresentação da ferramenta para os colaboradores;
- Aplicação das Avaliações.

Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação:

- Análise dos resultados;
- Finalidade: identificação dos fatores desmotivantes e talentos adormecidos;
- Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Superintendência e Diretoria da área;
- Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com o Superior Imediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade.
- Feedback para o colaborador para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação às suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe.
- Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e a programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais.

Fluxo do Processo de Avaliação Anual



27.2 Normas de Administração de Pessoal

Política de Administração de Pessoal

Objetivo

Estabelecer diretrizes para os processos e práticas relacionadas à Administração de Pessoal.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

As práticas da Administração de Pessoal baseiam-se nas legislações que norteiam as relações trabalhistas CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, Constituição Federal, Convenções Coletivas, Legislação Previdenciária e Legislação Trabalhista da Receita Federal.

Descrição da Política

Processo de Admissão

O processo de contratação de pessoal será totalmente baseado no regime da CLT.

Candidatos aprovados no processo de Recrutamento e Seleção deverão apresentar documentação após divulgação do exame admissional.

Relação de Documentos para Admissão

- ✓ Carteira de Trabalho;
- ✓ 1 cópia do Título de Eleitor;
- ✓ 1 cópia do certificado de reservista ou dispensa;
- ✓ 1 cópias do comprovante de residência (água, luz, telefone);
- ✓ 1 cópias do CPF;
- ✓ 1 cópias da carteira de identidade – RG;
- ✓ 1 cópia do conselho no qual é cadastrado (ex: COREN, CRM, outros);
- ✓ 1 fotos 3x4 (recente);
- ✓ 1 cópia do PIS;
- ✓ 1 cópia certidão de casamento ou nascimento;
- ✓ 1 cópia da certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos;
- ✓ 1 cópia do cartão de vacinas, atualizado, dos filhos menores de 05 anos;
- ✓ 1 cópia do cartão de vacinas, atualizado, do candidato;
- ✓ 1 cópia do diploma ou histórico escolar;
- ✓ 1 cópia do certificado de especialização, sem houver;
- ✓ Exame médico admissional;
- ✓ Apresentar dados bancários de conta corrente ou poupança.

OBS: Somente será efetuada a admissão se todos os documentos solicitados forem apresentados dentro do prazo de uma semana.

Após a entrega da documentação exigida, é elaborado o contrato de trabalho conforme especificidades do cargo e segundo a CLT. O contrato de trabalho deve ser assinado no dia da Integração de novos colaboradores.

Remuneração

O setor será realizado todo controle de remuneração dos colaboradores, seguindo as exigências legais das Consolidações das Leis do Trabalho e das Convenções Coletivas das classes de trabalho da Instituição.

É assegurado ao trabalhador, além da remuneração base, valores como adicional noturno, adicional de insalubridade, adicional de periculosidade, salário-família, auxílio creche, e outros, de acordo com as respectivas convenções de trabalho e de acordo com as especificidades de cada cargo.

Além desses itens, é assegurado o pagamento do 13°. salário e Férias remuneradas de até 30 dias para todos os colaboradores, independentemente do cargo que assumem.

Desligamento

O gestor deve verificar junto a Administração de Pessoal, com antecedência, se o colaborador a ser desligado possui alguma estabilidade. A Administração de Pessoal é responsável por verificar todas as estabilidades possíveis (Representação Sindical, CIPA, Aposentadoria, Dissídio Coletivo da Classe, Maternidade e Afastamentos Médicos) e dar retorno ao Gestor.

Com a decisão do desligamento, o Gestor deve informar a Administração de Pessoal os dados do colaborador a ser desligado. Esta comunicação deve seguir alçada de aprovação, Gestor Imediato ou Gestor Mediato, Gestor de RH, Diretoria Responsável e Diretoria Corporativa.

É de responsabilidade de o Gestor Imediato ou Gestor Mediato comunicar o colaborador sobre seu desligamento, explicar os motivos e orientá-lo a se apresentar imediatamente na Administração de Pessoal.

O Gestor deve programar a comunicação do desligamento para o início do plantão do colaborador a ser desligado e o dia deve estar previamente combinado com a Administração de Pessoal.

Férias

O Gestor deve enviar (via correio eletrônico) a comunicação do gozo de férias de seus respectivos colaboradores para Administração de Pessoal com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando a data de início das férias. Quando este caírem sobre dias não úteis, o início das férias deve ser programado para o primeiro dia útil seguinte.

Cada colaborador deve entregar sua carteira de trabalho profissional para Administração de Pessoal seguindo o prazo de 30 dias de antecedência do início das suas férias.

A Administração de Pessoal enviará aos gestores a programação do mês com antecedência de 10 (dez) dias da data de início das férias.

O pagamento será efetuado através de crédito em conta corrente com antecedência de 02 (dois) dias do início das férias. O colaborador deverá comparecer na Administração de Pessoal para assinatura do recibo na mesma data do pagamento.

Para o recebimento do 13°. salário junto ao pagamento de férias o mesmo deverá ser solicitado conforme Legislação vigente.

Registro de Ponto

O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores, exceto para cargos de confiança (gerência e diretoria).

O horário de trabalho deverá ser rigorosamente respeitado e registrado nos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída.

Os registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência na entrada e de 10 (dez) minutos após horário de saída. A permanência além deste horário somente pode ocorrer com autorização do Gestor Imediato.

Somente serão computadas como banco de horas ou horas extras as variações no registro de ponto superiores a 15 (quinze) minutos diários, desde que previamente autorizadas pela Diretoria responsável e informadas a Administração de Pessoal por impresso próprio ou via correio eletrônico.

Não é permitido ao colaborador registrar o ponto além do seu horário de trabalho sem estar previamente autorizado, a reincidência será considerada falta grave, devendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

É falta grave registrar o ponto de outro colaborador, assim como registrar o ponto e não comparecer no seu local de trabalho.

Todos os colaboradores são responsáveis por informar antecipadamente, seus gestores sobre as alterações nos registros.

O Gestor é responsável por enviar a Administração de Pessoal, no dia da ocorrência por correio eletrônico, as justificativas das alterações do registro de ponto de seus colaboradores, tais como troca de folgas, mudança de horário, esquecimento de crachá, atrasos, saídas antecipadas, atestados, declaração de comparecimento ou acompanhamentos, afastamentos e outras situações que interfiram no correto registro de ponto.

As justificativas que não forem informadas a Administração de Pessoal no dia da ocorrência, devem ser informadas considerando o prazo limite, correspondente á 03 (três) dias após o fechamento do período da apuração.

Biometria: Ponto Eletrônico

O Hospital utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado pelo mesmo.

Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada, intervalos/Intra jornada – saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1o e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário. Todas as escalas de serviço deverão estar impressas e afixadas nos setores da unidade

27.3 Regulamento RH

Objetivo

O presente regulamento tem por finalidade apresentar os critérios administrativos para serem utilizados nos processos de administração de pessoal que envolvem a contratação, admissão, manutenção, demissão férias e demissão de colaboradores do Instituto Social Saúde Resgate a Vida.

Capitulo I - Regimes de trabalho

Regime CLT

Entendem-se regime CLT o processo de registrar o vínculo empregatício firmado entre empresa e colaboradores com a utilização das prerrogativas legais regulamentadoras das relações individuais e coletivas do trabalho no Brasil.

O processo de contratação se inicia ao receber do setor de Recursos Humanos o prontuário do processo de Seleção de Pessoal contendo:

- Formulário de Requisição de Recursos Humanos (RH-FOR-001) devidamente assinado pelo Requisitante da Unidade e anuência da Diretorial;
- Testes e laudos avaliativos do candidato;
- Exame médico ocupacional – ASO;
- Cópia de documentações pessoais do colaborador

Lista de documentos CLT

- Atestado de antecedentes criminais (http://www.ssp.sp.gov.br/servicos/atestado.aspx);
- Carteira de trabalho;
- Cópia autenticada da carteirinha do Conselho de Classe;
- Cópia simples da certidão de nascimento dos filhos que vivam sua dependência econômica;
- Cópia simples da certidão de nascimento ou casamento;
- Cópia simples da reservista;
- Cópia simples do cartão de PIS;
- Cópia simples do cartão do banco (não será aceito conta salário e conjunta);
- Cópia simples do comprovante de grau de escolaridade/diploma;
- Cópia simples do comprovante de residência (preferencialmente conta de luz/água/telefone);
- Cópia simples do comprovante de vacinação do funcionário;
- Cópia simples do comprovante de vacinação dos filhos menores de 14 anos;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do RG;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Currículo atualizado;
- Exame médico admissional;
- Recibo original do comprovante de pagamento de babá/creche (filhos menores de 6 anos);
- Telefone de contato fixo e celular;

- Telefone para recado;
- Uma foto ¾ recente;
- Termo de compromisso para VT (Vale transporte) devidamente preenchido e assinado pelo colaborador a ser contratado (RH-FOR-Vale Transporte).

Estagiários

Entendem-se Contratação de Estagiários o processo de gerar vínculo acadêmico/profissional, através da utilização de prerrogativas legais regulamentadoras das relações individuais e coletivas do trabalho no Brasil.

Somente serão aceitos na qualidade de estagiários, alunos regularmente matriculados em cursos vinculados ao ensino público e particular, frequentando cursos de educação superior, de ensino médio, de educação profissional do nível médio ou superior ou escolas de educação especial.

O objetivo do estágio é a complementação do ensino e da aprendizagem proporcionando ao educando a experiência prática na sua formação.

O tempo máximo de estágio na mesma instituição, são de 2 (dois) anos, exceto quando se tratar de estagiário portador de deficiência que poderá ter o seu contrato de estágio válido até o término do curso frequentado.

Para que a jornada de atividades em estágio seja definida, o estagiário deverá trazer um documento da instituição de ensino formalizando em qual das jornadas devidas por Lei o estagiário se aplica.

O estagiário poderá receber bolsa ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada entre as partes. A concessão de qualquer forma de remuneração e de benefícios relacionados a transporte, alimentação entre outros, além de ser compulsória, não caracteriza vínculo empregatício.

O processo de contratação do Estagiário se inicia ao receber no setor de Recursos Humanos o prontuário do processo de Movimentação de Recursos Humanos contendo:

- Formulário de Requisição de Recursos Humanos (RH-FOR-001) devidamente assinado pelo Gestor da Unidade e anuência da Diretorial;
- Testes e laudos avaliativos do candidato;
- Exame médico ocupacional – ASO;
- Cópias de documentações pessoais do colaborador.

Lista de documentos estagiários

- Termo de Convênio de Concessão de Estágio devidamente preenchido e assinado pela entidade concedente do estágio.

- Comprovante (declaração) de matrícula da instituição de ensino;
- Informações para o Termo de Compromisso de estágio curricular contendo:
- Plano de estágio;
- Nome completo do coordenador responsável pelo estágio no instituto escolar;
- Vigência do estágio;
- Carga horária (junto com documento da Instituição de Ensino);
- Nome completo da Instituição de ensino e do representante do curso em questão;
- Atestado de antecedentes criminais (http://www.ssp.sp.gov.br/servicos/atestado.aspx);
- Carteira de trabalho;
- Cópia autenticada da carteirinha do Conselho de Classe;
- Cópia simples da certidão de nascimento dos filhos que vivam sua dependência econômica;
- Cópia simples da certidão de nascimento ou casamento;
- Cópia simples da reservista;
- Cópia simples do cartão de PIS;
- Cópia simples do cartão do banco (não será aceito conta salário e conjunta);
- Cópia simples do comprovante de grau de escolaridade/diploma;
- Cópia simples do comprovante de residência (preferencialmente conta de luz/água/telefone);
- Cópia simples do comprovante de vacinação do funcionário;
- Cópia simples do comprovante de vacinação dos filhos menores de 14 anos;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do RG;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Currículo atualizado;
- Exame médico admissional;
- Telefone de contato fixo e celular;
- Telefone para recado;
- Uma foto ¾ recente;
- Termo de compromisso para VT (Vale transporte) devidamente preenchido e assinado pelo colaborador a ser contratado (RH-FOR-Vale Transporte).

Aprendiz

Entendem-se Contratação de Menores Aprendizes o processo de gerar vínculo acadêmico/profissional, através da utilização de prerrogativas legais regulamentadoras das relações individuais e coletivas do trabalho no Brasil.

A contratação de Jovens Aprendizes se faz necessária para atender a Lei 10.097/2000, que preconiza a criação de cotas de trabalho em um contrato especial ajustado por escrito e por prazo determinado, em que o empregador se compromete a assegurar ao maior quatorze e menor vinte e quatro anos, inscrito em programa de aprendizagem, formação técnico-profissional metódica, compatível com o seu desenvolvimento físico, moral e psicológico, e o aprendiz, a executar, com zelo e diligência, as tarefas necessárias a sua formação.

O Instituto compromete-se em envolver e orientar os colaboradores da empresa, contribuindo assim, para uma melhor formação e integração do aprendiz.

Estudar junto à organização formadora e ao adolescente qual o melhor horário para o aprendiz colocar em prática suas atividades, priorizando sempre sua formação e respeitando seus horários escolares.

Elaborar um contrato de aprendizagem.

Priorizar os estudos e não a produção.

Incentivar que o adolescente acabe minimamente o ensino médio e dê continuidade à sua formação.

Pagar salário mínimo-hora e garantir todos os direitos trabalhistas e previdenciários.

Manter o adolescente na empresa no máximo até ele completar 24 anos, exceto nos casos em que seu desempenho seja insuficiente ou esteja inadaptado; cometa falta disciplinar grave; ausência injustificada à escola que implique na perda do ano letivo ou ainda peça para sair.

O adolescente não pode fazer hora-extra, nem trabalhar em locais insalubres.

O contrato de aprendizagem não pode ultrapassar dois anos.

Se o adolescente estiver cursando o ensino fundamental, a carga horária de aprendizagem é de seis horas diárias, desde que nelas estejam computadas as horas de aprendizagem teórica.

Lista de documentos do aprendiz

- Contrato firmado com uma entidade qualificadora que esteja localizada no mesmo município devidamente preenchido e assinado pela entidade.
- Programa técnico-profissional que prevê a execução de atividades teóricas e práticas
- Atestado de antecedentes criminais (http://www.ssp.sp.gov.br/servicos/atestado.aspx);
- Carteira de trabalho;
- Cópia autenticada da carteirinha do Conselho de Classe;

- Cópia simples da certidão de nascimento dos filhos que vivam sua dependência econômica;
- Cópia simples da certidão de nascimento ou casamento;
- Cópia simples da reservista;
- Cópia simples do cartão de PIS;
- Cópia simples do cartão do banco (não será aceito conta salário e conjunta);
- Cópia simples do comprovante de grau de escolaridade/diploma;
- Cópia simples do comprovante de residência (preferencialmente conta de luz/água/telefone);
- Cópia simples do comprovante de vacinação do funcionário;
- Cópia simples do comprovante de vacinação dos filhos menores de 14 anos;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do RG;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Currículo atualizado;
- Exame médico admissional;
- Telefone de contato fixo e celular;
- Telefone para recado;
- Uma foto ¾ recente;
- Termo de compromisso para VT (Vale transporte) devidamente preenchido e assinado pelo colaborador a ser contratado (RH-FOR-Vale Transporte).

Prestador de serviços

Considera-se como prestador de serviços a pessoa jurídica que prestar serviços por conta e riscos próprios. O Prestador de Serviços deverá apresentar a comprovação profissional do ao órgão competente à sua atuação, o número do CNPJ, quitação de débitos e emissão de nota fiscal jurídica para a realização do pagamento de seus serviços.

Lista de documentos do prestador de serviços

- Termo de Referência ou Projeto Básico da prestação de serviço;
- Cartão do CNPJ;
- Cópia do CPF;
- Cópia cédula identidade – RG;
- Comprovante de residência;
- Cópia autenticada da carteirinha do Conselho de Classe;

- Informações bancárias – (Banco, Agência, nº da conta corrente);

Carteira de trabalho e previdência social

O empregado não poderá trabalhar sem apresentar a CTPS.

A Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) é o documento indispensável para a admissão do empregado, pois prova a relação de trabalho entre as partes e também o tempo de serviço que foi prestado a outras empresas, servindo como verdadeiro atestado de antecedentes do trabalhador

O Instituto tem o prazo de 48 horas para proceder às anotações na CTPS, sujeito ao pagamento de indenização de 1 dia de salário para cada dia de atraso.

Serão obrigatoriamente apresentadas, contra recibo, pelo trabalhador ao seu novo patrão;

Mesmo havendo contrato à parte tais como: Contrato de experiência, contrato temporário, dentre outros, ainda assim existe a obrigatoriedade da assinatura da CTPS;

O registro em CTPS serve para efeito de prova de contrato de trabalho, não é uma condição para a formação do contrato, sendo o contrato do trabalho um contrato informal, ou seja, pode ser escrito, verbal ou até tácito (presumido);

As anotações na CTPS serão feitas: no ato de admissão, na data base (correção salarial – dissídio categoria), nas férias, a qualquer tempo por solicitação do trabalhador, no caso de rescisão contratual, na interrupção da prestação de serviços, nos casos de Acidentes do Trabalho, ou necessidade de comprovação perante a Previdência Social;

Anotação sobre a remuneração deve especificar o salário (forma e pagamento), bem como adicionais de insalubridades ou periculosidade;

Proibição de anotações desabonadoras na CTPS, anotações que tragam prejuízos diretos ou indiretos ao empregado, são exemplos: Anotações desrespeitosas, falsas, discriminatórias, que dizem respeito a vida íntima do trabalhador, dentre outras situações. Tais situações podem acarretar indenizações por danos morais e materiais, pois a CPTS representa a vida profissional do trabalhador e uma anotação desabonadora pode prejudicar na obtenção de um novo emprego;

A falta de anotação, o extravio (pode acontecer até mesmo antes da contratação, na fase pré-processual) ou a inutilizarão da CTPS submeterá o Instituto ao pagamento de multas e indenizações;

As ações de reconhecimento de vínculo de emprego, como a anotação na CTPS, é uma ação declaratória, portanto é imprescritível, desta forma não se submetendo as regras de prescrição quinquenal e bienal trabalhistas;

Data da baixa (fim vínculo emprego) na CTPS: data deve corresponder à do término do prazo do aviso-prévio, seja ele trabalhado ou indenizado;

Capitulo II - do gerenciamento de informações da mão de obra CLT

1. Prazo para admissão de colaboradores no mês

Toda e qualquer admissão, só será efetuada até o dia 20 de cada mês. Nos casos de admissões fora do prazo estipulado o colaborador será efetivado no primeiro dia útil do mês subsequente.

Às admissões só poderão ser efetuadas, mediante apresentação de toda documentação exigida no item 2.1.

2. Prazo para pagamento mensal.

Os pagamentos são realizados em parcela única até o quinto dia útil de cada mês.

Caso a data estipulada seja nos finais de semana ou feriados, o pagamento poderá ser antecipado para o último dia útil antecedente à data fixada.

3. Horas extras

As horas extras serão pagas de acordo com o que estiver descrito na Convenção vigente de cada categoria profissional.

4. Insalubridade

Abono sobre o grau de risco da função do colaborador, que poderá receber de 10%, 20% ou 40% do salário mínimo nacional determinado por lei. A porcentagem para o cálculo da insalubridade é determinada pelo laudo pericial do PPRA.

5. Periculosidade

Abono sobre o grau de risco da função do colaborador, que poderá receber 30% do salário base. O direito à periculosidade deve ser determinado pelo laudo pericial do PPRA.

6. Adicional noturno

O Adicional Noturno será de acordo com o que estiver descrito na Convenção vigente de cada categoria profissional.

7. Salário família

O valor do salário-família é pago por filho de 0 à 14 anos.

Se a mãe e o pai estiverem em categorias e faixas salariais dentro do enquadramento legal, os dois receberão o benefício.

8. Benefícios

Com exceção do VT (Vale Transporte), os benéficos aqui descritos serão disponibilizados aos colaboradores conforme características do contrato no qual sua admissão está atrelada. O mesmo estende-se aos valores de descontos ou não gerados por estes benefícios.

9. Refeição

O fornecimento de refeições no local de trabalho, estão condicionados aos contratos no qual a admissão está atrelada ou aos acordos coletivos das categorias profissionais e pelas leis de trabalho no Brasil.

10. Vale transporte

Conforme estabelecido por lei, são descontados do colaborador 6% sobre o salário base, para compor o auxílio transporte.

Só terão direito aos benefícios, colaboradores com vínculo empregatício CLT, estagiários e aprendizes.

A solicitação ou não do VT deve vir no ato da admissão do colaborador através do formulário RH-FOR-Vale Transporte.

11. Seguro de vida

O seguro de vida é um benefício oferecido pelo Instituto e está vinculado à Convenção Sindical vigente ou pelo contrato de Estágio/Aprendiz

12. Demonstrativo de pagamento

De acordo com o artigo 464 da CLT, o pagamento de salário deverá ser efetuado contra recibo, assinado pelo empregado; em se tratando de analfabeto, mediante sua impressão digital, ou, não sendo esta possível, a seu rogo (assinado por testemunhas).

Contudo, terá força de recibo o comprovante de depósito em conta bancária, aberta para esse fim em nome de cada empregado, em estabelecimento de crédito, nos termos do parágrafo único do artigo em referência, caso a empresa deposite mensalmente o salário.

Portanto, poderá o Instituto efetuar a entrega do Demonstrativo de Pagamento dos Salários sem que este seja assinado pelo empregado, desde que o pagamento do salário seja efetuado através de depósito em conta.

A Impressão dos Demonstrativos de Pagamento ficará a cargo de uma prestadora de serviços. O local de Entrega será no escritório em Cotia. Os demonstrativos serão identificados por unidade de trabalho e entregues por um motoboy contratado pelo Instituto.

O representante do Departamento de Recursos Humanos em cada unidade de trabalho ficará responsável pela distribuição dos demonstrativos de pagamento para os funcionários.

Capitulo III – encargos sociais

1. INSS

É descontado do colaborador sobre a composição salarial, índice conforme variação de tabela, sendo 8%, 9% ou 11%, respectivas alíquotas de incidência para o cálculo da contribuição a ser paga ao INSS, respeitando o teto vigente.

2. IRRF

Apenas sofre desconto conforme variação de tabela, colaboradores com renda bruta superior ao valor vigente, estipulado pela RFB.

Capitulo IV – faltas/ afastamentos/ acidentes de trabalho/ licenças

1. Falta injustificada

São aquelas, que não estão contemplados no Art. 473 da CLT e que serão efetivamente descontadas do salário do trabalhador.

2. Falta abonada/ justificada

Mediante apresentação de atestado médico até 48h após o incidente ou autorização por escrito da chefia imediata. Tais documentos deverão ser encaminhados a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS de Almirante Tamandaré via** e-mail.

3. Poderá se ausentar sem prejuízo financeiro

- 2 dias consecutivos em casos de falecimento do cônjuge ascendente, descendente, irmão ou pessoa que declarada em CTPS que viva sob sua dependência econômica, ou de acordo com o que estiver descrito na Convenção vigente de cada categoria profissional da base territorial, o que for mais benéfico para o colaborador;
- 3 dias consecutivos em virtude de casamento, ou de acordo com o que estiver descrito na Convenção vigente de cada categoria profissional da base territorial, o que for mais benéfico para o colaborador;
- Por 5 dias em caso de nascimento de filho;
- Por 1 dia, em cada 12 meses de trabalho, em casos de doação de sangue devidamente comprovado;
- Até 2 dias consecutivos ou não para o fim de alistamento militar nos termos da respectiva lei;
- No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do serviço militar;
- Jurados e testemunha, mediante apresentação da carta de convocação e certidão de comparecimento no tribunal;
- Em caso de trabalho nas eleições para cada dia trabalhando o funcionário tem direito a 2 dias úteis de folga, mediante apresentação do comprovante do cartório eleitoral.

4. **Afastamentos**

Mediante apresentação de atestado médico, os primeiros 15 dias de afastamento são de responsabilidade da empresa.

Caso o colaborador necessite de um maior tempo de afastamento (superior a 15 dias), o mesmo deverá solicitar ao médico o encaminhamento para o INSS e enviar à Medicina do Trabalho, em um prazo de 24 horas antes de completar os 15 dias de afastamento, para que o Recursos Humanos possa dar entrada no requerimento do "auxílio doença" no INSS.

O funcionário só poderá retornar ao trabalho mediante atestado de saúde fornecido pelo perito do INSS e/ou pelo médico do trabalho.

5. Acidente de trabalho

Levar o acidentado ao Pronto Socorro mais próximo.

Em mãos do laudo médico, passar o documento à Segurança do Trabalho, para abertura do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho) com no máximo 24 horas posterior ao acidente (passado esse período, corre-se o risco de a **AHBBIRede Santa Casa** ser autuada pelo Ministério do Trabalho).

Caso o colaborador necessite de um afastamento superior a 15 dias, o mesmo deverá solicitar ao médico o encaminhamento para o INSS e enviar à Medicina do Trabalho, em um prazo máximo de 24 horas antes de completar os 15 dias de afastamento, para que o Recursos Humanos possa dar entrada no requerimento de Auxilio de Acidente de Trabalho no INSS.

6. Licença maternidade

Enviar à Medicina do Trabalho o atestado solicitando o afastamento, preferencialmente até o dia 20 de cada mês. Após esse período o afastamento será programado para o 1° dia do mês subsequente.

A colaboradora gestante tem direito a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

O salário maternidade consiste na média aritmética simples dos seis últimos salários caso a remuneração da colaboradora seja parcialmente ou totalmente variável, ou no mesmo valor da remuneração integral equivalente a um mês de trabalho.

Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito aos 120 dias previstos na lei.

É garantido à colaboradora, durante a gravidez, sem prejuízo de salário e demais direitos:

- Transferência de função, quando as condições de saúde o exigir, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho;
- Dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares;
- De acordo com a lei 10.710/2003, a partir de 01/09/2003, o pagamento do benéfico do salário maternidade é de total responsabilidade da **AHBBIRede Santa Casa**;

- Caso haja necessidade de prorrogação do prazo de afastamento da licença maternidade, é necessária apresentação de um novo atestado médico, que deve ser enviado ao departamento de Medicina do Trabalho imediatamente.

7. Licença adoção

Conforme lei nº 10.421/2002, estende-se à mãe adotiva o direito à licença maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das leis do trabalho, aprovada pelo decreto lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 e a lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, obedecendo aos seguintes critérios:

- No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias;
- No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1(um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias.
- No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.
- A licença maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

Capitulo V - Processamento da folha de pagamento

As informações para o processamento da folha de pagamento do mês devem ser encaminhadas com antecedência, respeitando o prazo, até dia 20 de cada mês. Após este prazo, as informações serão consignadas na folha do mês subsequente. Tais informações são:

- Alterações de cargo/salário;
- Alterações de jornada/salário;
- Horas extras;
- Faltas/ Atrasos;
- Bonificações;
- Benefícios;
- Nascimento de filhos;
- Afastamento;
- Casamento;
- Falecimento de funcionário;
- Mudança de Banco, Agência, nº de conta.

Capitulo VI - 13º salário

É um direito garantido pelo art. 7° da Constituição Federal de 1988. Consiste no pagamento de um salário extra ao trabalhador no final de cada ano.

O valor do 13° salário é calculado sobre o salário integral do trabalhador. Nos casos dos trabalhadores que completaram os 12 meses de trabalho, o salário será integral com os devidos descontos.

Nos casos em que o trabalhador não completou 12 meses de trabalho, calcula-se o valor do 13° da seguinte forma:

Exemplo:

Um colaborador possui 8 meses de trabalho e tem salário integral de R$1.000,00.

R$1.000,00/ 12 meses x 8= R$666,67 (sem desconto de INSS e IR)

Sobre o 13° salário incidem descontos tributários de INSS e IR sobre o valor recebido;

O pagamento do 13° pode ser pago em duas parcelas. A primeira parcela do 13° salário corresponde a 50% do valor do salário proporcional aos meses trabalhados, (isenta de descontos tributários) é paga até o dia 30 do mês de novembro, ou por ocasião das férias, caso o funcionário solicite.

A segunda parcela (com descontos tributários) é paga até o dia 20 do mês de dezembro

Capítulo VII - Férias

Programação de férias

A programação de férias deverá ser feita anualmente e encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos.

No mês de outubro o Departamento de Recursos Humanos encaminhará aos demais departamentos uma relação de funcionários com férias vencidas para descanso no ano posterior.

Os coordenadores terão prazo até o último dia útil do mês de novembro para encaminhar para o Departamento de Recursos a programação de férias.

1. **Solicitação de férias**

A solicitação de férias deverá ser devidamente assinada pelo colaborador e encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos com antecedência de até sessenta dias antes da data de início das férias

O prazo para pagamento das férias pelo empregador é de 2 dias úteis do início da mesma.

Na formalização da solicitação, o colaborador deverá fazer a opção do dia de início do descanso que deseja tirar:

- 30 dias;
- 20 dias de férias 10 dias em pecúnia;

Também deverá conter na opção de férias do colaborador o interesse em receber ou não juntamente com suas férias a primeira parcela do 13° salário.

O direito as férias estão diretamente relacionadas à quantidade de faltas não justificadas ocorridas no período aquisitivo, conforme tabela abaixo:

DIREITO	QUANTIDADE DE FALTAS
30 dias corridos	Até 5 faltas
24 dias corridos	Até 6 a 14 faltas
18 dias corridos	De 15 a 23 faltas
12 dias corridos	De 24 a 32 faltas

A Constituição Federal, em seu art. 7°, inciso XVII, assegura o gozo de férias anuais com, pelo menos, um terço a mais do salário normal (1/3 constitucional).

Os adicionais por trabalho extraordinário, noturno, insalubre ou perigoso serão computados no salário que servirá de base ao cálculo da remuneração do terço de férias.

Se o salário for parcialmente ou totalmente variável, apurar-se-á a média do período aquisitivo, aplicando-se o valor do salário na data da concessão das férias.

2. **Descontos**

Sobre as férias incidem descontos tributários de INSS e IR sobre o valor recebido, conforme tabela vigente.

3. **Importante**

Férias somente serão concedidas após 12 meses de trabalho;

Os funcionários menores de 18 anos e maiores de 50 anos deverão ter 30 dias de férias em descanso.

Antes de entrar em férias o funcionário deverá apresentar a carteira de trabalho no Departamento de Recursos para ao registro do período de férias.

Capitulo VIII - Demissão de colaboradores com ou sem justa causa

Deve ser enviado ao Departamento de Recursos Humanos um e-mail solicitando o desligamento do colaborador, informando o tipo de demissão:

- dispensa por parte do empregador ou
- pedido de demissão por parte do colaborador

O e-mail deve ser enviado ao Departamento de Recursos Humanos com pelo menos 5 dias úteis de antecedência nos casos de dispensa por parte da **AHBBIRede Santa Casa** e de imediato por solicitação do colaborador.

Relação de débitos e créditos de horas extras, adicionais, banco de horas, faltas e atrasos a serem computados na rescisão, devem ser encaminhados juntamente com a comunicação do desligamento do funcionário.

O prazo de pagamento de rescisão é de 10 dias corridos após a data de demissão. No caso de extinção normal do contrato de trabalho por experiência ou aviso prévio trabalho, o prazo de pagamento será no primeiro dia útil ao término do contrato.

Para todos os cálculos de rescisão de contrato de trabalho, há os devidos descontos de INSS e IR de acordo com a tabela vigente.

Deve ser encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos a carteira profissional para atualização juntamente com o exame médico Demissional.

1. **Demissão com aviso prévio indenizado**

O funcionário é dispensado a partir da data do aviso prévio e o pagamento é feito dentro do prazo de 10 dias. O Instituto, também arca com a multa de 50% sobre os depósitos fundiários, que deverá ser depositado na Caixa Econômica Federal em nome do colaborador.

O colaborador tem direito à:

- Aviso prévio indenizado;
- Saldo de salário;
- Férias vencidas não gozadas;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13° salário proporcional ao tempo de serviço;
- Multa de 50% sobre o FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);
- FGTS;
- Seguro desemprego.

2. **Demissão com aviso prévio cumprido**

O colaborador trabalha no período do aviso prévio, podendo optar por faltar 7 dias corridos ou sair 2 horas mais cedo por dia, até o término do aviso. O pagamento da rescisão é feito no dia seguinte ao término do aviso.

O colaborador tem direito à:

- Aviso prévio cumprido (dias trabalhados);
- Férias vencidas não gozadas;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13° salário proporcional ao tempo de serviço;
- Multa de 50% sobre o FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);
- FGTS;
- Seguro Desemprego.

3. Dispensa por término de contrato por tempo determinado

O funcionário é dispensado antes ou quando se encerra o contrato por tempo determinado, ou período de experiência.

Na **AHBBIRede Santa Casa** o período de experiência equivale a dois ciclos de 45 dias, totalizando os 90 dias previstos por lei.

Se o funcionário for dispensado após o término do 1° ciclo de experiência ou no término do contrato.

O colaborador tem direito à:

- Saldo de Salário;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13° salário proporcional ao tempo de serviço;
- FGTS;

O colaborador não tem direito à:

- Aviso prévio;
- Multa de 50% sobre FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% para o Governo).

4. Dispensa antes do término de contrato por tempo determinado

Quando o colaborador é dispensado antes do término do primeiro ciclo (45 dias) do período de experiência ou 90 dias previsto por lei

O colaborador tem direito à:

- Saldo de salário;

- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13° salário proporcional ao tempo de serviço;
- Aviso prévio que equivale a 50% dos dias faltantes para o término o 1° vencimento (45 dias) ou 90 dias previsto por lei;
- FGTS.

O colaborador não tem direito à:

- Aviso Prévio;
- Multa de 50% sobre FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);

5. Falecimento

No caso do falecimento do colaborador o Departamento de Recursos Humanos deverá ser comunicado, para que os cálculos rescisórios sejam feitos.

Para que o(s) dependente(s) e/ou ascendente(s) do colaborador possa(m) ter direito(s) às verbas rescisórias, o(s) mesmo(s) deverá(ão) solicitar ao INSS uma declaração especifica a qual dará o direito do dependente de receber as verbas.

O(s)s dependente(s) e ou ascendente(s) do colaborador falecido tem direito à:

- Saldo salário;
- Férias vencidas não gozadas;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13° salário proporcional ao tempo de serviço;
- FGTS (somente poderá ser sacado mediante apresentação de uma declaração do INSS).

6. Seguro de vida

No ato da comunicação do falecimento do colaborador o Instituto ficará responsável de comunicar o ocorrido junto à corretora/seguradora.

7. Dispensa com justa causa

Quando existir uma falta considerada grave, o colaborador poderá ser demitido por justa causa. Deve ser encaminhado ao Departamento de Recursos Humanos um e-mail solicitando a demissão por justa causa, mencionando o ocorrido.

O caso será encaminhado para o departamento jurídico da **AHBBIRede Santa Casa** que analisará a possibilidade de dispensa.

8. Análise de dispensa por justa causa (ART. 482 CLT)

9. Ato de improbidade

É um mau caráter. Caracteriza-se também como furto oi roubo de materiais da empresa, falsificação de documentos para obtenção de horas extras não prestadas, apropriação indébita de importância da empresa, o colaborador justifica suas faltas com atestados médicos falsos etc.

10. Incontinência de conduta

Está ligada ao aspecto ao aspecto sexual dentro da empresa (Exemplo: fotos de sexo explícito enviado a um colega de trabalho via internet).

11. Mal procedimento

É uma atitude irregular do colaborador, um procedimento incorreto, incompatível com as regras da moral e dos bons costumes (Exemplo: brincadeiras de mau gosto de um colaborador que atrapalha o desempenho profissional de seus colegas).

12. Negociação habitual

Diz respeito aos atos de comércio praticados com habitualidade pelo colaborador sem o consentimento do empregador. O trabalho concorrente ou prejudicial ao serviço é proibido por lei (Exemplo: colaborador se favorecendo de prestação de serviços semelhantes ao que a empresa oferece.

13. Condenação criminal

O colaborador tem que ser condenado criminalmente, por sentença da qual não caiba mais nenhum tipo de recurso.

14. Desídia

É o desleixo, preguiça, má vontade, desatenção, indiferença, desinteresse do colaborador.

Colaborador apresenta baixa produtividade imperfeição técnica de trabalho. (Exemplo: Colaborador sempre apresentou bom comportamento, porém, ultimamente vem demonstrando.

15. Embriaguez

É considerada pelo consumo voluntário de álcool ou drogas, que leva a alteração psicológica do colaborador, inabilitando-o ao exercício da função, podendo colocar um risco a sua vida e a de colegas. A OMS Organização Mundial de Saúde já a considera doença.

16. Violação de segredo da empresa

Informação tida como confidencial ao qual o colaborador teve acesso em razão do contrato de trabalho ou em função da prestação de serviços. Violar o segredo é tornar público essa informação (Exemplo: lançamento de um projeto e o colaborador que trabalhou nesse projeto divulga informações para concorrentes.

17. Indisciplina

É uma desobediência do colaborador a uma regra de caráter genérico, aplicada a todos ou a um grupo de colaboradores (Exemplo: o colaborador descumpre as ordens gerais dadas pelo empregador, como as contidas no Manual de Integração, ordens de serviços, circulares e portarias.

18. Insubordinação

É uma desobediência do colaborador a uma ordem especifica a ele dirigida, por seu superior hierárquico, desde que essa ordem seja licita e possível, relacionada ao trabalho. (Exemplo: O gestor dá uma ordem a um colaborador e este descumpre sem nenhuma justificativa plausível).

19. Abandono de emprego

Caracterização por dois requisitos. Um objetivo e outro subjetivo.

Objetivo – é a ausência injustificada ao trabalho e para caracterizá-la basta apenas a convocação, registrada do colaborador ao trabalho. Pode ser, por telegrama ou carta de convocação passada em Cartório, que será entregue pelo oficial do cartório.

Subjetivo – é a vontade do colaborador em abandonar o emprego, porém, não é de fácil caracterização. (Exemplo: o colaborador trabalha em Cotia e sua família reside em outro estado. Ele irá entrar em férias e comentou para seus colegas de trabalho que iria para sua cidade natal e que talvez não voltasse se encontrasse situação mais favorável – o elemento subjetivo caracteriza-se pelo testemunho dos colegas de trabalho, sobre o abandono de emprego.

20. Advertência/suspensão

Advertência/Suspensão

Para caracterização da justa causa é muito interessante que o Instituto esgote as oportunidades de recuperação do empregado. Portanto é recomendável o seguinte.

- Uma advertência oral;
- Uma advertência por escrito;
- Uma suspensão de 2 dias;
- Aplicação da Justa causa.

Observar que a sequência recomendada é sempre pelo mesmo motivo.

Na justa causa, o colaborador tem direito somente ao saldo de salário.

21. Pedido de demissão com mais ou menos de 1 ano de trabalho.

O colaborador pode solicitar demissão com dispensa do cumprimento do aviso prévio ou poderá cumprir o aviso prévio, cabe ao Instituto assumir o ônus da dispensa. O prazo para pagamento, no caso de pedido de demissão é de 10 (dez) dias corridos a contar da data do pedido.

O colaborador que solicita a dispensa tem direito à:

- Saldo de salário;

- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13° salário proporcional ao tempo de serviço;
- Aviso prévio cumprido (se for exigência do Instituto).

O colaborador que solicita a dispensa não tem direito à:

- Aviso prévio indenizado;
- Movimentação de FGTS;
- Seguro desemprego.

Homologação do TRCT

- A obrigatoriedade da homologação se faz no caso do desligamento do empregado com mais de um ano de serviço na **AHBBIRede Santa Casa**. Os empregados com menos de um ano de empresa estão dispensados desta obrigatoriedade.

28 Projeto de desenvolvimento humano com pesquisa de clima organizacional

Objetivo Gerais

Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na **AHBBIRede Santa Casa** e o nível de motivação existente.

Objetivos Específicos

Dispor de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao Gerenciamento de Recursos Humanos da **AHBBIRede Santa Casa**;

Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores da Instituição;

Integrar os diversos processos e áreas funcionais;

Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

Metodologia

Formulário

A aplicação do formulário garante preservação da identidade. As informações solicitadas visam exclusivamente estratificar os resultados e contribuir na elaboração dos planos de ação:

- Local;
- Categoria/Funcional;
- Tempo de Casa;

- Relação de trabalho (forma de contrato);
- Sexo.

Contendo afirmativas com desdobramento para avaliação da área de atuação e da organização, com as seguintes opções de resposta:

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim

Tratamento dos Dados

Em meio eletrônico ou físico, ambos com senha exclusiva de acesso, e armazenamento de dados para garantir a preservação da identidade dos participantes, permitindo que todos possam se expressar livremente.

Forma de Aplicação

Eletrônico – por meio acesso à internet em site por link;

Físico – postos de atendimento na Instituição, onde os colaboradores podem esclarecer dúvidas e responder o questionário.

Análise de Dados

- Análise de dados em 5 dimensões:
- Atuação da liderança
- Valorização
- Equidade
- Motivação
- Relacionamento e Ambiente

Divulgação dos Resultados

Elaboração de relatório com apresentação quantitativa (gráficos) e qualitativa (ações)

Divulgação dos resultados para todos os participantes - colaboradores e Gestores

Formulário de Pesquisa de Clima Organizacional: Parte 1

AHBB REDE SANTA CASA Formulário de Pesquisa de Clima Organizacional

Seu nome ou Departamento:_____ Data: ___/___/___

Coloque um "X" em apenas 1 opção de resposta para cada pergunta:

1. A infraestrutura para seu trabalho é adequada (equipamentos, mobiliária)?

( )Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente ( ) Não se aplica

2. A carga horária do trabalho está adequada para realizar os trabalhos com qualidade?

( )Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente ( ) Não se aplica

3. A infraestrutura para comodidade e conforto (refeitório, descanso, higiene) é adequada?

( )Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente ( ) Não se aplica

4. Você possui uma relação de fácil comunicação com sua equipe de trabalho?

( )Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente ( ) Não se aplica

5. Você possui uma relação de fácil comunicação com outros departamentos?

( )Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente ( ) Não se aplica

Formulário de Pesquisa de Clima Organizacional: Parte 2

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR	☺	☹
1. Trabalhar aqui é		
2. O salário que recebo diria que está		
3. O acolhimento de minhas ideias e sugestões pelo hospital é		
4. O compartilhamento de informações no hospital é		
5. As condições do ambiente físico para a realização do meu trabalho são		
6. O relacionamento das pessoas da minha equipe é		
7. O reconhecimento e a valorização do meu trabalho neste hospital são		
8. As oportunidades de treinamento, cursos, capacitação profissional são		

9. Em relação à clareza e objetividade sobre as orientações dadas ao meu trabalho, avalio como		
10. Considero a preocupação com o funcionário nesta empresa como		
11. A sistemática de avaliação do meu desempenho pelo superior é		
12. A minha participação nas decisões tomadas pelo hospital		
13. Considero que a organização e o funcionamento do meu setor estão		
14. Em relação a frequência que recebo elogios quando faço um bom trabalho, considero		
15. Em relação à confiança que tenho em minha chefia imediata		
16. A visão do usuário sobre este hospital é		
17. O eu grau de satisfação com o trabalho é		
18. Quanto adequação das regras e normas estabelecidas pelo hospital		
19. A minha saúde física está		
20. A minha saúde psíquica está		
21. Quanto à liderança de minha chefia imediata		
22. O nível de respeito por minha atividade profissional é		
23. Avalio meu ritmo de trabalho como		
24. Em termos de realização profissional com o meu trabalho, sinto-me		
25. A autonomia que eu tenho para propor melhorias na execução do meu trabalho é		
26. Sua expectativa em relação ao hospital daqui a dois anos		
27. A clareza sobre os resultados esperados do meu trabalho é		
28. O relacionamento entre o superior imediato e os subordinados de minha equipe é		
29. Em relação à clareza das normas e regras, considero que está		

29 PROCESSOS DE QUALIDADE

29.1 Acreditação

Na visão da **AHBB|Rede Santa Casa** a acreditação hospitalar é uma estratégia que se vale de princípios para promover uma melhoria contínua dos processos no âmbito de uma unidade de saúde.

Além disso, a intenção é incorporar princípios de uma cultura de segurança na unidade de saúde, para que assim ela adote boas práticas e alcance os seus objetivos não só de maneira mais ágil, mas com qualidade e eficiência. Se trata de um procedimento que pode fazer com que a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, aperfeiçoe seus processos, de maneira a melhorar a qualidade do serviço que oferece.

Não que seja a escolhida, ou a única candidata, mas oferecemos o conceito de acreditação proveniente da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a acreditação hospitalar como um processo de avaliação de instituições prestadoras de serviços na área de saúde para verificação do cumprimento de requisitos criados, com o objetivo de aperfeiçoar a segurança e a qualidade no serviço prestado.

Conforme essa certificação, para que uma organização seja acreditada, é preciso "comprovadamente atender aos padrões definidos pela ONA, os quais são reconhecidos internacionalmente." A ONA possui atualmente 03 níveis de acreditação: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência, cada um com requisitos específicos, o que permite avaliar a melhoria contínua na gestão e nos processos das organizações de saúde. Observamos também outras metodologias de Acreditação presentes no mercado nacional, como a *Joint Comission* e a *QMentum* Internacional que também orientam e monitoram padrões de alta performance em qualidade e segurança na área de saúde.

A **AHBB|Rede Santa Casa** compreende que a acreditação hospitalar é um procedimento que busca estimular a melhoria contínua dos processos das instituições de saúde, por meio do estabelecimento de padrões e de metas que devem ser observadas no dia a dia operacional.

Benefícios da Acreditação Hospitalar

Por se tratar de um procedimento ou estratégia que busca garantir a melhoria dos processos da Unidade de Saúde, ela acaba por fornecer diversos benefícios, a saber:

- Maior qualidade na assistência à saúde;
- Segurança para os pacientes, bem como para os profissionais;
- Melhoria do clima organizacional, considerando o alcance da melhoria dos processos;
- Melhora, em geral, do desenvolvimento da Unidade de Saúde;
- Promoção do trabalho integrativo, de maneira a unificar os interesses dos departamentos;
- Imagem positiva da Unidade de saúde perante os profissionais, pacientes e sociedade, em geral

Trata-se de uma estratégia fundamental para a Unidade de saúde que melhorar o seu desempenho e, assim, alcançar os seus objetivos com agilidade, eficiência, qualidade e produtividade, marcas da **AHBB|Rede Santa Casa**, além de economicidade em todos os seus setores.

Hoje, a acreditação hospitalar já foi abraçada por mais de 800 instituições de saúde de todo o Brasil, dentre estas cerca de 330 Hospitais, mostrando a abrangência e relevância, indicando que a Unidade de Saúde poderá se fortalecer mais ao longo dos anos.

Ter um selo de acreditação hospitalar está entre os objetivos da **AHBB|Rede Santa Casa** nos serviços de saúde por ela Gerenciadas, além de maior credibilidade junto aos seus pacientes. Por isso acredita que seguir rígidos protocolos de segurança e qualidade, alcança sempre o melhor atendimento a todos.

Dados recentes do 2º Anuário de Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil indicam que os erros em hospitais públicos e privados no Brasil mataram 148 pessoas por dia. O levantamento, solicitado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e pelo Instituto de Pesquisa Feluma, da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, são alarmantes e indicam a falta de cuidado nos processos de segurança e de atendimento de pacientes no país. O levantamento apontou ainda que, somente no ano de 2017, 54.076 pacientes morreram por falhas hospitalar. Nesse total, de 30 a 36% foram por eventos adversos graves, que poderiam ser prevenidos com a adoção de políticas mais rígidas de controle e qualidade.

O papel da acreditação hospitalar é justamente padronizar processos e exigir deles o nível de excelência, visando reduzir a zero os erros nos processos de atendimento ao paciente, ao mesmo tempo que garantem maior eficiência da equipe e reduzem os custos desnecessários aos serviços de saúde. Por se tratar de um método de avaliação dos serviços de saúde que visa assegurar a qualidade e a segurança assistencial, a acreditação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS ocorrerá com vistas a redução em níveis de eventos adversos. A metodologia de avaliação para acreditação é feita de forma voluntária e reservada, não tendo caráter fiscalizatório. E tem como função principal ser um programa de educação continuada dentro da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS. Desta forma, a avaliação será feita periodicamente, com o objetivo de estimular a melhoria contínua dos processos.

Durante a acreditação, técnicos e clínicos responsáveis pela análise procuram demarcar quais os melhores procedimentos de gestão e que garante a máxima segurança dos pacientes. Isso é possível pelo fato de os profissionais responsáveis pelas auditorias conhecerem profundamente a área médica.

A acreditação hospitalar tem ainda a função de otimizar a utilização de insumos, aumentar a produtividade dos profissionais, e desenvolver o entendimento estratégico, tendo como meta a melhoria da qualidade do atendimento. Essa auditoria voluntária auxilia ainda na elaboração de uma metodologia de gestão, fomentando processos produtivos multiprofissionais, racionalizando a utilização de insumos, e otimizando processos no ambiente hospitalar.

Outros benefícios da acreditação hospitalar é passar a contar com processos internos com alto grau de perfeição, a redução da burocracia, e a otimização do tempo dos profissionais envolvidos nos procedimentos. Para os gestores, isso resulta numa equipe mais comprometida e que passa a ser mais produtiva ao mesmo tempo que presta um melhor atendimento, reduzindo as possibilidades de erros.

Por fim, a acreditação hospitalar ainda cria a cultura do aperfeiçoamento constante, da preocupação com os detalhes e com a otimização dos processos. Ou seja, a certificação garantirá que itens essenciais passem a integrar a rotina da equipe. Que passará a atuar de forma mais focada na qualidade do atendimento prestado.

A **AHBB|Rede Santa Casa** pretende aderir ao processo de acreditação hospitalar, o serviço de saúde cumprindo os seguintes pré-requisitos:

Realizar avaliação diagnóstica seria o primeiro passo para extrairmos a real situação do serviço de Saúde a ser acreditado. Para tal, a **AHBB|Rede Santa Casa** utilizará de sua equipe interna, capacitada e habilitada para realizar tal ação.

A partir de então, serão estabelecidas ações com grau de prioridade e responsáveis pelas execuções, a partir do cumprimento de Plano de Ação Monitorado, com a previsão de entrega no primeiro ano de contrato.

Somente então, daremos início ao Acervo Documental que inclui:

- Documentar a área constituída legalmente há mais de um ano
- Providenciar alvará de funcionamento
- Providenciar as licenças sanitárias.

Poderemos dar início ao processo de acreditação, que contará ainda com:

- **Organizar a equipe interna**

Toda a equipe estará alinhada no processo de acreditação, já que a avaliação envolve o empenho de todos. Desta forma, cabe ainda à **AHBB|Rede Santa Casa** irá investir as verbas para as adequações necessárias, para o processo de implantação, e reformar ou adaptar estruturas físicas que precisam estar dentro do que determina às normas de acreditação, sempre de acordo com a Secretaria de Saúde de **Almirante Tamandaré-PR.**

- **Definir o responsável**

Definiremos internamente quem será o responsável pelo processo, que poderá ser um membro interno da equipe devidamente capacitado, ou então contrataremos um consultor externo. Esse coordenador terá o papel de acompanhar todo o processo e definir alterações necessárias, mantendo ainda contato direto com a direção visando toda a transparência e agilidade do processo. Além de um responsável, teremos um comitê de acreditação criado com uma equipe multidisciplinar.

- **Capacitar a equipe**

O processo de acreditação hospitalar exigirá que os envolvidos tenham o conhecimento necessário para sua aplicação, além de contarem com as ferramentas necessárias para seu desenvolvimento. E isso envolverá uma capacitação específica com a equipe, objetivando que sejam treinados para aplicar práticas como gerenciamento de risco, estratégias e procedimentos, e liderança.

- **Escolher uma entidade credenciadora**

A certificação do serviço de saúde será feita por entidades credenciadas em acreditação, seguindo a metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação.

- **Alinhar estratégias**

O processo de acreditação hospitalar fará com que uma série de procedimentos sejam alterados, envolvendo parceiros e fornecedores. Isso pode significar que sistemas de gerenciamento de processos sejam adaptados, e que os fornecedores de insumos também comprovem a qualidade de seus materiais e equipamentos. Como igualmente acontecerá nos nossos serviços terceiros como a lavanderia, limpeza, alimentação. Durante o processo de avaliação do serviço de saúde, além de práticas que garantem a segurança dos pacientes, itens como softwares de gestão também são analisados. São eles os responsáveis pela organização das informações e por garantir o fluxo interno de dados dos pacientes.

De forma geral, contar com a certificação de uma acreditação hospitalar será de fundamental importância não apenas para comprovar que a Unidade de Saúde possua um processo rigoroso de qualidade, mas que estamos preocupados com a saúde de seus pacientes. Ao se adotar métodos padronizados, se reduz as probabilidades de erros e se garante a segurança dos atendimentos.

29.1 Política de Humanização

Diretriz AHBB|Rede Santa Casa de Humanização

O presente documento tem como objetivo recomendar rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas na **AHBB|Rede Santa Casa**, a fim de que possibilite um trabalho coeso em rede. A escolha de rol

mínimo de atividades para a humanização nas unidades gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, assim como já realizado com a vigilância em saúde e a segurança do paciente, faz-se necessária para que sejam harmonizadas as práticas de uma mesma rede, o que tende a potencializar os resultados. Esta diretriz contém elementos básicos e com ela são esperados avanços práticos de tal forma que possibilite a publicação de novas diretrizes que venham contemplar ações de maior complexidade e, assim, possam gradativamente implementar todas as demais ações propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a assistência hospitalar.

Vale salientar que diversos hospitais que compõem a **AHBB|Rede Santa Casa** já possuem trabalhos em humanização, o que favorece a implementação de ações nos demais hospitais com as trocas de experiências em rede. Por outro lado, definiu-se como necessária a adição de um documento formal a essas ricas experiências, a fim de harmonizar conceitos, definir prioridades e elevar essas instituições a uma condição mínima de adequação aos principais requisitos da PNH, promovendo ciclos virtuosos de melhoria contínua para a humanização da assistência prestada aos usuários.

A ampliação das atividades para além das aqui propostas são incentivadas. As unidades têm autonomia para implementar novas ações. Desta forma, esperamos que este documento, seja orientador e motivador de mudanças para a introdução ou o aprimoramento de práticas assistenciais humanizadas, bem como possam proporcionar a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de aliar o uso das evidências científicas de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado, quando estiverem prestando seus atendimentos nas Unidades de Saúde gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**.

A **AHBB|Rede Santa Casa** se inspira na Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) que busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam nossas políticas são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A desumanização da gestão e do cuidado em saúde representada por inúmeras filas, isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares durante o período de internação, práticas de gestão autoritárias e trabalhadores tratados como recursos e insumos, tem levado à perda significativa do sentido do cuidado. A PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão,

como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, realizando-se pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e de coletivos.

A Humanização é uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a si próprios nesse mesmo movimento.

A humanização deve ser abrangente, deve atingir todos os setores das Unidades de Saúde. No entanto, é oportuno escolher as primeiras áreas a serem trabalhadas, assegurando ao processo um resultado impactante e sustentável. A **AHBB|Rede Santa Casa** trabalha com a identificação dos problemas mais emergenciais, os quais devem ser objeto de priorização na elaboração dos planos de ação.

Ressalta-se que as ações pontuais de unidades específicas têm o tratamento adequado, a fim de propiciar um ambiente favorável à humanização em toda a instituição.

Todas nossas ações buscam estar em consonância com os princípios da PNH: transversalidade; indissolubilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Propõe como método a gestão participativa e cogestão, que se apresenta como um "tríplice inclusão", incluindo sujeitos, coletivos para produzir mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão, as quais decorreriam da "produção de plano e ação comum" entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

A partir destes pressupostos, as ações da **AHBB|Rede Santa Casa** são centradas no trabalho em equipe, na construção coletiva que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Os profissionais de saúde são orientados a trabalhar em conjunto com os usuários dos serviços, promovendo o cuidado centrado na pessoa, auxiliando assim os usuários a desenvolverem conhecimentos, aptidões e a confiança que precisam para gerenciar suas tomadas de decisões de forma mais efetiva. A assistência é coordenada e adaptada às necessidades do indivíduo.

Ações e dispositivos preconizados pela PNH adotados pela **AHBB|Rede Santa Casa**:

1. Grupo de Trabalho de Humanização
2. Visita aberta e direito ao acompanhante
3. Sistemas de escuta qualificada
4. Desospitalização
5. Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco

6. Carta de direitos dos usuários do SUS
7. Ambiência
8. Valorização dos trabalhadores
9. Brinquedoteca
10. Grupo de Trabalho de Humanização – GTH

Um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é constituído nos hospitais gerenciados pela **AHBB|Rede Santa Casa**, que realiza trabalho pautado nas orientações da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, na presente Diretriz e deve ser regulamentado por Regimento Interno Próprio.

O GTH é um "espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a ser uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde".

A composição do GTH é multidisciplinar e multiprofissional, com participantes envolvidos com a ideia de humanização, considerando a sensibilidade e o comprometimento com a dignidade do ser humano, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.

O engajamento dos gestores nos GTHs revela que a humanização está sendo priorizada nos processos de construção coletiva de saúde. O grupo é conhecimento por todos os colaboradores, terceiros e fornecedores, bem como o pelo público. É preparado por treinamentos e cursos a fim de fomentar discussões específicas e transversais, além de incentivar pactuações que visem estimular os processos humanísticos na Unidade de Saúde, por meio de reuniões que permitam a participação de toda comunidade hospitalar, com atuação da gestão e trabalhadores interessados.

Em suas reuniões, estão sempre abertos a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais. As reuniões são mensais e possuem caráter aberto, ou seja, além dos membros efetivos, podem participar das reuniões quaisquer outros atores envolvidos com os processos da unidade, e deverão ser registradas em ata, incluindo os temas em pauta e as decisões tomadas. O GTH reporta-se diretamente à Diretoria da Unidade. Subgrupos podem ser constituídos temporariamente, com intuito de elaborar propostas específicas de intervenção em algum setor, além de preparar temas para serem apresentados ou divulgar trabalhos na instituição.

Ações desenvolvidas pelo GTH podem se caracterizar na realização de diagnósticos da situação hospitalar quanto aos serviços humanizados, na investigação dos principais pontos críticos para o

funcionamento de cada um deles e no desenvolvimento e implantação de projetos operacionais de atividades de humanização.

Essas intervenções são significativas para possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura democrática, solidária e crítica, pondo em vista a avaliação dos projetos da unidade, de acordo com a Política Nacional de Humanização, além de difundir os princípios norteadores da PNH.

Alguns dos objetivos do GTH visam dar apoio e estímulo as ações humanitárias dentro do hospital, fomentando a gestão de participação no quesito educação permanente dos trabalhadores, o que contribui para a melhoria do atendimento e do acolhimento.

Além disso, o GTH amplia a comunicação entre a unidade, os grupos e a comunidade para que exista uma evolução nos debates, buscando o aprimoramento dos serviços prestados, incentivando o trabalho em grupo e a qualidade na produção de saúde.

Esse incentivo gera a divulgação sobre o direito que os usuários possuem nas diversas fases dos cuidados, desde a recepção até a alta, dispondo também a respeito dos acompanhantes, oferecendo-lhes um ambiente adequado.

A intervenção para a melhora dos processos de trabalho oferece o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão para promover o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população. Dessa forma, auxilia na diminuição das filas e do tempo de espera e, por fim, viabiliza reflexões sobre a dinâmica das equipes de trabalho acerca de todo o processo de humanização.

Além disso, oferecemos e realizamos a implantação de novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar gestores, profissionais de saúde e usuários. É primordial, portanto, que seja promovida a horizontalização da gestão a fim de criar alternativas e soluções que auxiliem na melhoria do atendimento oferecido pelos serviços, incentivando a troca de experiências, conhecimentos e pesquisas.

Visita Aberta e Direito ao Acompanhante

A visita aberta e o direito ao acompanhante compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização presentes na Diretriz. Na Portaria GM/MS n° 3.39012, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNOSP), a Visita Aberta é definida como: "o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio".

A PNOSP ainda coloca que:

> *"Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência."*

Já o acompanhante é descrito no documento humaniza SUS como

> *"um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde"*

Humanizar é cuidar do usuário como um todo, considerando seus contextos familiar e social, respeitando seus valores e aspectos culturais, sendo assim, é possível admitir que o objetivo desse dispositivo seja ampliar as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o sujeito, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.

Buscando manter, mesmo que latente, o projeto de vida do sujeito durante o tempo de internação. Uma vez que cada usuário faz parte de sistemas complexos e interconectados, a presença de amigos e da família (da rede social) durante a internação mantém a interação com esse meio, podendo favorecer a prestação do cuidado, uma vez que fortalece na pessoa hospitalizada sua identidade pessoal e sua autoestima.

A presença desses atores permite o levantamento de dados a respeito do estilo de vida do usuário, os quais podem ter contribuído para o surgimento da patologia. Com isso, são suscitados hábitos a serem modificados para recuperação e manutenção da saúde da pessoa internada e de sua família.

Amigos e familiares que acompanham todo o processo de cuidados da pessoa internada podem aumentar a autonomia do usuário. Os membros da família são orientados, pela equipe de saúde, quanto ao papel de cuidadores, contribuindo assim para a continuidade do cuidado em casa.

Visitantes e acompanhantes colaboram na observação das alterações do quadro clínico do usuário, comunicando-os à equipe multiprofissional. Pessoas internadas menores de 18 anos de idade, tem assegurado o direito a um acompanhante, pais ou responsável, pelo artigo 12 da lei n° 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente. O direito ao acompanhante também é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) internados, pelo artigo 16 da lei n° 10.741/03 - Estatuto do idoso. Parturientes têm direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-

parto imediato, nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05, de 07 de abril de 20/05/16.

O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante o processo. Evidências científicas demonstram que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, reduzindo a necessidade de cesáreas, a ocorrência de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a depressão pós parto e a utilização de analgésicos.

À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, em tempo integral, de acordo com a Lei 13.146, de 06 de julho de 2017. Outro ponto que deve ser ressaltado é o presente na lei n° 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura nos hospitais da rede pública ou privada o atendimento religioso aos internados, em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso dos sujeitos que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

A Unidade de Saúde como um espaço de construção da autonomia do autocuidado: O espaço hospitalar conduzido por profissionais que valorizam o cuidado centrado no paciente, tem o potencial de induzir o usuário e, assim como a seus familiares, a reproduzirem as atitudes e os comportamentos recomendados pela equipe de saúde. Essa atitude também orienta a família a transformar a residência em um ambiente ajustado à situação do usuário.

As necessidades apresentadas reforçam a importância da rede social para a recuperação e continuidade da saúde do indivíduo. Com a inserção da família e do grupo social no cuidado, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao usuário.

A volta para casa, em muitos casos, acontecerá naturalmente, em alguns casos pode até mesmo tornar desnecessárias as medidas de "reinserção social".

Visitantes e Acompanhantes

A demanda de visitantes e de acompanhantes não será estimada apenas pela equipe de saúde. Quando exequível, a autorização de visitas e acompanhantes irá respeitar o desejo do usuário e seguir as necessidades específicas de cada contexto familiar.

Usuários inconscientes também sentem a presença de amigos e familiares, sendo assim, convidamos as nossas lideranças e equipes de saúde para que reflitam a respeito dos horários de visita estabelecidos em unidades de cuidados a pacientes críticos.

Indígenas hospitalizados, com frequência, necessitam de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais, que envolvem significados etnomédicos e também religiosos. Para os usuários em condições de locomoção deve ser verificada a possibilidade de receber

os visitantes fora do leito, assim como, conferida a adequação do espaço para a inclusão do acompanhante.

Cabe ressaltar que, no momento da visita, um integrante da equipe responsável pelo usuário deve estar presente, visto que a presença de visitantes e acompanhantes não pode comprometer a segurança do paciente e nem mesmo atravessar os limites éticos ou legais. Sendo assim, o processo de implantação e implementação desse dispositivo exige planejamento e monitoramento, para que os profissionais estejam preparados para receber e orientar os visitantes e acompanhantes.

Escuta Qualificada

As unidades da **AHBB|Rede Santa Casa** possuem sistemas de escuta qualificada para seus usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados.

A Ouvidoria é uma forma de sistema escuta qualificada, visto que Ouvidoria em Saúde se constitui em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos aos serviços prestados.

Essa visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do SUS. É fundamental que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando garantir aos usuários a humanização do atendimento e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Para isso, faz-se necessário possuir esse sistema com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos, sendo eficaz na busca de soluções, preservando a imagem da unidade e reduzindo a exposição ao litígio.

Outra forma de sistema de escuta qualificada é a pesquisa de satisfação, amplamente utilizada pela **AHBB|Rede Santa Casa** em unidades por ela gerenciadas. A satisfação do usuário é uma avaliação positiva individual, que considera as percepções do sujeito em relação às suas expectativas, valores e desejos.

Com vistas a avaliar a qualidade em saúde e contribuir na implementação da Política Nacional de Humanização, faz-se necessário realizar o levantamento do nível de satisfação no trabalho, a partir da percepção do usuário interno e externo, por meio da pesquisa e análise de aspectos significativos, tais como: seu posicionamento em relação às condições de trabalho, qualidade do atendimento e o nível de satisfação do usuário interno e externo.

O período de coleta de dados acontece periodicamente, com o objetivo de garantir a participação dos usuários na elaboração e implementação de ações que visem a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e que estejam em conformidade com o que preconiza os princípios do SUS e, sobretudo, avaliar sistematicamente de forma organizada o nível de satisfação dessa população em relação aos serviços prestados e as condições de trabalho.

A pesquisa de satisfação, bem como as denúncias e elogios recebidos pela Ouvidoria revelam falhas nos processos da Unidade que se caracterizem como risco à segurança do paciente. Um trabalho coeso e complementar entre a Ouvidoria e o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente permite implementar ações para a melhoria da qualidade assistencial de forma mais efetiva e eficiente.

Desospitalização

A Política Nacional de Humanização preconiza o acesso e a atenção integral à população. A integralidade da assistência é conceituada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade implica em ações realizadas de forma pactuada entre os pontos de atenção à saúde e com integração multiprofissional exigindo, portanto, estruturação de linha de cuidado.

A transferência do cuidado é uma ferramenta da linha de cuidado, que estabelece fluxograma, procedimentos e orientações no período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, por meio de referência e contrarreferência. Instituímos um canal de comunicação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de favorecer o acesso do usuário ao serviço e a continuidade dos cuidados.

É importante desenvolver na Unidade de Saúde, um protocolo de transferência de cuidado, estabelecendo projeto terapêutico, modelo de relatório de encaminhamento para as contrarreferências e fluxo de comunicação com as unidades básicas de saúde que acompanharão os usuários egressos.

O projeto terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir da avaliação das condições de saúde do usuário e da definição das linhas de intervenção dos profissionais envolvidos no cuidado, com base na discussão da equipe multiprofissional.

Para a elaboração do projeto terapêutico singular, procedemos a uma avaliação física, psicológica e social, que possibilite um diagnóstico dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Após a etapa de diagnóstico, são definidas metas de curto, médio e longo prazo, que são acordadas com o usuário, estabelecendo-se responsáveis por cada tarefa.

O projeto deve ser reavaliado periodicamente, com discussão da evolução do usuário pela equipe multiprofissional e averiguação da necessidade de correções de rumo. Por este motivo, implantamos e mantemos a visita multidisciplinar integrada as reuniões de equipe para planejamento. É necessário que cada usuário tenha sua equipe de referência na unidade.

Para o bom andamento dessas ações, é fundamental que o prontuário integrado (único), conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução).

É importante também divulgar o projeto de integração com a rede básica, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis pelo acompanhamento do usuário, além de articular vínculo com o sistema de urgência/emergência loco-regional.

Idealmente, o usuário deve ter alta do hospital com consulta de seguimento já agendada na rede, assim como os procedimentos e exames que forem necessários após a saída do hospital. Os projetos terapêuticos são conduzidos em parceria com a atenção básica, para assegurar a continuidade do cuidado.

Acolhimento em Função de Vulnerabilidade/Risco

Acolhimento é a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados, com o objetivo de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

É uma forma de realizar os processos de trabalho em saúde, com prestação de atendimento eficiente, com uma escuta ativa e com respostas apropriadas para as questões do cidadão. A escuta permite o acesso oportuno dos usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Ela assegura que todos sejam atendidos com prioridades estabelecidas a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. É fundamental que haja acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso – pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia.

É elaborado projeto terapêutico individual e, idealmente, coletivo com horizontalização por linhas de cuidado, e quando for o caso, o usuário deve ser encaminhado para a continuidade da assistência em outros serviços, o que requer a articulação da rede para garantir o seguimento.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Os hospitais devem fazer um projeto de acolhimento, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. Para que o acolhimento seja apropriado, consideramos importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a reorganização dos processos de trabalho; a governabilidade das equipes locais; e a multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Os serviços de urgência e emergência sob gestão da **AHBB|Rede Santa Casa** implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. O acolhimento com classificação de risco proporciona a redução de filas e do tempo de espera.

Os serviços são reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; o trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; deve ser pactuada com o usuário a resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

Todos os profissionais de saúde da **AHBB|Rede Santa Casa** são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as "portas de entrada", podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde.

A classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, busca garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o usuário que não corre risco imediato e o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; e estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Os casos não agudos devem ser encaminhados para consulta eletiva e já devem sair com agendamento. Os hospitais devem elaborar um protocolo de classificação de risco. O protocolo de classificação é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento e deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado.

Recomendamos que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação (exemplo: vermelho, amarelo, verde, azul).

Carta De Direitos dos Usuários do Sus

As discussões em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) são amplas e crescentes, envolvendo gestores, trabalhadores, assim como a necessidade de articular a sociedade e os usuários em geral, no intuito de construir políticas públicas mais efetivas e resolutivas.

Um SUS humanizado convoca a todos para que, em todas as suas instâncias, programas e projetos, exista o comprometimento com a humanização, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. A Carta é regida pelos seguintes princípios:

a. 1° Princípio: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, isto é, acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovidos pelo Sistema Único de Saúde;
b. 2° Princípio: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. É direito dos cidadãos terem atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário;
c. 3° Princípio: todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência;
d. 4° Princípio: todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
e. 5° Princípio: todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
f. 6° Princípio: todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos, portanto, todos os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, de acordo com a PNH e cada instituição de saúde deve incentivar o conhecimento desses diretos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as etapas do cuidado. Sendo assim, é imprescindível que as unidades de saúde definam e divulguem as diretrizes que protegem e asseguram os direitos e responsabilidades dos usuários e de seus familiares.

Ambiência

De acordo com o Ministério da Saúde a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Esse espaço visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários. Visando isso, a **AHBB|Rede Santa Casa** obedece a legislação e considera necessário dispor de estratégias como: assegurar a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, propiciando um ambiente de privacidade.

Em caso de espaço físico reduzido e com poucos recursos, a privacidade pode ser favorecida com a utilização de biombos ou cortinas. É interessante providenciar de um espaço que possibilite o encontro entre os profissionais e os acompanhantes, podendo ser um ambiente pequeno, desde que calmo, restrito, com boa aparência, no qual o profissional terá a oportunidade de fornecer informações sobre os usuários, aos seus familiares/acompanhantes, sem interrupções e de maneira singular.

Vale ressaltar que, ao construir ambiências, cuidamos em conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando para assim contribuir na promoção do bem-estar e desfazer o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil.

Se o espaço em questão for o de pediatria, a criança, além de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, encontra-se afastada de seu ambiente familiar, escolar, do seu cotidiano como um todo e, por isso é importante proporcionar um ambiente mais favorável, com intuito de não oferecer uma experiência de hospitalização traumatizante. Alguns pontos a serem observados são:

- Condições de infraestrutura necessárias ao funcionamento dos equipamentos médicos hospitalares de forma adequada;
- A quantidade e a qualidade da iluminação dentro dos diversos ambientes hospitalares;
- A temperatura: adaptação das pessoas às condições climáticas nos locais nos quais estão inseridos;
- A cor dos revestimentos dos ambientes e a sensação provocada por estes.

É importante destacar que, ao se desenvolver projetos de ambiência, estes devem estar alinhados com as áreas afins, como infraestrutura e segurança do paciente. O espaço deve ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Valorização dos Trabalhadores

De acordo com a Cartilha da PNH "Trabalho e Redes de saúde", o processo de trabalho em saúde tem ressaltado que as instituições devem ser espaços de valorização do potencial de seus trabalhadores.

A **AHBB|Rede Santa Casa** considera fundamental promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, dando visibilidade às experiências dos trabalhadores e incluindo-os na tomada de decisão, acreditando na capacidade desses de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Os trabalhadores potencializados facilitam a interlocução com os gestores e usuários, desfazendo a divisão técnica e social do trabalho em suas especialidades, propiciando um ambiente mais equilibrado. Uma forma de valorização do trabalhador é promover a educação permanente.

A instituição deve dispor de um Plano de Educação Permanente para os trabalhadores com base nos princípios da humanização, que deve ser alinhado com a Divisão de Gestão de Pessoas. No Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores é importante que esteja presente o levantamento atualizado sobre a necessidade de capacitação de recursos humanos, assim como a agenda de educação permanente da instituição.

Ressalta-se a relevância da existência de uma biblioteca (virtual ou física), com material científico atualizado e relacionado ao contexto do serviço. Destaca-se também a relevância da realização de eventos e atividades de educação permanente internas e externas.

Cabe realçar que o favorecimento de oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade hospitalar, favorece a autoestima dos profissionais.

Além disso, destaca-se a necessidade da existência de estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias. É importante criar estratégias de forma a reconhecer o trabalho, o empenho, a dedicação dos profissionais, como a iniciativa de oferecimento de placas de menção honrosa, demonstrando a significância do trabalhador para a Instituição.

Devem ser desenvolvidas ações com enfoque na Saúde do Trabalhador, direcionadas para a promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho, como a ação "Cuidando do Cuidador", que objetiva o cuidado dos profissionais de saúde nas instituições nas quais atuam.

Brinquedoteca

A importância do brincar, como direito de qualquer criança independe do ambiente onde ela se encontre. De acordo com a Resolução nº 41, de outubro de 1995, do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente:

"Toda criança e adolescente hospitalizado tem direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação *para saúde e acompanhamento de currículo escolar, durante a sua permanência no ambiente hospitalar"*

Aliada a essa Resolução, está a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que torna obrigatória a existência de brinquedotecas hospitalares, fazendo-se cumprir o atendimento integral à criança.

Partindo desse princípio e buscando minimizar as intercorrências do processo de hospitalização no desenvolvimento da criança, a **AHBB|Rede Santa Casa** atrae da manutenção do lúdico em seu cotidiano. A criança se encontra submetida a uma situação em que tudo é diferente, desde as rotinas até as pessoas com as quais passa a conviver, estando, ao mesmo tempo, afastada de seus brinquedos e de sua rede social. Nesse sentido, a **AHBB|Rede Santa Casa** deverão desenvolver atividades lúdicas e pedagógicas com seus pequenos usuários, contribuindo para a aceitação ao tratamento, propiciando maior interação com a equipe de saúde.

Cabe ressaltar que, os hospitais que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação devem, obrigatoriamente, contar com brinquedoteca em suas dependências. Ademais, o trabalho das brinquedotecas será tema de documento específico será tratado com maior detalhamento em documentos futuros.

29.2 Monitoramento e Avaliação

No âmbito da gestão dos serviços de saúde, a informação estratégica, que abrange as diferentes dimensões da qualidade, é capaz de apoiar a tomada de decisão. Os dados que emergem da estrutura, do processo e do resultado na produção de saúde têm o potencial de mobilizar as equipes em torno das metas e objetivos traçados, levando os funcionários a refletirem sobre o fazer cotidiano, norteando a prática do trabalho, fomentando autonomia e protagonismo coletivos.

O ideal é que ocorram reuniões de diferentes profissionais, com diferentes saberes, durante a análise dos dados, em uma configuração multiprofissional, atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado, propiciando aprendizagens coletivas. A avaliação como dispositivo da Política Nacional de Humanização engloba a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidade primordial a prestação de serviços e a produção de sujeitos.

Os indicadores escolhidos para monitoramento das ações sobre humanização devem estar relacionados às dimensões da saúde e à satisfação dos usuários. A presença de indicadores que representem a realidade do trabalho em saúde, demonstra o princípio de indissolubilidade entre atenção e gestão.

Observa-se que a avalição impulsiona as mudanças nos serviços, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos nos processos. O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de ações, tomando-se como base o que um projeto estabelece como metas de sua implementação.

Refere-se ao acompanhamento do alcance de objetivos e metas por meio de uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É realizado cotidianamente nas unidades gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Os indicadores representam medidas que contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho dos serviços.

São instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas, variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obtendo uma medida inicial para a avaliação, no momento da mensuração ou em uma comparação posterior. Ressalta-se que "uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo".

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, com isso, destaca-se a complexidade do monitoramento e avaliação da Humanização, levando à necessidade de incorporação de indicadores capazes de quantificar mudanças não somente no quadro saúde doença, mas também de representações e realizações dos sujeitos.

Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem representar os processos instalados e/ou produtos obtidos. Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos. A **AHBB|Rede Santa Casa** trabalhará os indicadores presentes no documento emitido pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização intitulado "Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência" .

Diante do grande número de indicadores apresentados nesse documento e da complexidade do monitoramento dos dispositivos de humanização, os quais alcançam diferentes níveis de

organização nas instituições, seguindo o princípio da transversalidade da Política de Humanização, foi construído um indicador composto ou índice.

Esse Índice tem o intuito de acompanhar a implantação e implementação dos dispositivos presentes na Política Nacional de Humanização, sobretudo os explicitados por essa Diretriz, sendo composto por 7 variáveis:

1. Grupo de Trabalho de Humanização implantado, com regimento interno próprio, publicado em Portaria Institucional, que inclua os participantes;
2. Atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização na implantação e implementação dos dispositivos da PNH;
3. Sistemas de escuta qualificada em funcionamento;
4. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;
5. Realização de Campanhas em Prol da Humanização;
6. Número de dispositivos/projetos, presentes na Diretriz **AHBB|Rede Santa Casa** de Humanização, implantados e com atividades em desenvolvimento;
7. Presença de outros dispositivos/projetos preconizados pela PNH, implementados na Unidade de Saúde. Além do Índice **AHBB|Rede Santa Casa** sobre Humanização, recomenda-se que sejam monitorados, em todos os HUF, nos casos aplicáveis, os seguintes indicadores:

I. Protocolo de acompanhamento de doentes terminais elaborado e implementado na instituição; Diretriz (Externo)

II. Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização;

III. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços, para divulgação da Carta de Direitos dos Usuário do SUS;

IV. Casa da gestante, bebê e puérpera em funcionamento;

V. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço;

VI. Acompanhante permitido para todas as gestantes na sala de parto;

VII. Presença de espaço que garanta a privacidade da usuária durante o pré-parto, parto e pós-parto.

29.3 Comissão De Humanização

Regimento Interno

Capítulo I

Disposições preliminares, objetivos e características

Art. 1.° A Comissão de Humanização é uma equipe multiprofissional, organizada, participativa e democrática, que se destina a empreender no âmbito da saúde, uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Art. 2.° A CH visa:

I- Atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

II - Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

II - Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.

Art. 3. ° São objetivos da CH:

1 - Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;

II - Melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários;

II - Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde:

IV-Fortalecer, articular e divulgar todas as iniciativas de humanização já existentes nas UNIDADE;

V - Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área:

VI - Buscar os resultados práticos, propostos pela PNH:

a) redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;

b) atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

c) implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;

d) garantia dos direitos dos usuários;

e) valorização do trabalho na saúde:

f) gestão participativa nos serviços.

Capítulo II

Competências

Art. 4.° A CH terá as seguintes competências:

I - Estabelecer estratégias de promoção e implementação da cultura de humanização entre gestores, trabalhadores e usuários da UNIDADE;

II - Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

II - Examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;

IV - Liderar o processo de humanização;

V - Buscar estratégias de comunicação e integração entre as diferentes unidades da AHBB;

VI - Promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de humanização a serem desenvolvidas;

VII - Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

VIII - Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos pelo SUS;

IX - Estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços.

Capítulo III

Composição e Mandato

Art. 5° A CH é constituída por uma equipe multidisciplinar, voluntária, nomeada em portaria da superintendência com representantes das seguintes áreas:

I-Ouvidoria;

II - Divisão de Enfermagem;

IM-Superintendência;

IV-Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V- Divisão Médica:

VI - Segurança do Trabalho;

VII - Usuários

VII- Demais categorias atuantes da UNIDADE;

Parágrafo único. Outros representantes das demais categorias atuantes poderão participar como membros consultivos da CH, quando acionados.

Art.6. ° O coordenador e o vice coordenador serão escolhidos dentre os membros do Grupo, após indicação e votação, sendo eleitos por maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião, tendo o mandato a duração de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7. Após a eleição, o coordenador e o vice indicarão dois secretários, cujos mandatos terão a duração de seus respectivos mandatos.

Capitulo IV

Atribuições

Art. 11. São atribuições do coordenador:

I - Coordenar as atividades de promoção de humanização;

II - Convocar e presidir as reuniões da CH, dando execução às respectivas deliberações;

III - Representar oficialmente a CH.

Art. 12. São atribuições do vice coordenador:

I - Assessorar o coordenador:

II - Assumir as funções do coordenador em suas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, afastamentos oficiais, licenças-saúde, etc);

II - Comparecer às reuniões da CH, proferir votos ou pareceres:

IV - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

V - Requerer votação de matéria em regime de urgência.

Art. 13. São atribuições dos demais membros da comissão:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

II - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

II - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo coordenador.

Art. 14. Caberá ao secretário da comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes:

II - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão:

IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VII - Elaborar relatório mensal das atividades da comissão para publicização no sítio eletrônico da Instituição;

VIII - Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - Realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao serviço.

Art. 15. As reuniões ordinárias da CH serão realizadas mensalmente, em dia e hora previamente agendados com antecedência mínima de cinco dias úteis.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador ou a pedido de qualquer membro da comissão com antecedência mínima de três dias úteis.

Art. 16. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes à reunião.

Art. 17. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas com assinatura dos membros em lista de presença.

Art. 18. As faltas permitidas aos participantes não poderão exceder o número de três, no período de 12 meses.

Parágrafo único. Ocorrendo faltas, conforme disposto no caput, o participante será excluído da comissão

Capítulo V

Disposições Finais

Art. 19. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 20. Este regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 21. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 22. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Cronograma Anual de Atividades

Comissão de Humanização												
Ações	1° Mês	2° Mês	3° Mês	4° Mês	5° Mês	6° Mês	7° Mês	8° Mês	9° Mês	10° Mês	11° Mês	12° Mês
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												

Treinamento – Levantamento de necessidades												
Avaliação de indicadores												

29.4 Regimento Interno da Unidade

INTRODUÇÃO

O Regimento é um ato de caráter estável visa normatizar a Instituição nos seus aspectos fundamentais. É um instrumento administrativo que conduz a uma maior organização da Instituição. Tem como finalidade introduzir uma estrutura administrativa que permite atingir nobres ideais, o primeiro dos quais de ser promotor da saúde.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1°- A Unidade de Pronto Atendimento tem as seguintes finalidades:

- Prestar assistência e atendimento àqueles que a procuram, independente de situação econômica, de cor, de raça, de religião e nacionalidade;
- Desenvolver suas atividades, dentro do mais elevado padrão técnico- científico possível;
- Manter serviços de diagnóstico que possibilitem alto padrão de desempenho;
- Preocupar-se, constantemente, com a qualidade dos serviços prestados, tanto no desempenho dos recursos humanos, quanto no material necessário;
- Elaborar estatística e indicadores de desempenho, de cada um dos serviços da UPA, não só quantitativa, mas também qualitativa, que possibilite uma análise detalhada dos seus resultados;
- Proporcionar atendimento humanizado a todos os usuários (pacientes e acompanhantes);
- Oferecer aos pacientes e aos funcionários o melhor ambiente possível de acolhimento e trabalho;
- Introduzir normas, serviços e equipamentos que protejam os funcionários no trabalho;
- *Manter um quadro completo e correto de profissionais adequadamente* preparados, para que as atividades sejam executadas sempre por quem dedireito e com responsabilidade;
- Incentivar e desenvolver a Motivação, Inovação e Criatividade doscolaboradores;
- Colaborar com as autoridades sanitárias na prevenção de doenças;
- Promover ações sociais e educacionais junto à comunidade.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2°- A organização da UPA está evidenciada no seu organograma.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Art. 3° - A Unidade de Pronto Atendimento, integrante do Sistema Municipal de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial compete prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, com atendimento 24h (vinte e quatro horas) com importante potencial de complacência com relação à demanda, assim como papel ordenador dos fluxos da urgência.

CAPITULO IV – DE PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO GERAL

Art. 4°- São competências do(a) Coordenador(a) Geral:

- Convocar e coordenar as reuniões;
- Viabilizar as políticas administrativas e assistenciais, garantindo o bom funcionamento da UPA e o cumprimento de suas finalidades;
- Monitorar e executar o planejamento econômico financeiro estabelecido pela gestão;
- Coordenar e autorizar a contratação e demissão de trabalhadores;
- Representar a UPA perante os órgãos públicos, entidades de classe e imprensa;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno;
- Executar as políticas administrativas, sociais, econômicas e de recursos humanos estabelecidas;
- Coordenar a UPA assegurando a regularidade de seu funcionamento;
- Baixar as normas de organização e funcionamento interno da UPA;
- Acompanhar as aquisições feitas para a Unidade no que se refere à qualidade e ao custo;
- Zelar pelo pleno funcionamento dos serviços coordenados, pela aplicação deste regimento, dos regimentos setoriais e normas da UPA; Elaborar, em conjunto com os demais coordenadores dos serviços, Regimento específico para cada serviço;

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA FINANCEIRA

Art. 5°- São competências do(a) Coordenador(a) Administrativo Financeiro:

- Coordenar as atividades locais relativas ao controle de patrimônio, almoxarifado, recepção, portaria, manutenção e condutores;
- Monitorar o recebimento das notas fiscais de estoque e prestação de serviços terceirizados dos fornecedores pelo Analista Financeiro;
- Monitorar o envio das notas fiscais ao setor financeiro para efetuar o pagamento dos fornecedores;
- Auditar solicitações de compra da farmácia e almoxarifado e autorizá-las no sistema informatizado;
- Auditar e validar a folha de pagamento e pagamento dos serviços médicos prestados por empresa jurídica;
- Fiscalizar e monitorar as assinaturas dos contratos e termos aditivos juntamente com as notas fiscais de fornecedores e prestadores de serviço;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo a execução de serviços prestados por terceiros contratados;
- Zelar pelo pleno funcionamento dos serviços gerenciados, pela aplicação deste regimento, dos regimentos setoriais e normas da UPA, para um bom resultado para a execução dos serviços assistenciais à população;
- Planejar e acompanhar ações de manutenção preventiva e corretiva junto com a equipe de manutenção;
- Planejar e executar ações educativas para capacitação das equipes administrativas;
- Elaborar, em conjunto com os coordenadores dos serviços, Regimento específico para cada serviço, submetendo-o a aprovação da Coordenação Geral.
- Art. 6°- Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), subordinado ao superior hierárquico, compete:
- Conferir, controlar e arquivar toda a documentação dos pacientes;
- Guardar os prontuários ativos pelo prazo estabelecido em lei ou resoluções do Conselho Federal e Regional de Medicina;
- Zelar para que o prontuário seja manipulado por funcionários, somente no interior da Unidade, mediante protocolo;
- Atender os pacientes que necessitam de cópia dos prontuários, com até 15 dias para a entrega;
- Enviar os prontuários para digitalização e arquivo externo;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes

ao setor e atividades desenvolvidas;

- Levar ao conhecimento do superior hierárquico direto toda anormalidade detectada no setor.

Art. 7°- Ao Serviço de Departamento de Pessoal, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Executar as rotinas inerentes a contratação e demissão dos funcionários e demais registros de acordo com a legislação trabalhista em vigor e o presente Regimento Interno;
- Elaborar a folha de pagamento, preencher guias e formulários e praticar as demais obrigações decorrentes da correta aplicação legal;
- Implantar controles de freqüência dos funcionários, organizando e controlando os cartões ponto;
- Cadastrar informações na folha de pagamento, encargos sociais (FGTS,INSS e IR);
- Abrir pasta para cada funcionário, com a respectiva documentação, arquivada em ordem cronológica;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao setor e atividades desenvolvidas, sob orientação da assessoria jurídica;
- Orientar, analisar e executar tarefas referentes a toda rotina de pessoal, como alteração de cargos, promoções, transferências e outros tipos de movimentação pessoal na qual envolvem controles de documentações, folha de pagamento, férias, abonos, rescisões, visando contribuir para a tomada de decisões nesses assuntos;
- Levar ao conhecimento do superior hierárquico direto toda anormalidade detectada no setor;

Art. 8 °- Ao Serviço de Farmácia, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Realizar solicitação de compras de insumos farmacêuticos da Unidade; Suprir a Unidade dos medicamentos e materiais necessários ao seu correto funcionamento, em qualidade e quantidade necessárias, evitando faltas, vencimentos ou subestoques, de acordo com a política de materiais ditada pela Unidade;
- Receber, conferir, controlar e distribuir de acordo com a técnica condizente, todos os materiais e medicamentos da Unidade;
- Conferir mensalmente o saldo contábil com as quantidades físicas; Inventariar semestralmente as quantidades físicas de todos os produtos;
- Controlar com rigor a guarda e a disposição dos psicotrópicos e entorpecentes;
- Instituir a separação entre materiais e medicamentos reembolsáveis e não reembolsáveis;
- Supervisionar o fracionamento dos produtos farmacêuticos, a dispensação e cuidados

especiais de estocagem;

- Orientar na organização do setor, visando melhor fluxo de trabalho;
- Não liberar nenhum produto sem comprovante hábil para a contabilização;
- Informar diariamente as mercadorias recebidas e as fornecidas, junto ao sistema informatizado;
- Receber os produtos não utilizados e fazer os créditos (devolução) oportunos;
- Observar, com grande rigor, as normas de segurança de guarda de medicamentos e materiais, fixados pelas autoridades competentes; Manter-se atualizado quanto às políticas, orientações, avisos, proibições de uso e outros fixados pela ANVISA e outros órgãos competentes;
- Manter um processo permanente de treinamento em serviço e educação continuada para funcionários envolvidos nas atividades inerentes à Farmácia, garantindo a conformidade das atividades desempenhadas por eles;
- Colaborar com a equipe multidisciplinar, prestando as informações necessárias quanto ao uso dos medicamentos;
- Supervisionar a reposição das cotas de setor, reposição dos kits de procedimentos, reposição dos carros de parada, bem como, realizar a conferência dos carros de parada no final de cada mês;
- Revisar e escriturar, analisando técnicamente e de acordo com as condições legais a utilização de medicamentos sob controle de prescrição;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao setor e atividades desenvolvidas;
- Levar ao conhecimento do superior hierárquico direto toda anormalidade detectada no setor.

Art. 9°- Ao Serviço de Almoxarifado, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Controlar o estoque e verificar a necessidade de reposição; Inventariar semestralmente as quantidades físicas de todos os produtos;
- Não liberar nenhum produto sem comprovante hábil para a contabilização;
- Elaborar e encaminhar à Coordenção Administrativa Financeira, a solicitação de compras dos itens necessários para abastecimento e reposição nos setores da Unidade e acompanhar cada solicitação; Informar diariamente as mercadorias recebidas e as fornecidas, junto ao sistema informatizado;

- Zelar pela padronização de materiais de acordo com as normas técnicas vigentes;
- Receber os materiais entregues pelos fornecedores, conferindo as notas fiscais de entrada com a ordem de compra, verificando quantidade, descrição e as condições gerais dos materiais e suas especificações;
- Fazer lançamento das notas fiscais no sistema informatizado e após o lançamento entregar ao setor financeiro;
- Organizar a estocagem dos produtos de forma a preservar a integridade e condições de uso, devolvendo ao setor de compras algum item avariado, fora da validade e/ou com defeito;
- Levar ao conhecimento do superior hierárquico direto toda anormalidade detectada no setor;

Art. 10°- Ao Serviço de Faturamento, subordinado diretamente ao superior hierárquico, compete:

- Recolher e ordenar toda as informações recebidas pelo SAME dos prontuários e a documentação a ser utilizada no faturamento dos débitos dos serviços prestados a usuários;
- Enviar para a SES o faturamento da Unidade através do e-mail e sistema DATASUS;
- Verificar as ocorrências de glosas e identificar as causas, corrigindo e encaminhando os documentos comprobatórios;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao setor e atividades desenvolvidas;
- Levar ao conhecimento do superior hierárquico direto toda anormalidade detectada no setor;

Art. 11°- Ao Serviço Administrativo Financeiro, subordinado diretamente ao superior hierárquico, compete:

- Solicitar os recibos do repasse de prestação de contas, conferindo, digitalizando toda documentação referente ao fundo fixo e encaminhar para a SES, via SEI;
- Realizar o preenchimento da "Planilha de Serviços Médicos PJ", de acordo com a folha de frequência e os formulários de extra e permuta; Solicitar por e-mail aos médicos PJ, as notas fiscais correspondentes aos serviços realizados, garantindo o envio dessas notas ao setor de prestação de contas;
- Receber e conferir todas as notas fiscais;
- Protocolar e enviar todas as notas fiscais recebidas pelo motorista ao setor de prestação de contas;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao setor e atividades desenvolvidas;

- Levar ao conhecimento do superior hierárquico direto toda anormalidade detectada no setor.

Art. 12°- Ao Serviço de Rouparia, subordinado diretamente ao superior hierárquico compete:

- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada local;
- Fazer o envio, após a pesagem das roupas sujas para a empresa especializada;
- Fazer o recebimento, após a pesagem das roupas limpas para armazenamento e dispensação das áreas de utilização;
- Fazer a forração das camas de repouso;
- quipamento de Proteção Individual) durante todos os processos nas suas atividades nas respectivas áreas.

Art. 13°- Ao Serviço de Informática, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Avaliar,testar, homologar, instalare manter os equipamentos necessários ao funcionamento da área de Tecnologia da Informação da Unidade;
- Atender aos funcionários da Unidade nas questões referentes à infraestrutura de informática, proporcionando qualidade e tempode resposta/atendimento adequado;
- Manter a rede local e externa funcionando 24h (vinte e quatro horas);
- Manter a escala de plantão;
- Executar treinamentos dos usuários da Unidade e funcionários do setor de Informática;
- Executar manutenções corretivas e preventivas;
- Manter a segurança de dados evitando assim, ameaças que possam prejudicar o bem andamento dos serviços ou processos;
- Evitar perdas no processamento de dados;

Ar. 14°- Ao Serviço de Manutenção, subordinado diretamente ao superior hierárquico, coordenado por profissional habilitado, compete:

- Acompanhar e fiscalizar as demandas dos serviços de manutenção preventiva e corretiva da Unidade;
- Coordenar, distribuir e fiscalizar todos os serviços hidráulicos e elétricos da Unidade;
- Distribuir as ordens de serviços demandadas, avaliando as prioridades;
- Dar baixa dos serviços executados pela manutenção no sistema; Supervisionar o

abastecimento dos gases e reposição dos torpedos de oxigênio;

- Coordenar, distribuir e fiscalizar o desenvolvimento das atividades e atuação dos auxiliares operacionais, roupeiros, encanadores e eletricistas;
- Solicitar e monitorar materiais e/ou ferramentas para suprir a necessidade de reparo e/ou manutenção de cada setor;
- Supervisionar o gerador, o sistema elétrico, e distribuição de água;
- Acompanhar os serviços de ar condicionado;
- Fiscalizar o recolhimento das roupas sujas e recebimento das roupas limpas;
- Fiscalizar os serviços de limpeza e o recolhimento do lixo infectante e comum, bem como da área externa onde está acondicionada as bombonas;
- Fiscalizar os serviços de jardinagem;
- Fiscalizar a limpeza da área externa da Unidade, com varrição e recolhimento do lixo;
- Levar ao conhecimento do superior hierárquico direto toda anormalidade detectada no setor;
- Realizar vistorias das áreas comuns da Unidade.

Art. 15°- Ao Serviço de Nutrição, subordinado ao superior hierárquico imediato, compete:

- Planejar, avaliar, propor, determinar a dieta de acordo com sua necessidade em todas as alas (Salas Amarela, Vermelha, Verde e Isolamento);
- Supervisionar, acompanhar e avaliar o trabalho de seus subordinados, interagindo e definindo procedimentos necessários para a melhoria do serviço prestado;
- Promover e ministrar treinamentos e reuniões com sua equipe; Acompanhar e supervisionar as atividades e cuidados nutricionais dispensados aos pacientes e funcionários;
- Elaborar escala de serviço e outras programações relacionadas ao quadro de pessoal;
- Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância;
- Elaborar relatório de atividades, sempre que necessário; Controlar a movimentação dos gêneros alimentícios;
- Acompanhar e supervisionar as condições de manutenção dos equipamentos e as condições de higiene;
- Administrar controles de gestão do setor de produção; Elaborar cardápios e dietas e realizar atividades de educação nutricional;

Art. 16°- Ao Serviço de Recepção, subordinado diretamente ao superior hierárquico, compete:

- Atender os usuários e público em geral, prestando-lhes as informações solicitadas, bem como, a abertura de fichas ambulatoriais dos pacientes com inclusão do cadastro CDSUS;
- Realizar a manutenção e atualização dos dados no momento do cadastro e registro dos pacientes no sistema;
- Instalar a pulseira com identificação do paciente (dados pessoais); Solucionar junto às diversas chefias da instituição, reclamações e ou pontos críticos apontados por usuários;
- Orientar os paciente e acompanhantes o fluxo dentro da Unidade; Enviar a escala de plantão dos médicos e fisioterapeutas, via e-mail, para a coordenação geral;
- Monitorar e organizar o censo das salas amarela, vermelha e pediatria; Acompanhar e gerar os novos atendimentos dos pacientes 24h;
- Manter sistema informatizado que facilite a localização do registro do usuário;
- Abastecer os consultórios de acordo com a necessidade;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao setor e atividades desenvolvidas.

Art. 17°- Ao Serviço Social, subordinado ao superior hierárquico, compete: Orientar e esclarecer a população sobre seus direitos sociais acerca do Programa de Acolhimento com Classificação de Risco, colocando-o à

- disposição para todos os usuários;
- Orientar e atender os pacientes e familiares que procuram a Unidade e que padecem de qualquer tipo de carência, a respeito dos procedimentos do SUS, para facilitar o acesso e a consecução dos serviços;
- Visitar todos os usuários internados, colocando-se a serviço deles para objetivando suprir suas carências e seus problemas;
- Interagir intensamente com as instituições de saúde locais ou intermunicipais para facilitar a assistência às pessoas da comunidade;
- Orientar juntamente com a equipe, na garantia de notificação do SINAN para os casos de atendimento a usuários em situação de violência; Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao setor e atividades desenvolvidas.

Art. 18° - Ao Serviço de Psicologia, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Realizar atendimento aos usuários (individualmente), onde for necessário dentro da Unidade;

- Elaborar parecer e registrar no prontuário do paciente após atendimento/abordagem;
- Atender e prestar esclarecimentos à família do paciente quando necessário;
- Contribuir, juntamente com a equipe multidiscplinar, para a efetivação da Política Nacional de Humanização da Saúde na garantia de direitos; Orientar e/ou encaminhar o paciente à rede psicossocial, se necessário, da área de abrangência;
- Acompanhar e orientar familiares e acompanhantes;
- Utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de obter acompanhamento e intervenção psicoterápicas breve e/ou focal em atendimento, de acordo com o sigilo que o CRP/PE preconiza;
- Intervir no caso de óbito, prestando acolhimento à família; Discutir casos com a equipe multidisciplinar;
- Promover ações socioeducativas, palestras e capacitações entre as equipes;
- Zelar pelo pleno funcionamento dos serviços gerenciados, pela aplicação deste regimento, dos regimentos setoriais e normas da Unidade.

Art. 19°- Ao Serviço de Fisioterapia, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Atender pacientes, realizando fisioterapia respiratória e motora conforme necessidade funcional;
- Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento e evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica;
- Realizar a titulação da oxigenoterapia e inalatória;
- Realizar avaliação física e cinesiofuncional dos sistemas cardiorrespiratório e neuro-musculo-esquélito;
- Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta;
- Orientar familiares e acompanhantes sobre o trabalho de reabilitação;
- Quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas; Discutir casos com a equipe multidisciplinar;
- Zelar pelo pleno funcionamento dos serviços gerenciados, pela aplicação deste regimento, dos regimentos setoriais e normas da Unidade.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGE

Art. 20°- Ao Coordenador de Enfermagem compete:

- Coordenar todos os serviços a ele subordinado, mantendo a coordenação geral informada de todas as atividades da sua área;

- Monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, de acordo com o Decreto nº 94.406 de 08 de Junho de 1987, que regulamenta a Lei 7.498 e dispõe sobre o exercício da Enfermagem e demais legislações que normatizam a profissão;
- Coordenar a equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem, flebotomistas, maqueiros e técnicos de imobilização;
- Ler o registro das ocorrências e relatórios dando ciência da leitura com assinatura e data;
- Validar o censo de pacientes da Unidade com os (as) enfermeiros (as) e com o NIR;
- Gerenciar a funcionalidade dos equipamentos emergenciais e registrar as providências adotadas;
- Garantir a utilização adequada de EPIs da equipe do setor;
- Confeccionar as escalas de serviço e de atribuição do setor, coordenando o trabalho da unidade sob sua responsabilidade; Participar de reuniões administrativas interagindo com os demais departamentos da unidade;
- Participar de reuniões externas da Gestão do serviço;
- Realizar análise crítica e plano de ação com a equipe da unidade e/ou com os demais departamentos, sobre qualquer evento ou situação de risco que venha a comprometer a segurança do paciente e do colaborador;
- Realizar visita setorial identificando riscos e perigos assistenciais instituindo barreiras de proteção contra eventos adversos;
- Realizar demais atividades solicitadas pela chefia imediata, dentro das competências técnicas e legais;
- Orientar, executar e supervisionar as barreiras definidas nos protocolos de segurança, alertando a equipe quanto à execução de práticas que infrinjam as recomendações dos protocolos de segurança;
- Garantir a assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento da Unidade com qualidade;
- Agir de forma integrada com a Coordenação Médica nas questões técnicas assistenciais e com as demais Coordenações da Unidade, para assuntos relacionados a cada área, buscando otimizar os processos operacionais;istrar as providências adotadas;
- Supervisionar todas as atividades e recursos disponíveis para a prestação de assistência de enfermagem aos pacioentes da Unidade; Zelar pelo pleno funcionamento dos serviços

gerenciados, pela aplicação deste regimento, dos regimentos setoriais e normas da Unidade;

- Elaborar, em conjunto com os coordenadores dos serviços, Regimento específico para cada Serviço, submetendo-o a aprovação da Coordenação Geral.

Art. 21°- Ao Enfermeiro, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Atender às solicitações da supervisão de enfermagem, realizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), nos pacientes sob sua responsabilidade;
- Realizar assistência direta aos usuários que exijam conhecimentos de base científica e técnica;
- Orientar e supervisionar a realização dos procedimentos técnicos, informando sobre as metas internacionais de segurança do paciente; Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos e éticos;
- Participar das atividades da Educação Permanente;
- Realizar consulta e encaminhamento para a equipe multidisciplinar; Acompanhar o Plano de Tratamento e registrar cuidados excutados; Acompanhar e avaliar os pacientes da Unidade, solicitando avaliação médica sempre que necessário;
- Verificar e conferir o correto preenchimento, realizando o aprazamento das prescrições médicas e de enfermagem no prontuário e receituário do paciente;
- Executar suas atividades de acordo com as orientações de controle de infecção hospitalar (SCIH), quanto às normas internas de segurança do paciente;
- Orientar visitantes e acompanhantes de acordo com as Normas e rotinas vigentes;
- Colaborar com os programas de prevenção de docenças e promoção da saúde;
- Interagir com os integrantes da equipe multidiscplinar;
- Zelar pelo pleno funcionamento dos serviços gerenciados, pela aplicação deste regimento, dos regimentos setoriais e normas da Unidade.

Art. 22°- Ao Técnico de Enfermagem, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Efetuar procedimentos técnicos de sua competência que estiverem sob sua responsabilidade, auxiliando o profissional médico durante o procedimento, se necessário;
- Realizar preparo dos pacientes para exames e /ou procedimentos; Realizar cuidados diretos, cumprindo as orientações médicas e da enfermagem;
- Realizar a higienização do paciente;
- Realizar aspiração de vias aéreas sob a supervisão do enfermeeiro(a); Aferir e registrar os SSVV

a cada horários de monitoramento; Encaminhar materiais de assistência ventilatória e instrumentais ao expugo devidamente identificado com o setor de origem e checar cota dos materiais e kits para pronto uso no setor;

- Acompanhar os pacientes em transferência entre os serviços médico- hospitalares quando solicitado pelo enfermeiro;
- Informar ao supervisor de enfermagem de imediato, qualquer alteração de conduta que venha a prejudicar a segurança do paciente;
- Instalar dieta e garantir o aporte hídrico e calórico do paciente, conforme prescrito;
- Efetuar atividades determinadas pelo enfermeiro responsável pelo setor, que não estejam aqui descritas, mas que façam parte de suas atribuições, conforme Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

PRONTO ATENDIMENTO

Art. 23°- Aos Profissionais que realizam no Pronto Atendimento, compete: Prestar assistência, de acordo com as especialidades descritas neste regimento.

COORDENAÇÃO MÉDICA

Art. 24°- São competências da Coordenação Médica, além das previstas em resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina e de acordo com as áreas previstas no Organograma:

- Cumprir e fazer cumprir junto ao Corpo Clínico, o Regimento da Unidade, as Resoluções do CFM, do Conselho e o Código de Ética Médica, comunicando à Coordenação Geral o seu descumprimento; Representar a Unidade junto ao Conselho de Medicina;
- Coordenar, orientar e supervisionar as atividades médica;
- Orientar os profissionais médicos quanto ao funcionamento dos serviços médicos;
- Monitorar o preenchimento integral de todos os documentos obrigatórios, tanto o prontuário do paciente vem como demais documentos solicitados pela Organização Social de Saúde;
- Elaborar e submeter à aprovação da Coordenação Geral os protocolos e rotinas médicas para o perfeito funcionamento dos serviços médicos nas Clínicas Médica, Pediátrica e Traumato-ortopedia;
- Zelar para que a prescrição obedeça à padronização dos medicamentos implantada pela Organização Social de Saúde;

- Reportar-se à Coordenação Geral para perfeito desempenho das suas funções nas Clínicas Médica, Pediátrica e Traumato-ortopedia.

Art. 25°- Ao Laboratório Clínico, subordinado ao superior hierárquico, compete: Realizar os exames clínicos solicitados pelos médicos, para usuários internados ou externos, seguindo os protocolos médicos e normas da Unidade;

- Criar mecanismos para que o serviço esteja sempre disponível, assegurando um eficaz atendimento;
- Manter pessoal suficiente e devidamente treinado, para que os exames sejam executados no melhor padrão e no menor tempo possível; Estudar a melhor forma de serem apresentados os laudos, e com a enfermagem, os horários mais convenientes para a coleta do material;
- Manter em perfeito estado de conservação os equipamentos e as instalações, a fim de que não haja dúvida sobre a exatidão dos resultados, tendo sempre um serviço completo de gasometria;
- Zelar para que os laudos somente sejam assinados por quem detenha habilitação;
- Manter organização, para que possa ser levantada, mensalmente, uma estatística detalhada sobre o número de atendimentos, por tipos de exame, médico, usuário e outros;
- Aferir constantemente a exatidão dos resultados, aplicando, periodicamente, os testes aconselhados e enviando a outros laboratórios de padrão, materiais para a comparação dos resultados; Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao serviço e atividades desenvolvidas.

Art. 26°- Aos serviços de Diagnóstico por Imagem, subordinado ao superior hierárquico, compete:

- Realizar todos os exames solicitados, verificando a identificação do paciente;
- Orientar os técnicos, para que zelem pelo melhor atendimento ao usuário e pela limpeza e conservação dos equipamentos; Supervisionar e coordenar as técnicas utilizadas, visando as boas práticas e recomendações definidas nos protocolos de segurança e as normas da Unidade;
- Implantar uma forma padronizada de laudos que facilite o trabalho, sem deixar de oferecer os subsídios indispensáveis a um bom diagnóstico; Interagir intensamente com os profissionais médicos da Unidade, para que seja facilitada e rápida a elucidação dos

diagnósticos;

- Criar mecanismos para que o serviço esteja sempre disponível, assegurando um eficaz atendimento;
- Aplicar, constantemente, o treinamento em serviço, a todos os funcionários;
- Observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações, exigindo que todos os profissionais utilizem correta e completamente os equipamentos indicados (EPI's);
- Organizar cuidadosamente o serviço, para que possa ser levantada uma estatística mensal detalhada, da quantidade e do tipo de exames realizados;
- Zelar para que os equipamentos disponíveis sejam utilizados com a racionalização plausível, a fim de que, além de um bom e completo diagnóstico, o mesmo seja, também, acessível à maior quantidade possível de pessoas;
- Requisitar e controlar os produtos e serviços necessários ao bom funcionamento da Unidade;
- Observar as normas administrativas que dispõem sobre a contabilização dos débitos dos exames realizados e demais normas; Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao serviço e atividades desenvolvidas.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27° - A ação, a omissão, ou conivência que apliquem em desobediência, ou inobservância das disposições do Código de Conduta e Ética, das normas contidas na Consolidação às Leis Trabalhistas (CLT) e demais normas da Unidade serão consideradas infração à ética e às normas trabalhistas. As penalidades a que os infratores estão sujeitos são:

- Advertência verbal; Advertência por escrito;
- Suspensão de até 03 (três) dias; Demissão por justa causa;
- Art. 28° Dependendo da gravidade do ato faltoso a ordem acima pode ser alterada, suprimindo as punições precedentes.

Art. 29° - As penalidades de advertência verbal, escrita e de suspensão poderão ser aplicadas mais de uma vez, considerando-se a origem do ato faltoso.

Art. 30° - Serão considerados advertidos/punidos os infratores que se negarem a assinar a advertência escrita ou a suspensão, desde que lhe seja lido o conteúdo da penalidade, colhendo-se a assinatura de duas testemunhas que presenciaram a leitura.

Art. 31°- Aos funcionários deverá ser entregue Regimento do Serviço, mediante protocolo, ressaltando ainda a importância de seu papel, da Unidade, bem como seus direitos e deveres.

Art. 32°- A Unidade zelará para que cada profissional observe o Código de Ética da sua profissão.

Art. 33°- A unidade incentivará o exercício da sinergia entre coordenadores e funcionários.

Art. 34°- Na Unidade a pessoa humana é o valor maior, e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios.

Art. 35°- A Unidade propiciará aos usuários a oportunidade de manifestarem- se sobre o atendimento que lhes foi dispensado.

Art. 36°- Todo usuário internado deverá ter um médico assistente responsável pelo atendimento.

Art. 37°- Nenhuma medicação poderá ser aplicada, sem expressa prescrição, e nenhum exame realizado, sem expressa solicitação do médico responsável.

Art. 38°- O presente Regimento e os Regimentos de cada Serviço deverão ser observados por todos os que trabalham na Unidade.

Art. 39°- Será permitida a visita aos pacientes internados, dentro de dias e horários fixados.

Art. 40°- Os casos omissos ou duvidosos serão resolvidos pelo Coordenador Geral da Unidade.

Art. 41°- O presente Regimento só poderá ser alterado pela Coordenação Geral.

Art. 42°- O presente Regimento revoga os anteriores e entrará em vigor na data da sua aprovação pela Direção Geral.

Art. 43°- A terceirização de Serviços deverá ser realizada através da celebração de contrato entre pessoas jurídicas, em que fiquem garantidas, para a Unidade, a fiscalização do serviço, a realização

do faturamento, sua participação e a aplicação das normas deste Regimento.

Art. 44°- Todas as unidades/serviços deverão possuir regimento próprio.

29.5 Regimento do Serviço de Enfermagem

CAPÍTULO I

Das Finalidades ou Objetivos

Promover assistência de Enfermagem qualificada e direcionada ao atendimento integral e humanizado respeitando a diversidade da comunidade e a singularidade de cada usuário e família, sob a perspectiva da garantia do Direito Constitucional à Saúde, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS descritos na Constituição Federal (1988), nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), regulamentadas pelo Decreto n° 7.508 de 28 de junho de 2011.

Art. 1° - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I – Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo os princípios do SUS e as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde: integralidade, universalidade, equidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;

II – Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, qualificação e atualização em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de Enfermagem;

III – Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de saúde.

IV – Desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde e prevenção e proteção prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Art. 2° - Dos modelos de assistência em que há atuação da enfermagem:

I - A equipe de Enfermagem está inserida nas especificidades de cada serviço que compõe a rede de saúde, norteado pelas seguintes diretrizes:

- adscrição territorial e de usuários: dispositivo organizacional que visa estabelecer relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- acolhimento: postura da equipe de reconhecimento do direito de ser ouvido na sua necessidade de saúde e tê-la atendida, seja imediatamente, sejam através de encaminhamento ou agendamento, de acordo com a complexidade e o risco do problema;
- vínculo: relação entre usuário e profissional de saúde de modo a estabelecer confiança;

- continuidade da assistência: responsabilidade de todos profissionais da equipe de garantir que o atendimento dos usuários destes serviços seja garantido ao longo do tempo, observando as necessidades de encaminhamento;
- trabalho em equipe multiprofissional e interprofissional: atuação multidisciplinar e interdisciplinar e integrada dos profissionais;
- atenção integral: atenção que contempla as variadas necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades e a consideração do usuário dentro do seu contexto familiar, subjetivo e social, implicando na diversificação das ações de saúde;
- gestão colegiada: estratégia que visa à democratização e participação de gestores, trabalhadores e usuários na construção do projeto da unidade.

II – O Serviço das Unidades de Atenção Primária à Saúde – APS é composto por unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e é regido por diretrizes da Atenção Básica conforme as legislações vigentes;

III - O sistema de urgência e emergência do município é composto pelas Unidades Básicas e Distritais de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a Unidade do SAMU 192 e segue as diretrizes da Rede de Atenção em Urgência e Emergência, conforme as legislações vigentes; IV - O serviço de especialidades é composto por ambulatórios que atuam com atendimento a especialidades - Centros de Referência em IST/AIDS, Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), NADEF - Centro de Referência em Reabilitação, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Unidades de Saúde Mental (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e Ambulatórios) - e seguem as diretrizes de cada área, conforme as legislações vigentes;

V - Outras áreas nas quais a enfermagem está inserida na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde serão regidas pelos regulamentos próprios inerentes a cada setor e/ou área/programas de saúde, conforme as legislações vigentes.

Parágrafo único: Os serviços que compõem os diferentes modelos de assistência são regidos pelo Regimento de Enfermagem do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas, respeitando suas especificidades de atuação.

CAPÍTULO II

Do Organograma

Art. 1° - A Divisão de Enfermagem está inserida no Departamento de (inserir de acordo com a realidade). Na estrutura organizacional do DASP o Enfermeiro Chefe da Divisão de Enfermagem é o Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.

CAPÍTULO III

Da Composição

Art. 1° - A equipe de pessoal do Serviço de Enfermagem é composta por:

I – Enfermeiros;

II – Técnicos de Enfermagem; III – Auxiliares de Enfermagem;

IV – Atendentes de Enfermagem.

CAPÍTULO IV

Da Competência

Art. 1° - Ao Enfermeiro compete

Segundo a Lei n° 7.498/86, de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Decreto n° 94.406/87 que a regulamenta, o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - PRIVATIVAMENTE:

a) Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da Instituição de Saúde, pública e privada, e Chefia de Serviço e de Unidade de Enfermagem;

b) Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;

d) Consulta de Enfermagem;

e) Prescrição da assistência de enfermagem

f) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

g) Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

II – COMO INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE:

a) Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) Participação em projetos de construção ou reforma de unidades;

e) Prevenção e controle sistemático da infecção, inclusive como membro das respectivas comissões;

f) Participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos usuários durante a assistência de Enfermagem;

g) Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

h) Prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

i) Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

j) Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l) Execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia;

m) Participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n) Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;

o) Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

p) Participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra referência do usuário nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q) Participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r) Participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 2° - Ao Técnico de Enfermagem compete:

Segundo a Lei n° 7.498/86, de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Decreto n° 94.406/87 que a regulamenta, o Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I Assistir o Enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis, em geral, em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;

e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o" do item II do Art. 8° do Decreto n° 94.406/87:

"i"participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

" o"participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

II - Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro;

III - integrar a equipe de saúde.

Art. 3° - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

Segundo a Lei n° 7.498/86, de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e o Decreto n° 94.406/87 que a regulamenta, o Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob orientação e supervisão do Enfermeiro, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe:

I - preparar o usuário para consultas, exames e tratamentos;

II - Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de usuários e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização.

IV- prestar cuidados de higiene e conforto ao usuário e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

V- integrar a equipe de Saúde

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os usuários na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de usuários; VIII - executar atividades de desinfecção e esterilização;

IX - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 4° - Ao Atendente de Enfermagem compete:

Segundo a Lei n° 186/1995 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), as atividades elementares de Enfermagem, executadas pelo Atendente de Enfermagem e assemelhados são as seguintes:

I - Relacionadas com a higiene e conforto do usuário:

a) Anotar, identificar e encaminhar roupas e/ou pertences dos usuários;

b) preparar leitos desocupados.

II - Relacionadas com o transporte do usuário:

a) Auxiliar a equipe de Enfermagem no transporte de clientes de baixo risco;

b) Preparar macas e cadeiras de rodas.

III - Relacionadas com a organização do ambiente:

a) Arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente do trabalho;

b) Colaborar, com a equipe de Enfermagem, na limpeza e ordem da unidade do usuário;

c) Buscar, receber, conferir, distribuir e/ou guardar o material proveniente do centro de material;

d) Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa vinda da lavanderia;

e) Zelar pela conservação e manutenção da Unidade, comunicando ao Enfermeiro os problemas existentes;

f) Auxiliar em rotinas administrativas do serviço de Enfermagem.

IV - Relacionadas com consultas, exames ou tratamentos:

a) Levar aos serviços de diagnóstico e tratamento, o material e os pedidos de exames complementares e tratamentos;

b) Receber e conferir os prontuários do setor competente e distribuí-los nos consultórios;

c) Agendar consultas, tratamentos e exames, chamar e encaminhar clientes;

d) Preparar mesas de exames;

V - Relacionados com o óbito:

a) Ajudar na preparação do corpo após o óbito.

Art. 5° - Compete a todos os profissionais de Enfermagem:

- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem;
- Anotar no prontuário do usuário as atividades da assistência de Enfermagem prestadas, identificando-se por meio de assinatura e carimbo contendo registro do COREN.
- Cumprir e fazer cumprir o Regime Jurídico dos funcionários do Município de Ribeirão Preto, de acordo com a Lei n° 3181 /76 – Estatuto do Servidor Público de Ribeirão Preto.

CAPÍTULO V

Do Pessoal e seus Requisitos

Os profissionais de Enfermagem devem obrigatoriamente possuir registro no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício - Art. 2° da Lei 7498/86 e portar carteira profissional atualizada.

Art. 1° - Requisitos necessários aos cargos:

I - Enfermeiro:

a) Ser aprovado no Concurso Público (SMS-RP) ou atuar em Unidade da rede municipal de saúde com contrato de gestão;

b) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de liderança, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico, urbanidade com o cidadão, obediência às normas de procedimentos e condutas e uso adequado dos materiais e equipamentos de serviço.

II – Técnico de Enfermagem:

a) Ser aprovado no Concurso Público (SMS-RP) ou atuar em Unidade da rede municipal com contrato de gestão;

b) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico, urbanidade com o cidadão, obediência às normas de procedimentos e condutas e uso adequado dos materiais e equipamentos de serviço.

III- Auxiliar de Enfermagem:

a) Ser aprovado no Concurso Público (SMS-RP) ou atuar em Unidade da rede municipal com contrato de gestão;

b) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico, urbanidade com o cidadão, obediência às normas de procedimentos e condutas e uso adequado dos materiais e equipamentos de serviço.

IV- Atendente de Enfermagem:

Dispomos ainda no quadro de enfermagem 05 Atendentes de Enfermagem. Ressaltamos que atualmente não dispomos de cargo para a contratação de Atendentes de Enfermagem, obedecendo à legislação do COREN - Lei nº 8.967, de Dezembro de 1994.

A Lei complementar de 2515/2012 e seu anexo VI – Traz a descrição sumária dos cargos da administração Municipal.

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Descrição Sumária:

Executam tarefas na área de enfermagem, em conformidade com sua habilitação profissional, atendendo as necessidades da unidade e dos usuários, através da realização de procedimentos de enfermagem especializados, ou de rotina, sob supervisão competente.

Cargo: ENFERMEIRO

Descrição Sumária:

Planejam, organizam, supervisionam e executam os serviços de enfermagem, nos termos estabelecidos para sua competência profissional, em unidades do Município, além de participar da elaboração de programas de saúde pública.

Cargo: TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Descrição Sumária:

Compreende a força de trabalho que executa técnicas de enfermagem, principalmente de maior complexidade, em conformidade com suas prerrogativas de Exercício Profissional.

REQUISITOS BÁSICOS:

1. Comunicação: transmitir as informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.
2. Flexibilidade: possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.
3. Iniciativa: realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.
4. Interesse: buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.

5. Planejamento e organização: atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

6. Pró-atividade: prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.

7. Relacionamento interpessoal: agir de forma empática e cordial com as demais pessoas durante o exercício das funções do cargo.

8. Ética: desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.

9. Qualidade: executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos clientes internos e externos.

10. Trabalho em equipe: realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.

11. Visão sistêmica: desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da SMS e seus respectivos impactos no todo.

1.2.1 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO VI

Do Pessoal e suas Atribuições

Atribuições do pessoal em conformidade com a legislação e normas vigentes, Lei 7498/86 e Decreto 94406/87.

Art. 1° - Atribuições do pessoal

I – ENFERMEIRO

ATRIBUIÇÕES DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

-Assumir a Responsabilidade Técnica de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-PR);

-Acompanhar e validar as avaliações de desempenho dos profissionais de enfermagem realizadas pelas chefias imediatas;

-Emitir pareceres em processos administrativos relacionados à Enfermagem;

-Responsabilizar-se e participar das ações desenvolvidas pela equipe da Divisão de Enfermagem, dentre as quais estão:

- Coordenar as ações relacionadas à Enfermagem, estabelecendo diretrizes, normas, parâmetros de avaliação e controle de resultados;

- Participar no planejamento, elaboração, execução e avaliação da programação de saúde e dos planos assistenciais, como integrante da equipe de saúde.
- Elaborar planejamento estratégico para a implantação de novos processos de trabalho, com definição de metodologia dos procedimentos, inovações científicas e tecnológicas direcionadas as atribuições da categoria;
- Atuar na gestão de Recursos Humanos e processos que envolvam a equipe de enfermagem, visando à promoção da assistência de enfermagem qualificada, integrada e envolvida com as diretrizes do SUS;
- Realizar a previsão e manutenção dos recursos humanos de enfermagem em conjunto com os responsáveis técnicos das Unidades de Saúde, conforme as diretrizes estabelecidas nas regulamentações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), identificando necessidades de novas contratações e cobertura com plantões extras quando necessário, com o objetivo de garantir assistência segura ao paciente e profissional;
- Alocar servidores ocupantes dos cargos de Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Enfermagem, Enfermeiro, nas unidades administrativas e de saúde da Secretaria, otimizando a distribuição dos recursos humanos existentes e promovendo sua integração;
- Acompanhar e participar da construção dos processos de inserção no serviço público de novos profissionais de enfermagem;
- Identificar o perfil e formação dos profissionais para atuar nas diferentes modalidades de assistência das Unidades de Saúde do município em parceria com os Programas de Saúde;
- Coordenar o remanejamento interno de pessoal de enfermagem, segundo critérios pré-estabelecidos, para atender as necessidades do serviço e/ou do trabalhador;
- Acompanhar e auxiliar as atividades do Enfermeiro da Gestão de Materiais de Enfermagem, o qual é responsável por realizar a avaliação da qualidade e o uso dos materiais de enfermagem, analisando e padronizando suas especificações, suas grades de distribuição, supervisionando seu uso e recomendando outras providências quando necessário;
- Analisar os dados de produção/produtividade da área;
- Detectar a necessidade de aprimoramento profissional e/ou treinamento técnico das categorias profissionais relacionadas à Divisão, solicitando aos órgãos pertinentes sua realização;
- Participar no planejamento, elaboração do material, na coordenação e realização de palestras, cursos e reciclagens;
- Supervisionar tecnicamente a atividade dos profissionais de Enfermagem com o apoio das chefias imediatas de cada serviço;

- Assessorar tecnicamente e administrativamente a Secretaria Municipal de Saúde nas questões relativas à Enfermagem;
- Acompanhar os serviços de apoio da Secretaria Municipal de Saúde (Serviço de Rouparia e Lavanderia, Central de Material e Esterilização Centralizada, Gestão de Qualidade Materiais de Enfermagem) nas questões relacionadas à Divisão de Enfermagem.
- Realizar interface entre COREN PR, Secretaria Municipal de Saúde e Unidades de Saúde, no que se refere às diretrizes para a assistência de enfermagem, regularização do registro de responsabilidade técnica do serviço de enfermagem, e organização do recadastramento dos profissionais de enfermagem junto ao COREN;
- Promover integração dos diversos departamentos, divisões e programas da SMS para a realização e concretização do processo de trabalho da enfermagem;
- Promover atividades de integração com instituições de ensino que ofereçam formação profissional relativa à Enfermagem;
- Gerenciar as atividades relativas a estágios curriculares de instituições escolares conveniadas a SMS;
- Realizar a educação em continuada e/ou permanente para equipe de enfermagem;
- Orientar as gerências e enfermeiros das Unidades no que se refere à resolução de conflitos que envolvem a equipe de enfermagem, realizando intervenções quando a situação não consegue ser resolvida a nível local;
- Realizar visitas técnicas às Unidades de Saúde;
- Acompanhar a implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de Enfermagem elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Participar da fiscalização de convênios.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO

1. Da organização dos serviços de enfermagem e suas atividades administrativas, técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública:

1.1 Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de Enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas Unidades de Saúde Pública;

1.2 Planejar, organizar, executar e avaliar os serviços de assistência de Enfermagem, participando da organização do processo de trabalho da Unidade e da escala de trabalho dos serviços de Enfermagem, bem como de folgas e férias, anualmente, mensalmente ou semanalmente, mediante a característica do serviço/ações gerenciadas;

1.3 Realizar o processo de Enfermagem aplicando todas as etapas do processo – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de acordo com a resolução 358/2009;

1.4 Solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e, em rotinas aprovadas pela SMS/RP;

1.5 Prestar cuidados de Enfermagem a usuários graves e com risco de morte;

1.6 Prestar Assistência Integral à pessoa, família e comunidade;

1.7 Prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

1.8 Realizar a educação em serviço para equipe de Enfermagem;

1.9 Participar no desenvolvimento, implantação, execução e avaliação dos Programas de Saúde Pública;

1.10 Prestar assistência de Enfermagem à gestante, à parturiente, a puérpera, ao recém-nascido, criança/adolescente, adultos e pessoa idosa mediante a característica do serviço de saúde;

1.11 Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;

1.12 Executar as ações de assistência integral: prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde aos indivíduos e famílias na unidade e, quando necessário ou indicado, no domicílio e/ou demais espaços comunitários, em todas as fases do ciclo de vida, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

1.13 Realizar registro das atividades de Enfermagem exercidas, bem como supervisionar os registros realizados pela equipe de Enfermagem conforme legislação vigente do COREN/PR;

1.14 Planejar e executar visita domiciliar de referência da unidade de saúde mediante a característica do Serviço de Saúde;

1.15 Acompanhar e analisar a produção dos serviços de Enfermagem;

1.16 Participar da elaboração de projetos de construção e reforma dos setores de atuação da Enfermagem nas Unidades de Saúde;

1.17 Participar da elaboração/atualização de manuais, guias, protocolos, notas técnicas para os serviços de Enfermagem, quando solicitado pela SMS;

1.18 Participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos Programas de Vigilância Epidemiológica;

1.19 Realizar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

1.20 Exercer suas atividades de acordo com os princípios da Ética e da Bioética;

1.21 Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de Enfermagem;

1.22 Participar em Programas e Atividades de Educação Sanitária, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

1.23 Manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento de Referência e Contra-Referência;

1.24 Realizar atendimento de Enfermagem da demanda espontânea e adotar o protocolo de acolhimento e direcionamento de fluxo padronizado pela SMS;

1.25 Participar da construção do dimensionamento da equipe de Enfermagem na Unidade de Saúde;

1.26 Participar do planejamento e monitorização dos estágios curriculares desenvolvidos pelas Instituições de Ensino conveniadas com a SMS/PMRP nas Unidades de Saúde;

1.27 Participar dos Programas de Saúde Ocupacional e Biossegurança;

1.28 Participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território.

1.29 Realizar a passagem de plantão enfocando intercorrências, pendências e/ou outras informações sobre os clientes, da unidade, para que seja assegurada a continuidade da assistência.

1.30 Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade;

1.31 Participar na supervisão a manutenção do controle de materiais permanentes utilizados na área de enfermagem, solicitando reparação ou substituição quando necessário;

1.32 Participar da previsão de pessoal, material e equipamentos da unidade, bem como colaboração na supervisão quanto ao cumprimento deste; - Participar na realização ou colaboração de pesquisas na área da saúde;

1.33 Executar funções específicas de Responsável Técnico dos serviços de Enfermagem a qual for designado;

1.34 Auxiliar no treinamento de servidores recém-admitidos ou transferidos para a unidade;

1.35 - Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

Atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico (RT), além das estabelecidas por lei.

- Realizar o cálculo de dimensionamento da equipe de Enfermagem, dando ciência à Divisão de Enfermagem;
- Manter atualizada junto ao COREN-PR a relação de profissionais de enfermagem que atuam na Unidade em que está inserido;
- Gerenciar a organização dos serviços de enfermagem e das atividades técnicas e auxiliares na unidade de saúde;

- Planejar, organizar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, participando da organização do processo de trabalho da unidade e da escala de trabalho do serviço de enfermagem;
- Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem da Unidade de Saúde, a Divisão de Enfermagem e o Conselho Regional de Enfermagem;
- Assegurar que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o Código de Ética de Enfermagem;
- Acompanhar a implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de Enfermagem elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Realizar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- Auxiliar na organização o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade da Unidade de Saúde, fazendo cumprir o regimento do serviço de enfermagem, normas, rotinas e protocolos assistenciais e questões éticas da profissão;
- Realizar e registrar atividades de educação continuada e/ou permanente para equipe de enfermagem;
- Cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas específicas da Unidade de Saúde na qual está inserido.

Segundo a Resolução 509/2016 do Conselho Federal de Enfermagem:

- Toda instituição onde houver serviços de Enfermagem deve apresentar Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT).
- A Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) pelo Serviço de Enfermagem deverá ser requerida ao Conselho Regional de Enfermagem pelo Enfermeiro responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de Enfermagem da instituição onde estes são executados.

II – TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

1. Exercer atividades técnicas, de nível médio de assistência de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro;
2. Prestar cuidados diretos de Enfermagem aos usuários;
3. Atuar na prevenção e controle sistemáticos da infecção, de danos físicos que possam ser causados a clientes durante a assistência de Saúde;

4. Assistir ao Enfermeiro nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco, nos Programas de Higiene e Segurança do Trabalho e de Prevenção de Acidentes e de Doenças Profissionais e do Trabalho;

5. Integrar a equipe de Saúde, cumprir normas e regulamentos disciplinares da Unidade de Saúde em que está inserido;

6. Executar atividades auxiliares atribuídas à equipe de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro, na Unidade de Saúde, no domicílio e/ou demais grupos comunitários, conforme especificidade do serviço;

6.1 Preparar o cliente para consultas, exames e tratamentos;

6.2 Executar tratamentos prescritos, ou de rotina;

6.3 Ministrar medicamentos via oral e parenteral;

6.4 Realizar controle hídrico;

6.5 Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema, calor ou frio;

6.6 Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

6.7 Realizar controle de clientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

6.8 Fazer coleta de material para exames laboratoriais;

6.9 Executar atividades de desinfecção e esterilização;

6.10 Prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente e zelar pela sua segurança;

6.11 Alimentar ou auxiliar o usuário na alimentação (quando necessário);

6.12 Realizar a passagem de plantão enfocando intercorrências, pendências e/ou outras informações sobre os clientes da Unidade, para que seja assegurada a continuidade da assistência.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CONFORME CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)

De acordo com o COFEN - Decreto nº 94.406/87 de 25 de junho de 1986, são atribuições do Técnico em Enfermagem.

1. Assistir ao Enfermeiro:

1.1 No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem.

1.2 Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a clientes em estado grave.

1.3 Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em Programas de Vigilância Epidemiológica.

1.4 Na prevenção e controle sistemático da infecção.

1.5 Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a clientes durante a assistência de Saúde.

1.6 Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco.

1.7 Participação nos Programas de Higiene e Segurança do Trabalho e de Prevenção de Acidentes e de Doenças Profissionais e do Trabalho.

CAPÍTULO VII - Da Comissão de Ética de Enfermagem - CEE

Art. 1°- A Resolução n° 593/2018 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) institui a obrigatoriedade, em âmbito nacional, da criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem como entidades representativas dos Conselhos Regionais, nos Serviços de Enfermagem das instituições.

Art. 2°- Cabe à Chefia da Divisão de Enfermagem a organização de Eleições para a CEE. Será organizada, em caráter transitório, uma Comissão Organizadora - Comissão Eleitoral-, designada em Diário Oficial do Município.

Art. 3° – A CEE será composta por profissionais de Enfermagem com vínculo empregatício junto à instituição. Deve atender aos seguintes critérios de proporcionalidade, quanto a sua constituição: serviço de enfermagem com mais de 99 (noventa e nove) profissionais de enfermagem, deverá ser constituída por 11 (onze) membros efetivos: 06 (seis) Enfermeiros(as)/ Obstetriz(es) e 05 (cinco) Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem;

Art. 4° - O mandato da CCE será de 3 (três) anos.

Art. 5° - Os membros efetivos serão designados para as funções de Presidente e Secretário, através de votação interna pelos membros que se elegerem para a Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 6° - As funções de Presidente e de Secretário deverão ser exercidas exclusivamente pelo profissional Enfermeiro.

Art. 7° - A CEE têm as funções educativa, consultiva, conciliadora, de orientação e de vigilância do exercício ético-disciplinar profissional dos membros da equipe de Enfermagem, além de promover a divulgação e zelar pelo cumprimento: da Lei do Exercício Profissional, e do seu Decreto regulamentador; do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE); do Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem; e demais diretrizes e normas emanadas pelo Sistema Conselho Federal/ Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 8° - A CEE tem a autonomia e a imparcialidade nos trabalhos que realiza. Mas cabe a ela notificar/ cientificar o(a) Enfermeiro(a) chefe da Divisão de Enfermagem quanto aos resultados dos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado apurado.

Art. 9° - É fundamental para a atuação da CEE e seus membros resguardar o sigilo, desde o recebimento da denúncia e durante e após a apuração de fatos, em procedimentos sindicantes, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente e a dignidade dos profissionais de enfermagem.

Art. Não é atribuição da CEE ou de seus membros, durante o procedimento sindicante, estabelecer os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que supostamente foram infringidos, assim como não devem proferir julgamentos nem determinar ou aplicar penalidades de qualquer natureza. Esta atribuição ética-disciplinar é exclusiva do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Parágrafo único: O Enfermeiro Chefe da Divisão de Enfermagem tem prerrogativas técnicas e legais relacionadas ao seu cargo, como convocar profissionais de Enfermagem (servidores municipais) para eleições da Comissão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO VIII

Do Horário de Trabalho

Art. 1° - O atendimento do Serviço de Enfermagem dos Serviços de Saúde deve ser garantido durante todo o seu horário de funcionamento, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos trabalhadores e os horários de trabalho são sinalizados nas escalas das Unidades de saúde.

Parágrafo único: Os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem contratados por instituições que tenham contratos de gestão ou convênios com a Secretaria Municipal de Saúde cumprem carga horária definida pela instituição contratante.

CAPÍTULO IX

Do Registro e Anotação de Enfermagem

Art. 1° - A equipe de Enfermagem deve registrar em prontuário todo o procedimento realizado no usuário sobre sua responsabilidade.

Art. 2° - O registro das ações de Enfermagem no prontuário do usuário e em outros documentos próprios da instituição deverá ser de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação, devendo ser precedidas de data e hora e assinadas ao final.

Art. 3° - O registro e a anotação de Enfermagem não podem conter rasuras, borrões, entrelinhas e espaços em branco. É vedada a utilização de corretivos, marca-textos, manchas e outros. Em caso de erro, usar a palavra "digo", entre vírgulas.

Art. 4° - O registro deve constar em impresso devidamente identificado com dados do usuário, e complementado com data e hora, e seguidos de carimbo do profissional, contendo nome completo, matrícula na instituição e n° Coren (Resolução Cofen n° 429/12 – Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico) e Resolução Cofen n° 0514/2016- Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente.

Art. 5° - É vedado o registro de procedimento ou cuidado feito por terceiros.

Art. 6° - Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática.

Art. 7° - O prontuário do usuário/família está sob a guarda da instituição que assiste o usuário e o acesso às informações nele contidas, deve seguir normas institucionais, uma vez que trata de direitos constitucionais - sigilo, confidencialidade e privacidade -, exclusivas do usuário/família assistidos (Resolução Cofen 564/2017 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem).

Art. 8° - É vedada à Equipe de Enfermagem a entrega em mãos, do prontuário ou ficha clínica, para quaisquer finalidades (fotocópia, transferência e outros), sem avaliação do gerente da Unidade, e autorização por escrito. Solicitação de cópia de prontuário deverá seguir normativas da instituição.

CAPÍTULO X

Das Visitas Fiscalizatórias do Conselho Regional de Enfermagem

Art. 1° - Devem seguir a Resolução COFEN n° 617/2019 que atualiza o manual de fiscalização do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 2° - As fiscalizações deverão se comunicadas à Divisão de Enfermagem e gerentes das Unidades de Saúde, para que possam acompanhar.

Art. 3° - O compromisso com a assistência usuário é soberano em relação à fiscalização, não sendo permitidas remarcações de consultas para acompanhamento das fiscalizações do conselho de classe. Casos desta natureza serão discutidos com o Enfermeiro RT do Município.

Art. 4°- Não é permitido que o Enfermeiro assine processo ético-administrativo ou notificações de infrações cometidas, que estejam fora da responsabilidade, competência e governabilidade do profissional.

CAPÍTULO XI

Da Avaliação de desempenho

Art. 1° - A avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem segue as diretrizes do Decreto n° 102 de 20 de maio de 2015. Regulamenta a forma, método e parâmetros para avaliação de desempenho para verificação de merecimento à evolução funcional, nos termos dos artigos 23 a 31, da lei complementar n° 2515, de 28 de março de 2012.

CAPÍTULO XII

Das disposições Gerais

Art. 1° - Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados de acordo com o Manual de Biossegurança e Norma Regulamentadora (NR)

32 do Ministério do Trabalho (avental e calçados fechados) e identificados com crachás. O profissional deverá apresentar-se com vestimentas e calçados apropriados de acordo com seu trabalho diário (não estar trajando roupas inadequadas: roupas transparentes, minissaia, camisetas que não cubram todo o corpo, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga), jaleco e calçado fechado;

Art. 2° - O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

Art. 3° - Não é permitido aos funcionários o uso de piercing e adornos que induzam ao risco de acidentes ou que comprometam a adequada higienização das mãos (como por exemplo: unhas longas e/ou artificiais, brincos de tamanho grande, colares avantajados e anéis ou pulseiras) conforme determinação da NR 32/2005.

Art. 4° - O uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), descritos na NR 32, são obrigatórios, cabendo ao Enfermeiro apresentar os EPIs aos funcionários e registrar a ciência dos mesmos, supervisionar sua utilização. Seguir as orientações contidas no Guia Prático de

Art. 5° - É vedado o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros e a veiculação indevida de imagens ou informações relativas à instituição em redes sociais e similares, sem autorização do representante legal/técnico da área.

Art. 6° - É vedada a violação do sigilo profissional e a exposição de imagens de pacientes, profissionais sem expressa autorização por escrito, não causando efeito negativos aos que serão expostos.

Art. 7°- A Enfermagem da administração direta, bem como dos serviços contratados, deverá seguir as normas, diretrizes, protocolos e notas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 8°- Realizar passagem de plantão em todos os níveis da atenção à saúde;

Art. 9° - A continuidade da assistência de enfermagem deve ser garantida em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria, conforme art. 16 da Resolução Cofen 564/2017.

Art. 10°- O profissional de Enfermagem da rede de saúde de Ribeirão Preto deverá participar de estágios supervisionados e atividades práticas de estudantes de diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem e de outras áreas de formação.

Art. 11° - O Serviço de Enfermagem das Unidades de Saúde de administração direta e convênios, contratos de gestão, deverão seguir as normas, diretrizes, protocolos e notas técnicas, da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 12° - Os casos onde houver orientação para o servidor deverá ser preenchido o relatório de ocorrências funcionais.

Art. 13° - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo DASP, Divisão de Enfermagem, Comissão de Ética de Enfermagem.

29.6. Regimento do Corpo Clínico

O Regimento Interno do Corpo Clínico do Hospital .... foi elaborado com base nas Resoluções do CFM n° 1.481/97, 2.056/13, 2147/2016 e 2.217/2018, e dispõe sobre as normas de relacionamento ético e científico, devendo ser seguido por todo e qualquer médico que utilize as instalações Da UPA 24 Horas para prática profissional.

CAPÍTULO I – CONCEITUAÇÃO

Art. 1° - Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o (estabelecimento de saúde, hospital, clínica etc.), respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Art. 2° - Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico da UPA 24 horas, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM n° 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em _____.

CAPÍTULO III – OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO.

Art. 3° - São objetivos do Corpo Clínico:

I- Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;

II- Assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;

III- Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;

IV- Estimular a pesquisa médica;

V- Cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada;

VI- Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados;

VII- A realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

VIII- O desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;

IX- A implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO IV – DIRETORIA CLÍNICA

Art. 4° - A Diretoria Clínica é o órgão de administração do Corpo Clínico.

Art. 5° - Integram a Diretoria Clínica:

- Diretor Clínico.
- Assistentes Clínicos.
- Comissão de Ética Médica.
- Comissões Técnico-Científicas.
- Gerência de Enfermagem.

Art. 6° - O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Parágrafo Único: O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas.

Art. 7° - O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

Parágrafo único: O mandato do Diretor Clínico terá duração de (quatro) anos, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 8° - São atribuições do Diretor Clínico:

I - Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;

II - Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;

III - Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determinam as Resoluções CFM N° 1.638/2002 e n° 2.056/2013;

IV - Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;

V - Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;

VI - Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores;

VII – A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde no _____, observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal.

VII – A responsabilidade ético profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina, Único de Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados o âmbito do _____;

IX – A coordenação da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;

X – A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

XI – O estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para a realização de controle e avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na instituição.

XII – Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização do CRM.

XIII – Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento.

XIV – Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;

XV – Credenciar o médico com cadastro apreciado e aprovado, para uma das categoria de médico efetivo do Corpo Clínico, pelo Departamento ao qual se relaciona pela especialidade que exerce.

XVI – A orientação das atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico.

XVII – Constituir as Comissões Técnico-Científicas.

XVIII – Designar os representantes de clínica, dentre os membros efetivos.

Art. 9° - Os Assistentes Clínicos tem as seguintes atribuições:

I – Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;

II – Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos.

III – Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento.

IV – Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica.

V – Elaborar normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;

VI – Manter os serviços necessários ao preenchimento das finalidades e possibilidades do Estabelecimento de Saúde em regime de (emergência, internação, ambulatório, unidade-dia etc....)

VII – Organizar as atividades relativas a atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos clientes.

VIII – Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

Art. 10° - As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, serão constituídas pelo Diretor Clínico;

Parágrafo único – A Comissão de Ética Médica, será eleita e homologada conforme a Resolução n° 169/99 do CRMDF.

Art. 11° - As Comissões Técnico-Científicas tem sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos Regimentos Internos.

Art. 12° - As Comissões Técnico-Científicas tem por finalidade proporcionar subsídios ao Diretor Clínico no que se refere a:

- Protocolos de conduta.
- Controle de infecção hospitalar.
- Normas e procedimentos operacionais.
- Registros médicos.
- Avaliação de desempenho.
- Farmácia e terapia.
- Qualidade de assistência médica.
- Publicações periódicas.
- Residência médica.
- Credenciamentos.
- Procedimentos complexos.
- Análise de óbitos.

Art. 13° - As comissões devem ter o caráter multidisciplinar.

Art. 14° - Os médicos, legalmente habilitados para suas atividades pelo CRMDF, prestam serviços aos pacientes de forma individual ou coletiva, dentro do escopo de suas áreas de habilitação.

Art. 15° - Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

CAPÍTULO V – DOS MÉDICOS

Art. 16 – Os médicos que se encontram em pleno direito de exercitar a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem no _____ são distribuídos nas seguintes categorias:

I – Efetivos/ habituais.

II – Temporários/ eventuais.

III – Consultores.

IV – Estagiários/ residentes.

V – Autônomos.

Art. 17 – São membros efetivos os médicos que tenham integrado o grupo de membros temporários pelo período mínimo de (seis) meses e após aprovação do cadastro se declararem em concordância com todas as exigências inerentes às suas atividades como participante do Corpo Clínico nesta categoria.

Art. 18 – São membros temporários os médicos aprovados pelo Diretor Clinico para internar seus pacientes no _____, podendo voluntariamente seguir os protocolos de conduta estabelecidos pelo Corpo Clínico para as áreas de sua habilitação.

Parágrafo único: O período para solicitação de cadastramento como membro efetivo do Corpo Clínico não poderá exceder a 12 (doze) meses.

Art 19 – São membros consultores os médicos de reconhecida capacidade técnica, que aceitam colaborar com o Corpo Clínico quando solicitado pelo Diretor Clínico, na forma deste Regimento.

Art. 20 – São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc) os médicos devidamente inscritos no CRM, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a instituição.

Parágrafo único – Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico.

Art. 21 – São membros autônomos os médicos autorizados pelo Diretor Clínico a atuarem atendendo, dentro do estabelecimento, clientela privada ou de convênios próprios, recebendo seus honorários desvinculados da instituição.

Art. 22 – Por autorização do Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.

Art. 23 – Todos os profissionais médicos que prestam serviço nas instalações da Upa 24 horas, estarão sujeitos ao contido neste regimento, ainda que não possuam vínculo empregatício com o Hospital e sejam membros de Pessoas Jurídicas contratadas.

Art. 24 – São direitos do membro do corpo clínico, em conformidade com a Resolução do CFM n° 1481/1997:

- a autonomia profissional;
- a admissão e exclusão de membros será decidida pelo Corpo Clínico garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- o acesso à Instituição e seus serviços;
- a participação nas Assembléias e Reuniões;
- o direito de votar, e conforme o caso, ser votado;
- de receber a remuneração pelos serviços prestados de forma o mais direta e imediata possível;
- compete aos membros do Corpo Clínico, a decisão final sobre a prestação do serviço médico do hospital. Fica resguardado no limite dos preceitos éticos o direito do médico decidir autonomamente em atender pacientes vinculados a convênios mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico;
- comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Art. 25 – São deveres do membro do corpo clínico, em conformidade com a Resolução do CFM n° 1481/1997:

- obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao Regimento Interno da Instituição;
- assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;
- participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática, em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico;
- cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação

do caso em qualquer momento;

- colaborar com as Comissões específicas da Instituição.

- deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de emergência.

CAPITULO VI – DO CREDENCIAMENTO

Art. 26 – O credenciamento consiste na aprovação pelo Corpo Clínico do cadastro de um membro temporário, candidato a membro efetivo.

Parágrafo único: Todas as solicitações para credenciamento serão feitas por escrito e enviadas para apreciação em formulário próprio.

Art. 27 – São pré-requisitos para credenciamento:

- Atuação como membro temporário do Corpo Clínico há pelo menos 6 (seis) meses.

- Competência, experiência e atualização comprovadas relevantes.

- Estado de saúde assegurando que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas.

Art. 28 – Cabe a Diretoria a exigência da documentação necessária para instruir o processo de ingresso no Corpo Clínico.

Parágrafo Único: Informações necessárias para cadastramento

- Registro profissional e de qualificação pelo CRMDF;

- Certificados e atestados de qualificações;

- Relação dos programas de treinamento e nome dos responsáveis dos serviços que tenha participado;

- Declaração do candidato sob pendências éticas ou jurídicas presentes e passadas;

- Declaração de aceite em cumprir o Regulamento da Instituição e o Regimento do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VII – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 29 – Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:

- Votar e ser votado.

- Integrar e presidir comissões.

- Representar clínicas e/ou serviços.

Parágrafo único: É vedado o voto por procuração.

Art. 30 – O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO VIII – DA ORGANIZAÇÃO

Art. 31 – As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços com regimentos próprios nas seguintes especialidades:

a) (Clínica Médica)

b) (Clínica Cirúrgica)

c) outros.

Art. 32 – Cada serviço terá um médico efetivo como representante e responsável pelo planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento.

Art. 33 – Ao representante do serviço compete: a- supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade aos pacientes;

b- promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as situações mais frequentes no serviço;

c- identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico.

CAPITULO IX – DAS PENALIDADES

Art. 34 – As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

§ Advertência verbal

§ Advertência escrita reservada.

§ Multa pecuniária

§ Censura pública

§ Suspensão temporária do credenciamento (das atividades profissionais do corpo clínico).

§ Descredenciamento (exclusão do corpo clínico).

Parágrafo único: Salvo os casos de extrema gravidade que exijam aplicação imediata de penalidade mais rigorosa, a imposição de penas obedecerá a gradação acima.

Art. 35 – A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico e a Comissão de Ética. Tais penalidades deverão ser comunicadas ao CRM através de ofício.

Art. 36 – No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Parágrafo primeiro: A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedido de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

Parágrafo segundo: Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição. (Resolução do CFM nº 1481/1997).

CAPÍTULO X – DAS REUNIÕES

Art. 37 – As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis, acompanhadas da respectiva pauta, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e sem segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

Art. 38– As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada 30 (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 39 – As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 1/3 dos membros efetivos do Corpo Clínico, com antecedência de 24 horas.

Art. 40 – As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 41 – É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42 – Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades no _____estão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento.

Art. 43 – As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Art. 44 – Os atos médicos eletivos que impliquem em grande risco de vida, incapacidade física permanente, esterilização ou ainda, interrupção da gravidez (aborto), devem ser submetidas pelo médico assistente à apreciação do Diretor Clínico e mais um médico por este indicado, cuja decisão deve ser registrada em ata.

Art. 45 – O presente Regimento aprovado em reunião de ___/___/_____, entrará em vigor na data de sua publicação ou assinatura.

29.5 Instrução Operacional para Processos de Faturamento

Instruções operacionais para processos de faturamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas podem variar dependendo das políticas específicas e das regulamentações locais. No entanto, abaixo estão alguns tópicos gerais a serem considerados nas instruções operacionais para o processo de faturamento da UPA 24 horas:

- Registro de Pacientes:

Instruções para a correta coleta de informações do paciente no momento da chegada.

Procedimentos para a criação de registros eletrônicos ou físicos dos pacientes.

- Documentação Médica:

Orientações sobre a documentação adequada das condições médicas, procedimentos realizados e tratamentos administrados.

Instruções para garantir a conformidade com códigos de classificação de doenças (CID) e códigos de procedimentos.

- Codificação de Faturamento:

Diretrizes para os profissionais de saúde codificarem corretamente os diagnósticos e procedimentos realizados.

Instruções sobre a utilização de sistemas de codificação padrão, como o CID-10 e a Terminologia de Procedimentos em Saúde (TUSS).

- Faturamento de Convênios e Planos de Saúde:

Procedimentos para verificar a elegibilidade do paciente para o plano de saúde.

Instruções para preencher e enviar corretamente as faturas aos convênios e planos de saúde.

- Faturamento Particular e SUS:

Diretrizes para o faturamento de pacientes particulares, incluindo os preços dos serviços e os métodos de pagamento aceitos.

Procedimentos para a emissão de faturas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e como garantir a conformidade com os requisitos governamentais.

- Revisão e Controle de Qualidade:

Instruções para a realização de auditorias internas para garantir a precisão e conformidade das faturas.

Procedimentos para correção de erros e retrabalho, se necessário.

- Treinamento e Atualização de Pessoal:

Desenvolvimento de programas de treinamento para profissionais de saúde e equipes administrativas envolvidas no processo de faturamento.

Instruções para manter o pessoal atualizado sobre mudanças nas regulamentações e procedimentos de faturamento.

- Comunicação com Pacientes:

Orientações para esclarecer pacientes sobre seus direitos financeiros, incluindo informações sobre faturas, formas de pagamento e assistência financeira, se aplicável.

- Arquivamento e Armazenamento de Documentos:

Procedimentos para o armazenamento seguro e organizado de documentos relacionados ao faturamento, de acordo com as regulamentações locais.

- Relatórios Gerenciais:

Desenvolvimento de relatórios regulares para a administração, fornecendo informações sobre o desempenho do processo de faturamento, receitas, e indicadores-chave de desempenho (KPIs).

É importante adaptar essas instruções de acordo com as políticas e regulamentações específicas da UPA em questão. Além disso, a colaboração entre as equipes clínicas e administrativas é essencial para garantir um processo de faturamento eficiente e preciso.

29.6 Instrução Operacional para Processos de Gestão Financeira

A gestão financeira de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas é fundamental para garantir o adequado funcionamento da instituição e a prestação de serviços de saúde de qualidade. Abaixo, estão tópicos considerados ao desenvolver instruções operacionais para processos de gestão financeira da UPA 24 horas:

- Orçamento e Planejamento Financeiro:

Desenvolvimento de um orçamento anual que abranja despesas operacionais, investimentos e receitas esperadas.

Estabelecimento de metas financeiras e indicadores de desempenho.

- Contabilidade e Registro de Transações:

Procedimentos para a correta contabilização de receitas e despesas.

Instruções para o registro de transações financeiras em sistemas contábeis adequados.

- Controle de Custos:

Implementação de mecanismos para monitorar e controlar os custos operacionais.

Estratégias para identificar e reduzir despesas desnecessárias.

- Faturamento e Cobrança:

Desenvolvimento de procedimentos para o faturamento eficiente de serviços prestados.

Estratégias para a cobrança rápida e eficaz de contas a receber.

- Relacionamento com Convênios e Planos de Saúde:

Estabelecimento de parcerias sólidas com convênios e planos de saúde.

Procedimentos para negociação de contratos e faturamento de serviços prestados a pacientes cobertos por convênios.

- Gestão de Receitas:

Instruções para a gestão eficiente de receitas, incluindo fluxo de caixa, contas a receber e estratégias para otimizar o ciclo financeiro.

- Investimentos e Financiamentos:

Desenvolvimento de estratégias para investimentos em infraestrutura e tecnologia.

Procedimentos para avaliação e obtenção de financiamentos, se necessário.

- Gestão de Pagamentos e Despesas:

Instruções para a administração de pagamentos a fornecedores e colaboradores.

Estratégias para otimizar o ciclo de pagamento e garantir o cumprimento de obrigações financeiras.

- Auditoria Interna e Controle Financeiro:

Desenvolvimento de procedimentos para auditorias internas regulares.

Implementação de controles internos para prevenir fraudes e garantir a integridade financeira.

- Relatórios Financeiros e Prestação de Contas:

Desenvolvimento de relatórios financeiros regulares para a administração e órgãos reguladores.

Instruções para a prestação de contas transparente às partes interessadas, incluindo órgãos governamentais e a comunidade.

- Treinamento e Desenvolvimento da Equipe Financeira:

Desenvolvimento de programas de treinamento para a equipe financeira.

Instruções para manter a equipe atualizada sobre regulamentações fiscais e práticas contábeis.

A transparência e a comunicação eficaz são fundamentais para o sucesso da gestão financeira de uma UPA.

29.7 Instrução Operacional para Gestão de Almoxarifado

A gestão de almoxarifado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas é crucial para garantir o fornecimento adequado de materiais médicos e de escritório, contribuindo para a eficiência operacional. Abaixo estão tópicos considerados ao desenvolver instruções operacionais para processos de gestão de almoxarifado em uma UPA 24 horas:

- Recebimento de Materiais:

Procedimentos para o recebimento de materiais, incluindo verificação de quantidade, qualidade e conformidade com as especificações.

Instruções para registro adequado de entrada de materiais no sistema de controle de estoque.

- Armazenamento e Organização:

Orientações para o armazenamento adequado dos materiais, considerando condições de temperatura, umidade e prazos de validade.

Estratégias para a organização eficiente do almoxarifado, facilitando a localização rápida de itens.

- Controle de Estoque:

Desenvolvimento de procedimentos para a realização de inventários regulares.

Instruções para o uso de sistemas de controle de estoque para monitorar níveis, solicitar reposição e evitar excessos.

- Padronização de Materiais:

Implementação de políticas para padronizar os tipos e marcas de materiais usados na UPA.

Estratégias para negociação de contratos com fornecedores para garantir preços competitivos.

- Distribuição Interna:

Procedimentos para a distribuição eficiente de materiais aos diferentes setores da UPA, garantindo que cada área tenha o suprimento necessário.

Instruções para controle de saída de materiais do almoxarifado.

- Controle de Validade:

Desenvolvimento de protocolos para verificar regularmente a validade dos materiais armazenados.

Estratégias para a gestão adequada de materiais vencidos.

- Pedido e Reposição de Estoque:

Orientações para a solicitação de reposição de estoque com base nas demandas previstas e no consumo histórico.

Instruções para o acompanhamento de pedidos junto aos fornecedores.

- Gestão de Resíduos:

Procedimentos para o descarte adequado de materiais vencidos, danificados ou não utilizados.

Estratégias para a promoção de práticas sustentáveis na gestão de resíduos.

- Segurança do Almoxarifado:

Desenvolvimento de políticas de segurança para prevenir furtos, danos e acesso não autorizado.

Instruções para a manutenção de registros de acesso ao almoxarifado.

- Treinamento da Equipe:

Desenvolvimento de programas de treinamento para a equipe responsável pelo almoxarifado.

Instruções para manter a equipe atualizada sobre procedimentos operacionais e regulamentações relacionadas.

- Avaliação de Fornecedores:

Estratégias para avaliar o desempenho dos fornecedores em termos de qualidade, pontualidade e custo.

Instruções para revisar contratos periodicamente e buscar oportunidades de otimização.

- Relatórios de Gestão de Almoxarifado:

Desenvolvimento de relatórios regulares para a administração, destacando o status do estoque, movimentações e métricas de desempenho.

A colaboração entre as equipes de compras, logística e atendimento clínico é essencial para o sucesso da gestão de almoxarifado.

29.8 Instrução Operacional para Educação em Saúde e Capacitações

A gestão de educação em saúde e capacitação e treinamento na UPA 24 horas é fundamental para manter uma equipe qualificada e promover a promoção da saúde. Abaixo estão tópicos que podem ser considerados ao desenvolver instruções operacionais para esses processos em uma UPA 24 horas:

- Identificação de Necessidades de Capacitação:

Desenvolvimento de mecanismos para identificar as necessidades de treinamento e capacitação da equipe.

Procedimentos para a análise regular de competências e lacunas de conhecimento.

- Programação de Treinamentos e Capacitações:

Elaboração de um calendário anual de treinamentos e capacitações.

Estratégias para priorizar temas e públicos-alvo, levando em consideração as demandas da UPA.

- Desenvolvimento de Conteúdo:

Orientações para a criação de material educativo relevante e atualizado.

Instruções para a adaptação do conteúdo às diferentes funções e níveis de habilidade da equipe.

- Metodologias de Ensino:

Desenvolvimento de estratégias variadas de ensino, incluindo palestras, workshops, simulações e treinamentos práticos.

Instruções para a utilização de tecnologias educacionais, quando aplicável.

- **Parcerias e Colaborações:**

Procedimentos para estabelecer parcerias com instituições de ensino, profissionais especializados e órgãos de saúde.

Estratégias para aproveitar oportunidades de colaboração com outras UPAS ou entidades de saúde.

- Avaliação de Impacto:

Orientações para avaliar a eficácia dos programas de capacitação.

Instruções para coletar feedback da equipe e realizar ajustes nos programas, conforme necessário.

- Registro e Documentação:

Desenvolvimento de protocolos para registrar a participação em treinamentos e eventos de capacitação.

Instruções para manter registros atualizados de competências individuais e coletivas.

- Educação Continuada:

Procedimentos para promover a educação continuada, incentivando a busca constante por conhecimento.

Estratégias para a realização de treinamentos periódicos de reciclagem.

- Integração de Novos Colaboradores:

Desenvolvimento de um programa de integração abrangente para novos membros da equipe.

Instruções para familiarizar os novos colaboradores com a missão, visão e valores da UPA.

- Promoção de Saúde para a Comunidade:

Orientações para o desenvolvimento de programas educativos para a comunidade local.

Estratégias para a promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças.

- Avaliação de Desempenho:

Procedimentos para incluir a participação em treinamentos e a aplicação de conhecimentos na avaliação de desempenho dos colaboradores.

Instruções para fornecer feedback construtivo e identificar áreas adicionais de desenvolvimento.

- Incentivo à Participação:

Desenvolvimento de estratégias para incentivar a participação ativa nos programas de capacitação.

Procedimentos para reconhecimento e recompensa dos esforços individuais e de equipe na busca por conhecimento.

Essas instruções operacionais devem ser adaptadas às necessidades específicas da UPA, levando em consideração a diversidade da equipe, as prioridades de atendimento e as características da

comunidade atendida. A participação ativa da liderança e o apoio contínuo à educação e capacitação são essenciais para o sucesso desses processos.

29.6 Manual para atuação em protocolos assistenciais

A **AHBB|Rede Santa Casa** se balizará nas normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizadas atualmente para que, de comum acordo entre a **AHBB|Rede Santa Casa** e a direção da Unidade, possam ser elaboradas, em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Educação Permanente, a fim de estabelecer novas diretrizes/protocolos e Procedimento Operacional Padrão para o serviço **de UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** entendendo como importante ferramenta para tornar as condutas de assistência aos usuários mais homogênea e de melhor qualidade científica.

A **AHBB|Rede Santa Casa** irá dispor do seu acervo documental afim de ser adaptado com a realidade da unidade local, e submetidos à aprovação e assinados pelos Responsáveis Técnicos – Médico, de Enfermagem e Multiprofissional da **AHBB|Rede Santa Casa**, e serão incorporados à lista mestre de documentos de qualidade com periodicidade de revisão mínima anual.

A **AHBB|Rede Santa Casa** se preparará para sofrer avaliações de Acreditação toda vez que a unidade se disponibilizar a buscar tal credenciamento.

A equipe Assistencial sem suporte teórico e padronização adequada tem o risco de favorecer o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, problemas legais e éticos aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade.

A construção de protocolos assistenciais deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição onde será utilizado.

Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos.

Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado. Desvantagens também são apontadas sobre o uso de protocolos de assistência, mas a maior

parte é decorrente do não atendimento às recomendações de construção de protocolos ou do desconhecimento dos princípios da prática baseada em evidências.

A prática baseada em evidências alicerça-se nos princípios, adotadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**: trabalhar com as melhores evidências disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do cliente. Assim, não é alienada das condições da realidade, mas propõe que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado.

A existência de protocolo não anula a autonomia profissional – o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claro as razões para não o fazer, quais evidências científicas dão suporte à essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Ao construir um protocolo institucional o profissional continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso tem o endosso da **AHBB|Rede Santa Casa** para fazê-lo.

Protocolos de assistência orientam o cuidado, não orientam questões relacionadas à gestão administrativa ou política

Definições operacionais

Esses documentos podem ser de natureza assistencial ou de gestão. Este guia trata exclusivamente dos de natureza assistencial.

Procedimentos/Rotinas São descrições minuciosas da execução de um cuidado assistencial direto ou indireto. Detalham os passos a serem executados e os materiais a serem utilizados. Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências.

Protocolos: é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes da equipe multiprofissional ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos. O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais e também são instrumentos legais.

A **AHBB|Rede Santa Casa** utiliza de princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado como a definição clara do foco, da população a que se destinam,

quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados.

Guia de Condutas ou Guideline: É um conjunto de protocolos sobre determinada área de conhecimento. Deve ser construído dentro dos princípios da prática baseada em evidências. Pode se referir a ações independentes da equipe multiprofissional ou compartilhadas entre profissionais.

O monitoramento de indicadores deve ser atividade planificada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implantação de melhorias. O monitoramento e divulgação de resultados torna a atenção à saúde mais transparente aos profissionais, pacientes e órgãos gestores públicos e privados, auxiliando os usuários na escolha dos serviços e os gestores na alocação de recursos. O plano de implantação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos sites oficiais, fazer parte dos livros de divulgação, cursos, seminários e disponibilizadas eletronicamente.

Avaliação dos desfechos: desfechos são os resultados que se quer alcançar, e mensurar o quanto se conseguiu alcança-los é o modo de identificar a efetividade de uma intervenção, avaliar sua adequação e verificar a necessidade de mudanças. ou não.

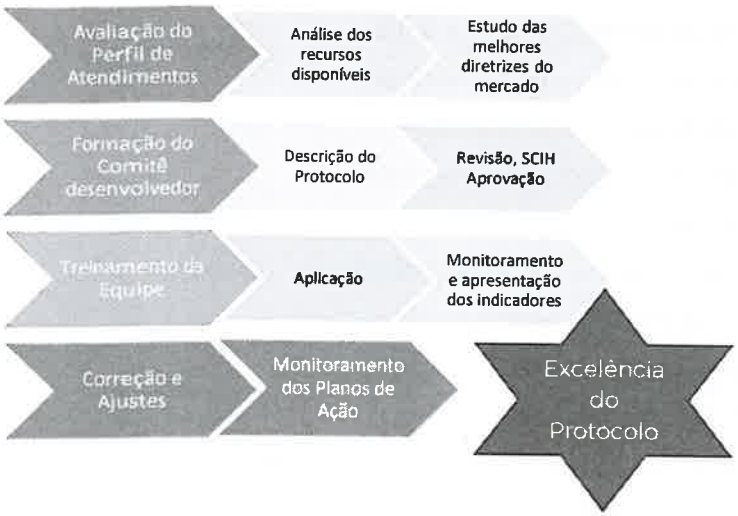
A **AHBB|Rede Santa Casa**, organiza a construção dos documentos conforme Norma Zero (Norma das normas).

A definição da implantação dos protocolos, terá como estudo preliminar o perfil da Unidade, considerando as patologias que mais são atendidas, de modo a ser construindo por etapas, abrangendo os maiores grupos e sucessivamente os menores grupos de patologias. A fim de exemplificar, como este estudo será realizado, consideramos os dados do Tabwin, disponível para consulta pública no DataSus, com as principais morbidades que geraram internação no período de novembro 2020 a novembro de 2021.

O grupo consolidado de CID's apresenta-se na seguinte ordem de prioridade de criação de protocolos, segundo o Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

I. Doenças do Aparelho Circulatório
II. Neoplasias (tumores)
III. Causas externas de Morbidade e Mortalidade
IV. Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
V. Doenças do Aparelho Respiratório
VI. Doenças do Aparelho Digestivo
VII. Algumas doenças infecciosas e parasitárias

VIII. Doenças do Aparelho Geniturinário
IX. Doenças do Sistema Nervoso
X. Algumas Afecções originárias no período Perinatal
XI. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais
XII. Transtornos mentais e comportamentais
XIII. Mal formação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas
XIV. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
XV. Doenças da pele e tecido subcutâneo
XVI. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtorno imunitários



A perspectiva é que a implementação dos protocolos, sem prejuízo do bom senso na prática clínica e regulatória no âmbito dos diferentes componentes da rede assistencial possa agilizar a ampliar o acesso Protocolos assistenciais e reduzir as oportunidades perdidas na interface entre os usuários e serviços de Saúde e construíram a rede assistencial mais cooperativa e mais centrada nas necessidades dos seus usuários.

Os protocolos a serem sugeridos para Unidade estarão em conformidade com seu perfil com base histórica de cenários clínicos e para garantir a segurança na assistência prestada eles deverão ser validados em conformidade com os respectivos responsáveis técnicos da área clínica após o diagnóstico da unidade:

- Protocolo de identificação dos pacientes,

- Protocolo de administração Segura de Medicação, envolvendo também a interação medicamentosa,
- Protocolo de Classificação de Risco – Segundo Manual de Atenção Integral as Urgências e Emergências e Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (Protocolo de Manchester),
- Protocolo de higienização das mãos,
- Protocolo de flebite,
- Protocolo de Queda,
- Protocolo de contenção física,
- Protocolo de Dor torácica,
- Protocolo do SEPSE E Risco de Sepse,
- Protocolo de notificação de incidentes,
- Protocolo de atendimento PCR,
- Protocolo de atendimento a urgências,
- Protocolo de evasão,
- Programa de controle de infecção,

Consideram-se Procedimentos Técnicos Básicos:

- Fluxo assistencial
- Manual de enfermagem
- Sistematização da assistência de enfermagem
- Manual de aplicação medicamentosa
- Manual de assistência nutricional

Modelo de Protocolos Assistenciais

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM- INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

1. DEFINIÇÃO

A cardiopatia isquêmica é a maior causa de óbitos no Brasil, evidenciando uma grande preocupação das autoridades na prevenção e diagnóstico precoce da patologia. A anamnese detalhada, juntamente com a correta interpretação do eletrocardiograma e, análise, quando necessária, dor marcadora de injúria miocárdica, é de suma importância para o manejo dos pacientes que procuram atendimento na Urgência e Emergência.

Diante o exposto, o presente protocolo pretende, de forma objetiva e didática, guiar a equipe multiprofissional na condução inicial dos casos de SCA e as primeiras medidas na avaliação e intervenções terapêuticas.

2. OBJETIVOS

2.1. Padronizar as condutas iniciais de todos os pacientes atendidos na UPA

Promover diagnóstico precoce da patologia, prevenir agravos e referenciar ao

2.2. serviço Hospitalar.

3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)

3.1. O diagnóstico de SCA deve ser baseado nos sinais e sintomas referidos pelo paciente, adicionando exames complementares iniciais, sendo obrigatória a realização do Eletrocardiograma (ECG) e, quando necessária, dosagem enzimática.

3.2. Importante avaliar histórico de doença coronariana prévia ou histórico familiar precoce de doença cardiovascular, presença de fatores de risco (Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), dislipidemia, tabagismo, doença renal crônica (DRC), idade acima de 65 anos além de caracterização da dor torácica (Angina). Avaliar ainda sintomas com menor incidência, como; falta de ar, náuseas, vômitos, fadiga, palpitações ou síncope.

- Localização da Dor:

Dor prolongada, localização da dor em região retroesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula ou membros superiores, principalmente para o esquerdo.

AHBB | REDE SANTA CASA — *OSS AHBB / REDE SANTA CASA* *Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

- Característica da Dor:

Opressiva, "em aperto", contínua, com duração de vários minutos, piora progressiva, podendo ser acompanhadas de náuseas e vômitos, sudorese fria, dispnéia, sensação de morte iminente, ansiedade, desencadeada por estresse emocional ou esforço físico. A dor pode ser em repouso, durante o sono ou após exercício leve.

A dor pode não se apresentar de forma típica, podendo estar presente os "equivalentes", de forma isolada: mal estar, sudorese ou dispnéia.

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ENFERMAGEM

4.1. Atribuições do Enfermeiro:

- Identificar histórico do paciente, queixa principal, seguindo Classificação de Risco conforme protocolo de Enfermagem;
- Identificar alergia a medicamentos e/ou substâncias;
- Coletar dados e sinais vitais do paciente: Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC). Frequência Respiratória (FR), Saturação, Temperatura (T) e Glicemia Capilar (Dextro).
- a presença dos sinais e sintomas que caracterizam DOR TORÁCICA TÍPICA;
- Preencher o formulário – CHECK LIST de Atendimento SCA (Anexo I);
- Realizar os devidos encaminhamentos de acordo com a Classificação de Risco.

IMPORTANTE:

- DOR TÍPICA: Encaminhar o Paciente Imediatamente para a SALA DE EMERGÊNCIA, em cadeira de rodas ou maca (quando indicado) sob supervisão de Enfermagem.
- DOR ATÍPICA: Encaminhar o Paciente para atendimento médico, conforme Classificação de Risco.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM- INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA		
	TÍPICA	ATÍPICA
1. CARATER DA DOR	CONSTRIÇÃO COMPRESSÃO QUEIMAÇÃO "PESO" "DOR SURDA"	FACADA, AGULHADA PONTADAS PIORA AO RESPIRAR "AGUDA"
2. LOCALIZAÇÃO DA DOR	RETROESTERNAL OMBRO ESQUERDO PESCOÇO FACE, DENTES REGIAO INTERESCAPULAR EPIGÁSTRICA	OMBRO DIREITO HEMITÓRAX DIREITO
3-FATORES DESENCADEANTES	EXERCICIO EXCITAÇÃO ESTRESSE FRIO REFEIÇÕES COPIOSAS	AO REPOUSO

5.1. Avaliação da Queixa Principal

- Aperto; Queimação; Pressão – Risco Laranja;
- Irradiação para Membro Superior Esquerdo (MSE) - Risco Laranja;
- Acompanhada de Dispnéia – Risco Laranja;
- Dor precordial;
- Pontada;
- Piora ao mover o membro superior;
- Palpitação;
- Associada à duração > 5 minutos.
- Se a dor contemplar 01 (uma) característica marcada como LARANJA e tiver duração maior que 5 minutos, será considerada dor anginosa.
- Se a dor NÃO contemplar as características de risco Laranja, mas pontuar de 3 ou mais das demais características, o paciente será classificado como ALTO RISCO, podendo ser considerado como equivalente anginoso - será considerado como Risco LARANJA.

5.2. Fatores de Risco:

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM- INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

Fatores de risco	Peso
Idade > 65 anos	2
HAS	1
DM	2
Dislipidemia	1
Tabagismo	1
História Familiar de Infarto (mãe, pai ou irmãos) < 60anos	1
Obesidade	1
Revascularizado prévio por angioplastia ou cirurgia (RM)	3

Se a somatória dos fatores de risco for igual ou maior que 3 (três) será considerado como Risco LARANJA.

O paciente deverá ser imediatamente encaminhado à sala de Eletrocardiograma (ECG) que deverá ser realizado e apresentado ao médico em até 10 minutos (tempo porta ECG).

5.3. Sinais Clínicos (Deterioração Clínica):

- Hipotensão Arterial (PA Sistólica < 80 mmHg);
- Bradicardia (FC < 50 bpm);
- Taquicardia (FC > 120bpm);
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Taquipnéia (Fr > 25 irpm)
- Sat < 92%
- Caso o paciente apresente UM sinal de deterioração clínica, deverá ser imediatamente encaminhado à sala de EMERGÊNCIA (SE).

5.4. Passos iniciais no atendimento em SE:

- Manter o paciente em repouso absoluto, acomodá-lo com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquiliza-lo;
- Monitorização cardíaca e oximétrica (PA, Pulso, Sat, T);
- Obter acesso venoso calibroso (cateter 18);
- Suplementar Oxigênio (02) apenas se Sat < 90%;
- Realizar ECG de 12 derivações que deverá ser realizado e apresentado ao médico em

AHBB REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

até 10 minutos (tempo porta ECG).

- Definir o Delta T da dor – Caso haja dúvida, definir horário de piora da dor, que funcionará como o Delta T.

6. ATENDIMENTO MÉDICO

6.1. Realizar anamnese, exame físico geral, Ausculta Cardíaca e Pulmonar, palpação dos pulsos nos quatros membros à procura de assimetria;

6.2. Classificar tipo de Dor Torácica:

Dor TIPO A: DEFINITICAMENTE ANGINOSA: Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares.

Dor TIPO B: PROVAVELMENTE ANGINOSA: Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outras.

Dor TIPO C: PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de outros exames para excluí-la. Definida como um padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.

Dor TIPO D: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial.

- Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca.

Interpretar o ECG imediatamente

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

Caso IAMCSST em parede inferior ou suspeita de acometimento isolado de ventrículo direito ou parede posterior, indicar a realização do ECG com as derivações adicionais – V7 a V9 e V3R e V4R – Caso haja dúvida, realizar contato imediatamente com a referencia do Hospital SL para discussão do caso com cardiologista;

- Caso ECG não evidencie IAMCSST:

Paciente sintomático mesmo com medidas instituídas, repetir ECG em 10 minutos;

Paciente com piora clínica ou com mudança da característica da Dor Torácica, repetir o ECG imediatamente;

Paciente com suspeita de SCA ou qualquer outra doença cardiovascular aguda, mesmo que o ECG inicial tenha sido normal, deve repetir o ECG no máximo em 3h.

6.4. Escore Heart

FATOR	CARACTERÍSTICA	PONTOS
HISTÓRIA	Altamente suspeita de SCA (apenas componentes de dor típica)	2
	Moderadamente suspeita de SCA (com componentes de dor típica e outros de atípica)	1
	Baixa suspeita de SCA (apenas componentes de dor atípica)	0
ECG	Depressão do Segmento ST	2
	Alteração de Repolarização Inespecífica	1
	Normal	0
IDADE	≥ 65 anos	2
	45 – 64 anos	1
	< 45 anos	0
FATORES DE RISCO	≥ 3 fatores de risco ou história de aterosclerose (ATC)	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Nenhum fator de risco	0
TROPONINA INICIAL	≥ 3x o limite da normalidade	2
	1 – 3x o limite da normalidade	1
	Dentro do limite da mortalidade	0

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

Interpretação:

- Escore Heart < 3 – Baixo Risco
- Escore Heart > 3 – Moderado/Alto Risco

7. TERAPIA MEDICAMENTOSA

- Administrar AAS 200mg macerado precocemente (Mastigar) – Contra indicação: Hipersensibilidade ou Úlcera péptica ativa;
- Administrar Clopidogrel 300mg VO para pacientes com idade < 75 anos – Contra indicação: Hipersensibilidade ou Sangramento patológico ativo;
- Administrar Clopidogrel 75mg VO para pacientes com idade ≥ 75 anos – Contra indicação: Hipersensibilidade ou Sangramento patológico ativo;
- Administrar Dinitrato de Isossorbida 5mg SL – Se houver persistência da DOR, repetir de 5/5min – Dose máxima, 15mg.
- Contra indicação: Hipotensão Arterial ou IAM de ventrículo direito (VD) ou IAM parede inferior com comprometimento de VD ou uso prévio de Sildenafil (últimas 24 horas) ou Tadalafila (últimas 48 horas);
- Administrar Sulfato de Morfina – Dose de 2 a 4mg IV (diluído em água destilada – 9ml) – Repetir de 5 – 10 minutos caso haja persistência da dor, com dose máxima de 25mg.
- Contra indicação: Hipersensibilidade, PAS < 90mmHg, FC < 50bpm, em pacientes com suspeita de IAM de VD.
- Cuidado: Risco de depressão respiratória.

Realizar controle Glicêmico – Evitar hipo / hiperglicemia – Dextro < 180mg/dL ou > 70mg/dL;

- Se Dextro < 70mg/dL: Glicose 50% 4 ampolas EV;
- Se Dextro 180-200mg/dL: Insulina R 2 UI SC;
- Se Dextro 201-250mg/dL: Insulina R 4 UI SC;
- Se Dextro 251-300mg/dL: Insulina R 6 UI SC;
- Se Dextro 301-350mg/dL: Insulina R 8 UI SC;
- Se Dextro 351-400mg/dL: Insulina R 10 UI SC.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

8. MARCADORES DE NECROSE MIOCÁRDICA (MNM)

- Caso paciente apresente ECG sugestivo de IAMCSST:
- Encaminhar paciente imediatamente no CROSS, sem a necessidade de realizar a coleta de MNM
- Solicitar CKMB e Troponina:
- ECG Isquêmico ou Exame Físico alterado ou Dor Tipo A ou B + Moderada/Alta probabilidade de SCA;
- Dor tipo C ou D + Moderada/Alta probabilidade de SCA ou Dor tipo A ou B + Baixa Probabilidade de SCA ou Escore de Heart ≥ 4
- Realizar MNM na Admissão e 6h após Delta T da dor.
- Não é necessária coleta de MNM:
- Dor tipo C ou D + Baixa probabilidade para SCA ou Escore Heart ≤ 3.
- Nestes casos, identificar diagnósticos diferenciais, realizar manejo, orientar seguimento na Atenção Básica.

IMPORTANTE: Sempre orientar os pacientes com sinais e sintomas de alarme e retornar imediatamente à unidade de Saúde ou acionar atendimento de Urgência e Emergência via SAMU 192.

Troponina **POSITIVA**:

- Inserir paciente imediatamente no sistema de transferência de urgência do estado de SP.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

9.1. Dispepsia

- ECG: sem alterações
- Quadro clinico: dor epigástrica e/ou retroesternal em queimação; pode estar relacionada com o decúbito (refluxo) e com alimentação; melhora com antiácidos e/ou bloqueadores da bomba de prótons.

9.2. Tromboembolismo Pulmonar

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

- ECG: padrão S1, Q3 e T3 em alguns casos; pode ter distúrbios de condução de ramo direito; onda P Pulmonar; pode ocorrer fibrilação;
- Quadro clínico: dor súbita do tipo pleurítica; dispneia; hipóxia;
- Raio X de Tórax: sem sinais de congestão; zonas de hipertransparência com áreas de hipoperfusão;
- Conduta: Inserir no CROSS.

9.3. Pneumotórax

- ECG: sem alterações;
- Quadro Clínico: dor torácica súbita intensa anterior ou posterior, podendo irradiar para abdome e/ou membros inferiores; pulsos assimétricos; sopro de insuficiência valvar aórtica;
- Raio X de Tórax: inespecífico; aumento do mediastino; duplo contorno do arco aórtico; velamento de hemitórax esquerdo;
- Conduta: Inserir no CROSS.

9.4. Pericardite

- ECG: pode ocorrer supradesnivelamento do segmento ST-T difuso; ondas T achatadas ou negativas;
- Quadro clínico: dor torácica que piora com movimentos respiratórios, posição dependente e sem relação com o esforço;
- Raio X de Tórax: inespecífico.
- Biomarcadores: normais, entretanto em casos com comprometimento do miocárdio podem apresentar alterações como a troponina.
- Conduta: Inserir no CROSS

10. CHECK LISTS

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM- INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

Anexo I – CHECK LIST de Atendimento SCA – TRIAGEM CARDIOLÓGICA

TRIAGEM CARDIOLÓGICA

Nome: _____ Sexo: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: __/_____/_____ Atendimento: ____ Setor de Admissão: _____ Hora de Admissão: _____:_____

SINAIS VITAIS

PA: _____x_____ FC: _____ FR: _____ SP02: _____ T: _____ DEXTRO: _____ GLASGOW: _____

SINAIS DE ALERTA

História de Angina, IAM, ATC	SIM ( ) NAO ( )	PAS < 110mmHG	SIM ( ) NAO ( )
Dor pior que angina prévia ou similar a IAM prévio	SIM ( ) NAO ( )	Sudorese Fria	SIM ( ) NAO ( )
Dor > 15 minutos	SIM ( ) NAO ( )	Palidez	SIM ( ) NAO ( )
Irradiação para pescoço e/ou MSE	SIM ( ) NAO ( )	Dispnéia	SIM ( ) NAO ( )
Alivia com repouso	SIM ( ) NAO ( )	Nauseas/Vômitos	SIM ( ) NAO ( )

AVALIAÇÃO INICIAL DA ENFERMAGEM

Idade > 65 anos	SIM ( ) NAO ( ) DESCONHECIDO ( )
História Prévia de IAM / ATC / RM ?	SIM ( ) NAO ( ) DESCONHECIDO ( )
Mais de 3 fatores de risco para DAC	SIM ( ) NAO ( ) DESCONHECIDO ( )
Início dos Sintomas há menos de 12 horas?	SIM ( ) NAO ( ) DESCONHECIDO ( )
Uso de AAS nos últimos 7 dias?	SIM ( ) NAO ( ) DESCONHECIDO ( )

Fatores de Risco: Tabagismo ( ) HAS ( ) Dislipidemia ( ) DM ( ) Historico Familiar de IAM/ATC/RM IAM Prévio ( )

Cuidados de Enfermagem	Horário	Assinatura
Realizar ECG	____:____	_____
Monitorar Paciente no Leito	____:____	_____
Verificar SSVV	____:____	_____
Instalar O2 por CN, se necessário	____:____	_____
Manter paciente em dieta zero	____:____	_____
Puncionar Acesso Venoso Calibroso	____:____	_____
Novo ECG	____:____	_____

CHECK LIST DO CODIGO IAM

MONITORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
Início do quadro clínico	Data: ___/___/___	Hora: ____:____
Chegada do paciente na Sala de Emergência	Data: ___/___/___	Hora: ____:____
Saída da Emergência	Data: ___/___/___	Hora: ____:____
Destino do Paciente	Data: ___/___/___ Hora: ____:____ Destino: Santa Casa ( ) Posto 3 ( ) Alta ( ) Obito ( )	

ATIVIDADES - ENFERMAGEM		RETORNO DOS SERVIÇOS	
( ) Comunicar o médico	Hora: ____:____	( ) Avaliação Médica	Hora: ____:____
( ) Solicitação de Exames	Hora: ____:____	( ) Entrega no Laboratório	Hora: ____:____
( ) Comunicação Setor de Imagem	Hora: ____:____	( ) Realização do Exame de Imagem	Hora: ____:____
( ) Impressão dos Exames Laboratoriais	Hora: ____:____	( ) Avaliação Médica dos Exames	Hora: ____:____
( ) 2ª Enzimas Cardíacas	Hora: ____:____	( ) Entrega no Laboratório	Hora: ____:____
( ) Impressão dos Exames Laboratoriais	Hora: ____:____	( ) Avaliação Médica dos Exames	Hora: ____:____

Pendências: _____
_____ Enfermeiro(a): _____ COREN:

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO NO IAM-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Versão: 1	Página: 1 a 5

Anexo II – CHECK LIST de Atendimento SCA – ATENDIMENTO MÉDICO

ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE E EXAME FISICO			
Possui alteração em ACV ?	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar: _____	
Possui alteração em AR ?	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar: _____	
Possui edema de MMII ?	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar: _____	
Possui alteração de perfusão ?	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar: _____	
Possui sinais de Rebaixamento do Nível de Consciência ?	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar: _____	
AVALIAÇÃO DO ELETROCARDIOGRAMA			
ECG com SUPRA ST ?	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar parede: _____	
ECG com INFRA ST ?	SIM ( ) NÃO ( )		
ECG com BRE novo ou presumivelmente novo ?	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar: _____	
ECG com taquiarritmia ?	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar: _____	
ECG sem alterações	SIM ( ) NÃO ( )		
Classificação do Tipo de Dor: ( )A ( )B ( )C ( )D			
Escore Heart: _____			
Medicações	**Indicação**		
AAS 200mg	SIM ( ) NÃO ( )		
Clopidogrel 300mg	SIM ( ) NÃO ( )		
Clopidogrel 75mg	SIM ( ) NÃO ( )		
Isossorbida 5mg	SIM ( ) NÃO ( )	Nova Prescrição: SIM ( ) NÃO ( )	Quantidade Realizada: _____
Morfina EV	SIM ( ) NÃO ( )	Nova Prescrição: SIM ( ) NÃO ( )	Quantidade Realizada: _____
Insulina Regular	SIM ( ) NÃO ( )	Nova Prescrição: SIM ( ) NÃO ( )	Quantidade Realizada: _____
Glicose 50%	SIM ( ) NÃO ( )	Nova Prescrição: SIM ( ) NÃO ( )	Quantidade Realizada: _____
EXAMES			
CKMB / TROPONINA - ADMISSÃO	Data: ___/___/___	Hora: ___:___	
CKMB / TROPONINA – 6H INICIO DA DOR	Data: ___/___/___	Hora: ___:___	
Outros Exames Laboratoriais	SIM ( ) NÃO ( )	Especificar: _____	
Raio X de Tórax	SIM ( ) NÃO ( )	Alterações: _____	
Destino do Paciente			
( ) IAMCSST – Regulação Santa Casa	Data: ___/___/___	Hora: ___:___	
( ) IAMSSST – Regulação Santa Casa	Data: ___/___/___	Hora: ___:___	1ª Amostra ( ) 2ª Amostra ( )
( ) Angina Instável – Regulação Santa Casa	Data: ___/___/___	Hora: ___:___	
( ) Alta Hospitalar	Data: ___/___/___	Hora: ___:___	
( ) Realizou Alta Responsável	Data: ___/___/___	Hora: ___:___	
( ) Impressão dos Exames Laboratoriais	Hora: ___:___	( ) Avaliação Médica dos Exames	

Pendências: _____
Hipótese Diagnóstica: ( ) IAMCSST ( ) IAMSSST ( ) DAC ( ) Outros Diagnósticos: _____
Médico(a) avaliador (a): _____ CRM: _____
Médico(a) reavaliador (a): _____ CRM: _____
Médico(a) Alta: _____ CRM: _____

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

1. APRESENTAÇÃO

As causas externas são responsáveis por uma grande parcela das internações hospitalares no Brasil representam impacto mais significativo para os recursos públicos de saúde. Além disso, impõem grande demanda aos serviços de saúde, pois muitas vítimas se voltam em busca de atendimento de emergência, assistência especializada, reabilitação física e psicológica.

O trauma é uma lesão caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrios fisiológicos decorrentes da exposição aguda a várias formas de energia mecânica, térmica, elétrica, química e irradiações em quantidades acima ou abaixo do limiar de tolerância humana.

Trauma também pode ser definido como qualquer dano à saúde causado por fatores externos como acidente automobilístico, agressão física, ferimento por arma de fogo e arma branca, queda e acidente de trabalho.

Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID, sob a denominação de causas externas

O trauma é o líder mundial, de anos de vida perdidos, superando outras doenças, como as cardíacas e o câncer. o impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a anos potenciais de Vida perdidos por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidas

O primeiro pico de mortalidade do trauma é decorrente de lesões graves e frequentemente fatais, podendo apenas a prevenção ser empregada na sua redução. No segundo pico da distribuição trimodal, a organização da RUE (Rede de Urgência e Emergência) terá grande impacto no desfecho com a implantação do acompanhamento do indicador tempo-resposta e adensamento tecnológico compatível.

Classicamente, a mortalidade secundária ao trauma é descrita como uma distribuição trimodal, isto é, o primeiro pico ocorre nos primeiros segundos a minutos após o trauma devido a lesões fatais; o segundo pico ocorre de minutos a várias horas, consequente a lesões graves,

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

1. APRESENTAÇÃO

As causas externas são responsáveis por uma grande parcela das internações hospitalares no Brasil representam impacto mais significativo para os recursos públicos de saúde. Além disso, impõem grande demanda aos serviços de saúde, pois muitas vítimas se voltam em busca de atendimento de emergência, assistência especializada, reabilitação física e psicológica.

O trauma é uma lesão caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrios fisiológicos decorrentes da exposição aguda a várias formas de energia mecânica, térmica, elétrica, química e irradiações em quantidades acima ou abaixo do limiar de tolerância humana.

Trauma também pode ser definido como qualquer dano à saúde causado por fatores externos como acidente automobilístico, agressão física, ferimento por arma de fogo e arma branca, queda e acidente de trabalho.

Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID, sob a denominação de causas externas

O trauma é o líder mundial, de anos de vida perdidos, superando outras doenças, como as cardíacas e o câncer. o impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a anos potenciais de Vida perdidos por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidas

O primeiro pico de mortalidade do trauma é decorrente de lesões graves e frequentemente fatais, podendo apenas a prevenção ser empregada na sua redução. No segundo pico da distribuição trimodal, a organização da RUE (Rede de Urgência e Emergência) terá grande impacto no desfecho com a implantação do acompanhamento do indicador tempo-resposta e adensamento tecnológico compatível.

Classicamente, a mortalidade secundária ao trauma é descrita como uma distribuição trimodal, isto é, o primeiro pico ocorre nos primeiros segundos a minutos após o trauma devido a lesões fatais; o segundo pico ocorre de minutos a várias horas, consequente a lesões graves,

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

- Considerar a necessidade de transferência do paciente;
- Avaliação secundária (da cabeça aos pés), história e avaliação da cinemática do trauma;
- Procedimentos auxiliares à avaliação secundária;
- Reavaliação e monitoração contínuas após a reanimação;
- Tratamento definitivo.

CONCEITO FUNDAMENTAL

Os conceitos fundamentais do programa ATLS são:

· Tratar primeiro a maior ameaça à vida; aplicando a sequência "XABCDE" para a avaliação segundo prioridades de manutenção da vida das vítimas de trauma;

· Identificado um problema este deve ser imediatamente tratado;

· A falta de um diagnóstico definitivo não impede a aplicação do tratamento imediato;

· Uma história detalhada não é essencial para iniciar a avaliação do traumatizado;

· O paciente deve ser frequentemente avaliado e continuamente monitorizado durante todas as fases do atendimento.

4. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E REANIMAÇÃO

Consiste na avaliação do paciente segundo uma ordem de prioridade, com obtenção precoce da hipótese diagnóstica e de condições que implicam em risco de morte.

A avaliação deve ser realizada de maneira simultânea com as manobras conforme mneomônico:

· X (Exsanguitanion): Contenção da hemorragia externa grave.

· A (Airway maintenance with cervical spine control): Manutenção da permeabilidade das vias aéreas e estabilização da coluna cervical;

· B (Breathing and ventilation): Manutenção da respiração e ventilação;

· C (Circulation with hemorrhage control): Estabilização circulatória com controle da hemorragia;

· D (Disability – neurological status): Avaliação neurológica;

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

. E (Exposure/Environment): exposição: despir completamente a vítima e evitar a hipotermia.

5. ALGORITMO DA AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E REANIMAÇÃO (Figura 01)

5.1. XABCDE

X – EXSANGUINAÇÃO: controle da hemorragia externa grave deve ser realizado imediatamente, antes do controle de via aérea. Realizar compressão direta do ferimento, curativo oclusivo ou por meio de torniquete. Caso haja a necessidade de utilização de torniquete, imprescindível anotar horário de realização.

A – MANUTENÇÃO DA PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS E PROTEÇÃO DA

COLUNA CERVICAL: a permeabilidade das vias aéreas deve ser avaliada de imediato. Se necessário, deve ser prontamente assegurada. Toda vítima de trauma, sobretudo na vigência de lesões situadas acima da clavícula, deve ser considerada como portadora de lesão da coluna cervical. O exame neurológico inicial não exclui lesões medulares. portanto, a cabeça e o pescoço devem permanecer alinhados e imobilizados, protegidos, durante toda a abordagem inicial, sem flexão ou extensão da coluna cervical; exceto em pacientes com trauma penetrante com sangramento ativo no pescoço, sem alterações neurológicas, o uso do colar não é recomendado.

A obstrução das vias aéreas é a principal causa de morte imediatamente após o incidente. A principal causa de obstrução das vias aéreas nos pacientes inconscientes é provocada pela queda da base da língua sobre a hipofaringe. a elevação da língua e a remoção dos corpos estranhos usualmente solucionam o problema. As manobras básicas de elevação do mento (chin lift) e de tração da mandíbula (jaw thurst) podem desobstruir as vias aéreas. Uma medida simples e básica, em pacientes inconscientes, consiste na aspiração da orofaringe e introdução de cânula de Guedel e, se necessária, ventilação manual com dispositivo bolsa-válvula-máscara. Em caso de vômitos, deverá realizar o decúbito dorsal, sempre executada estabilizando a cabeça, pescoço, tronco, membros superiores e membros inferiores, girando em bloco.

O paciente deve ser avaliado constantemente. A decisão de intubar o paciente na sala de emergência é baseada exclusivamente em dados clínicos: agitação pode ser indicativa de hipóxia, obnubilação sugere hipercarbia, respiração ruidosa está associada com obstrução da faringe e disfonia resulta da obstrução da laringe. No caso de dúvida, geralmente é melhor realizar a

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

intubação precocemente, particularmente em pacientes instáveis hemodinamicamente ou quando existir lesões graves na face e pescoço.

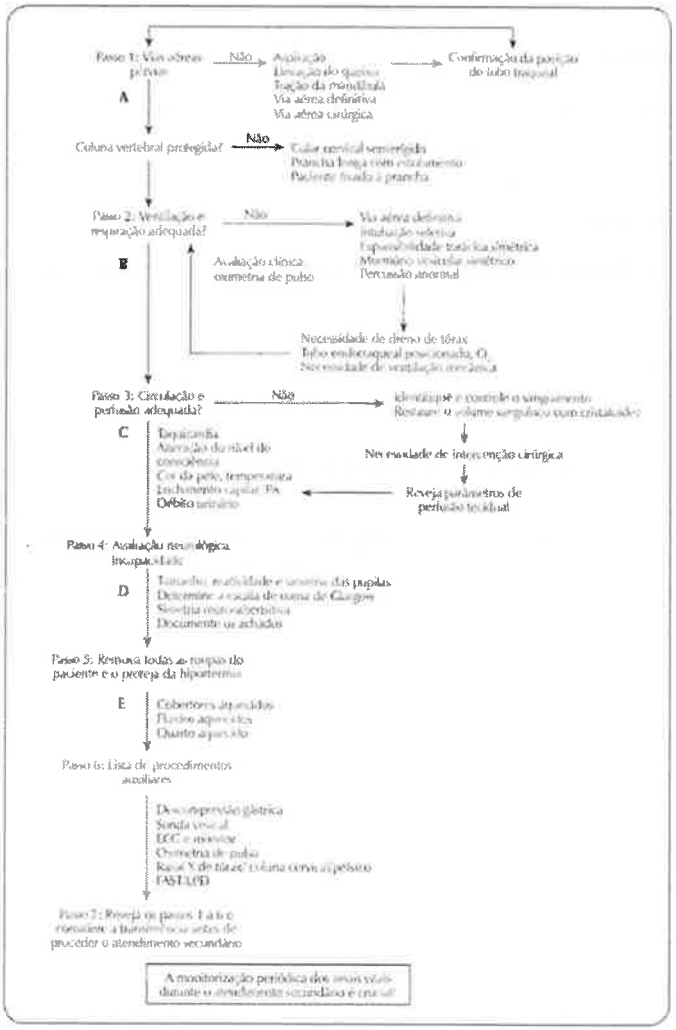


Figura 1 - Algoritmo da avaliação primária e reanimação

AHBB REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

B – VENTILAÇÃO E RESPIRAÇÃO: Realizar a ventilação do paciente afim de que possa ser garantido o aporte de oxigênio necessário aos tecidos. Os pacientes traumatizados graves devem receber oxigênio suplementar com fluxo de 10-12 L/min – ATENÇÃO: Evitar ventilação excessiva por risco de barotrauma ou conversão de pneumotórax sem tensão em pneumotórax hipertensivo. A via aérea patente não é garantia de ventilação efetiva, devem as situações que comprometem a respiração ser identificadas e tratadas imediatamente – Pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tórax instável e hemotórax maciço.

O pneumotórax hipertensivo é potencialmente letal em minutos e sua identificação deve ser rápida e baseada nos achados clínicos, prescindindo de exames radiológicos. O quadro clínico inclui dificuldade respiratória, desvio da traqueia, hipertimpanismo e ausência de murmúrio respiratório no hemitórax afetado – Caso haja o diagnóstico clínico, proceder imediatamente com a toracocentese de alívio e posterior drenagem torácica.

O pneumotórax aberto resulta de solução de continuidade da parede torácica. Pequenos orifícios tendem a ser ocluídos espontaneamente pela musculatura do tórax. Caso a perfuração da parede torácica tenha diâmetro igual ou superior a 2/3 do diâmetro da traqueia, o ar tende a penetrar pelo ferimento, ocasionando dificuldade respiratória. o ferimento é prontamente ocluído por meio de curativo semi oclusivo de três lados, e a cavidade pleural deve ser drenada em um ponto distante em relação ao local da perfuração.

C – ESTABILIZAÇÃO CIRCULATÓRIA E CONTROLE DA HEMORRAGIA: a

hemorragia é a principal causa de morte evitável no ambiente hospitalar, nas primeiras horas após o incidente. Todo esforço deve ser realizado com o objetivo de parar o sangramento o mais rápido possível. A presença de sinais de choque deve ser considerada de causa hemorrágica até que se prove o contrário. A presença de hipotensão arterial é um sinal que pode ser tardio, aparecendo somente quando esta perda sanguínea for maior que 30% da volemia. Uma rápida avaliação do estado circulatório pode ser obtida pela análise do estado de consciência: pacientes conscientes e orientados têm perfusão cerebral adequada. Por outro lado, a má perfusão e oxigenação do encéfalo é a causa mais comum de inconsciência e mesmo episódios isolados de hipotensão arterial em pacientes com TCE podem agravar a lesão cerebral primária. Outros parâmetros para a avaliação clínica são coloração da pele e mucosa, frequência respiratória,

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

B – VENTILAÇÃO E RESPIRAÇÃO: Realizar a ventilação do paciente afim de que possa ser garantido o aporte de oxigênio necessário aos tecidos. Os pacientes traumatizados graves devem receber oxigênio suplementar com fluxo de 10-12 L/min – ATENÇÃO: Evitar ventilação excessiva por risco de barotrauma ou conversão de pneumotórax sem tensão em pneumotórax hipertensivo. A via aérea patente não é garantia de ventilação efetiva, devem as situações que comprometem a respiração ser identificadas e tratadas imediatamente – Pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tórax instável e hemotórax maciço.

O pneumotórax hipertensivo é potencialmente letal em minutos e sua identificação deve ser rápida e baseada nos achados clínicos, prescindindo de exames radiológicos. O quadro clínico inclui dificuldade respiratória, desvio da traqueia, hipertimpanismo e ausência de murmúrio respiratório no hemitórax afetado – Caso haja o diagnóstico clínico, proceder imediatamente com a toracocentese de alívio e posterior drenagem torácica.

O pneumotórax aberto resulta de solução de continuidade da parede torácica. Pequenos orifícios tendem a ser ocluídos espontaneamente pela musculatura do tórax. Caso a perfuração da parede torácica tenha diâmetro igual ou superior a 2/3 do diâmetro da traqueia, o ar tende a penetrar pelo ferimento, ocasionando dificuldade respiratória. o ferimento é prontamente ocluído por meio de curativo semi oclusivo de três lados, e a cavidade pleural deve ser drenada em um ponto distante em relação ao local da perfuração.

C – ESTABILIZAÇÃO CIRCULATÓRIA E CONTROLE DA HEMORRAGIA: a

hemorragia é a principal causa de morte evitável no ambiente hospitalar, nas primeiras horas após o incidente. Todo esforço deve ser realizado com o objetivo de parar o sangramento o mais rápido possível. A presença de sinais de choque deve ser considerada de causa hemorrágica até que se prove o contrário. A presença de hipotensão arterial é um sinal que pode ser tardio, aparecendo somente quando esta perda sanguínea for maior que 30% da volemia. Uma rápida avaliação do estado circulatório pode ser obtida pela análise do estado de consciência: pacientes conscientes e orientados têm perfusão cerebral adequada. Por outro lado, a má perfusão e oxigenação do encéfalo é a causa mais comum de inconsciência e mesmo episódios isolados de hipotensão arterial em pacientes com TCE podem agravar a lesão cerebral primária. Outros parâmetros para a avaliação clínica são coloração da pele e mucosa, frequência respiratória,

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

Seguindo esta escala, o TCE pode ser classificado como leve (13 a 15 pontos), moderado (9 a 12 pontos) ou grave (3 a 8 pontos). Todos os pacientes com TCE moderado e grave deverão realizar tomografia computadorizada de crânio (TCC) e ser encaminhados para os hospitais de referência com USA, via Central de Regulação Médica. É necessária uma triagem dos pacientes com TCE leve para otimizar a alta imediata, a realização de exames mais acurados e o estabelecimento de um período de observação ou internação.

TCE leve - TCE leve (ECG 15) de baixo risco:

- TCE por mecanismo de trauma de pequena intensidade, totalmente assintomáticos, exame físico geral normal, sem alteração neurológica. RX de crânio pode ser realizado a critério médico, não tomografia computadorizada de crânio (TCC);
- Sinais ou sintomas mínimos;
- Cefaleia discreta e não progressiva;
- Tontura ou vertigem temporária;
- Hematoma subgaleal e/ou laceração pequeno, com RX de crânio ou TCC (se realizada) normal;
- Pacientes com RX de crânio que revela alterações serão submetidos à TC de crânio, se normal observação, se anormal internação;
- RX de crânio pode ser feito a critério médico.

Conduta: alta com orientação ao paciente e acompanhante.

TCE leve (ECG 15) de médio risco:

- História de sintomas neurológicos ou envolvimento em acidente grave e/ou com vítimas fatais e/ou história admissional obscura ou não confiável – (por exemplo criança espancada);
- Equimose órbito-palpebral, retroauricular;
- Quadro clínico sugestivo de intoxicação por álcool ou drogas ilícitas;
- Cefaleia progressiva, vômitos ou convulsão;

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA* *Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

- Perda momentânea da consciência;
- Desorientação temporoespacial, amnésia retrógrada ou pós-traumática;
- Síncope pós-traumatismo (síndrome vasovagal);
- Idade inferior a dois anos, exceto se o traumatismo for muito trivial;
- Pacientes politraumatizado;
- Suspeita de lesão penetrante ou lesão facial grave;
- Paciente de baixo risco que evolui com sintomatologia clínico neurológica persistente.

Conduta: encaminhar para realização de TCC no hospital de referência.

TCE leve (ECG 14-15) de alto risco:

- ECG 14;
- Criança espancada;
- TCE em gestante (avaliar risco x benefício da realização de TCC);
- Distúrbio da coagulação e crase sanguínea, etc.;
- Fístula liquórica com ou sem débito de LCR;
- TCE com múltiplos traumatismos;
- Lesões petéquias sugestivas de embolia gordurosa;
- Piora do nível e conteúdo da consciência ou sinais de localização;
- Síndrome de Claude-Bernard-Horner;
- Síndrome de irritação meníngea;
- Distúrbios de funções mentais superiores;
- Déficit de acuidade visual;
- Ferimento por arma branca com suspeita de envolvimento encefálico;

AHBB REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

- lesão vascular traumática cérvice-craniana.

Conduta: encaminhar para realização de TCC no hospital de referência

E – EXPOSIÇÃO: DESPIR O PACIENTE E EVITAR HIPOTERMIA: a vítima de trauma

múltiplo deve ser completamente despida. para evitar movimentos e eventual mobilização de fraturas ou luxações, as vestes devem ser cortadas antes de sua remoção. as evidências médico-legais (orifícios de penetração de projéteis, por exemplo) devem ser preservadas. Como a hipotermia exerce efeitos deletérios sobre o organismo traumatizado (alterações da coagulação e arritmias cardíacas, por exemplo), o paciente deve ser protegido contra o frio tão logo o exame físico pormenorizado seja complementado.

6. PROCEDIMENTOS AUXILIARES

A introdução de sonda gástrica e vesical deve ser realizada no traumatizado grave durante o atendimento inicial. Durante a ventilação com ambu, o paciente deglute ar, que distende o estômago e pode desencadear vômitos. A introdução da sonda pelo nariz, em um paciente com fratura da base de crânio, pode ter consequências graves. As contra indicações da cateterizarão nasogástrica são as mesmas da intubação nas traqueal já mencionadas. Nestes casos a sonda deverá ser introduzida por via oral. A cateterizarão vesical permite a medida do volume urinário e, indiretamente, a perfusão dos tecidos periféricos, bem como a avaliação macroscópica da urina (hematúria macroscópica está geralmente associada a lesões urológicas importantes e mioglobinúria). Fraturas pélvicas podem ser acompanhadas de lesões de bexiga e uretra. Lesões uretrais contraindicam a cateterizarão vesical. A introdução do cateter deve ser precedida de exame do períneo e toque retal. Uretrorragia, hematomas e equimoses perineais e desvios de posição da próstata sugerem lesão de uretra. Nessas circunstâncias, está indicada a realização de uretrocistografa antes da realização da sondagem vesical. A monitorização da oximetria de pulso deve ser iniciada nesta fase. O oxímetro de pulso mede a saturação de oxigênio. Níveis adequados de oxigenação traduzem algum grau de eficiência das vias aéreas, da respiração e circulação (A, B e C). O eletrocardiograma deve ser cuidadosamente monitorizado em toda vítima de traumatismo.

Taquicardia inexplicada, arritmias, alterações do segmento ST, extrassístoles ventriculares e fibrilação atrial podem ser devidas à contusão miocárdica.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

Avaliação secundária

- A abordagem secundária não deve ser iniciada até que a avaliação primária e as medidas de reanimação tenham sido completadas. Os itens da abordagem inicial (ABC) devem ser reavaliados periodicamente.

- A abordagem secundária consiste na história e exame clínico minucioso da cabeça aos pés. Lesões despercebidas podem ocorrer na avaliação de politraumatizados hemodinamicamente instáveis e com alteração do estado de consciência. Nesta fase, são executados os exames radiológicos e outros procedimentos diagnósticos baseados nos dados da história clínica, exame físico e mecanismo de trauma.

- História clínica é desejável a obtenção de história uma história ampla avaliando de todas as circunstâncias que envolveram o trauma, pois as lesões apresentadas são influenciadas pelo tipo de cinética envolvida no acidente.

- Os traumas fechados resultam de acidentes com veículos motorizados, quedas e agressões interpessoais.

- Nos acidentes com veículo automotores, algumas informações são importantes (uso do cinto de segurança ou capacete, ejeção para fora do veículo, direção do impacto, ocorrência de morte entre os demais ocupantes, dano provocado ao carro), estes achados quando presentes aumentam o risco de gravidade dos envolvidos.

- Nos ferimentos penetrantes (arma branca e arma de fogo) são relevantes os dados referentes ao calibre, trajetória e velocidade do projétil, distância e número de disparos, perda sanguínea na cena do acidente, comprimento e tipo de arma branca, as queimaduras podem ser associadas a explosões, quedas e inalação de gases tóxicos.

- Por outro lado, a exposição ao frio sem proteção adequada pode resultar em hipotermia. Mesmo temperaturas ambientes de 15 °C a 20 °C podem acarretar lesões em pacientes inadequadamente vestidos e que tenham ingerido drogas que aumentem a perda de calor, como, por exemplo, o álcool.

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

. Informações sobre o traumatizado (alergias, medicação em uso, última refeição e antecedentes mórbidos) também são componentes essenciais da história.

7. EXAME FÍSICO

7.1. CABEÇA E PESCOÇO

Todo o couro cabeludo e o crânio devem ser cuidadosamente examinados em busca de fraturas, lacerações. Os olhos devem ser reexaminados quanto ao diâmetro e reatividade das pupilas, acuidade visual, hemorragias conjuntivas, presença de lentes de contato (que devem ser removidas), lesões penetrantes e deslocamento do cristalino, a posição da traqueia deve ser avaliada. Desvios da traqueia da posição mediana podem estar relacionados com pneumotórax hipertensivo. Desde que não resultem em obstrução da via aérea e hemorragia profusa, os traumas maxilofaciais devem ser tratados por especialista, após a estabilização completa do paciente, portanto estes casos deverão ser encaminhados para os hospitais de referência.

As veias do pescoço podem estar distendidas na presença de tamponamento cardíaco, hemotórax maciço e pneumotórax hipertensivo. Entretanto, na vigência de hipovolemia crítica, geralmente elas estão colabadas.

Pacientes com traumas do crânio e maxilofacial devem ser considerados como portadores de trauma da coluna cervical, sendo o pescoço mantido imobilizado até que uma lesão seja excluída com segurança por meio de da avaliação clínica e exame de imagem apropriado. a ausência de manifestações neurológicas e o RX normal não exclui trauma vertebro medular.

7.2. TÓRAX

As paredes torácicas anterior e posterior devem ser inspecionadas para identificar movimentos paradoxais, feridas penetrantes, contusões e hematomas. A palpação de todas as costelas e da clavícula é obrigatória. A presença de dor á compressão do esterno pode ser indicativo de fratura ou de disjunção costocondral. A ausculta do tórax pode trazer informações valiosas.

Os achados devem ser comparativos em relação aos dois hemitórax, e o exame clínico é sensível para identificar as lesões letais ou potencialmente graves que podem pôr em risco a vida do traumatizado "abafamento" das bulhas e achatamento da pressão de pulso podem indicar tamponamento cardíaco. Abolição do murmúrio vesicular e choque podem ser o único indício

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

de pneumotórax hipertensivo ou hemotórax maciço e da necessidade de descompressão imediata do tórax.

7.3. ABDOME

Estudos recentes comprovam que as lesões intra-abdominais continuam a ser frequentemente despercebidas, resultando em óbitos evitáveis ou complicações graves.

É mais importante, na primeira hora de atendimento, determinar se há necessidade de laparotomia do que determinar o diagnóstico da lesão específica de uma víscera intra-abdominal. Usualmente, a reavaliação clínica frequente de preferência pelo mesmo examinador – é que leva à definição da conduta, pois o exame abdominal isolado não é confiável em muitas situações. Pacientes com comprometimento do estado de consciência, hipotensão arterial sem causa aparente e exame físico duvidoso ou não confiável são candidatos a lavagem peritoneal diagnóstica (LPD) ou US de abdome (US-FAST). Em pacientes estáveis com trauma contuso, sem sinais de irritação peritoneal, recomenda-se à avaliação clínica seriada que associada a realização de exames de imagem como o US de abdômen (US-FAST) e TC de abdome, garantem a possibilidade de tratamento não operatório para a maioria dos casos atendidos nos hospitais de referência. O exame do períneo deve ser realizado antes da passagem da sonda vesical.

Na mulher, o exame do períneo deve incluir o toque vaginal, à procura de hemorragia vaginal ou lacerações da vagina. Recomenda-se a execução sistemática de testes de gravidez em toda mulher traumatizada em idade fértil.

7.4. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Recomenda-se o exame minucioso das extremidades, as fraturas e luxações podem ser diagnosticadas pela palpação cuidadosa de todos os ossos e articulações. A compressão, com as palmas das mãos, das espinhas ilíacas anteriores e da sínfise púbica possibilita o diagnóstico de instabilidade pélvica, ação que deve ser realizada somente uma única vez. Todos os pulsos periféricos devem ser palpados. Outras lesões importantes das extremidades podem ser detectadas no exame físico. A instabilidade articular pode ser secundária á ruptura de ligamentos.

A perda da contração voluntária de grupos musculares é devida à lesão nervosa periférica ou à isquemia, incluindo a decorrente da síndrome de compartimento. Essa síndrome é uma das sequelas do trauma frequentemente despercebidas, sobretudo nos pacientes inconscientes.

AHBB REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

Fraturas da coluna torácica e lombar podem ser "mascaradas" por outros sinas e sintomas. Convém manter o paciente inconsciente completamente imobilizado até que um ortopedista ou neurocirurgião seja consultado e os exames de imagem apropriados sejam obtidos.

7.5. EXAME NEUROLÓGICO

Consiste na reavaliação dos reflexos e diâmetros pupilares e das respostas verbal e motora.

A determinação da escala de coma de Glasgow é de grande valia para a detecção precoce de alterações do estado neurológico. Portanto, o exame deve ser repetido a pequenos intervalos.

Uma redução de dois pontos na escala de coma de Glasgow é indicativa de deterioração do estado neurológico.

Uma queda de três pontos significa uma alteração grave, que exige conduta imediata.

Todo paciente com escore de Glasgow igual ou inferior a 14 deve ser submetido à tomografia de crânio e avaliação neurocirúrgica, e em casos de TCE moderado e grave estes devem ser regulados preferencialmente para um centro de referência para atendimento ao traumatizado. Outras situações indicativas de trauma do encéfalo e que necessitam de tomografia computadorizada e avaliação especializada são: anisocoria, ferimentos abertos com perda de líquido cerebroespinhal ou exposição de encéfalo, fraturas de crânio com afundamento e resposta motora assimétrica.

7.6. EXAME DO DORSO

As faces posteriores do tronco e membros podem sediar lesões importantes.

É, pois, necessário que o paciente seja rodado em bloco (com o auxílio de três pessoas) para possibilitar uma segura inspeção dessa parte do corpo pelo examinador.

7.7. EXAMES RADIOLÓGICOS

Nesta fase, caso tenha sido alcançada a estabilidade cardiorrespiratória, o paciente pode ser encaminhado para exame radiológico. É recomendada, em todos os politraumatizados estáveis,

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

a realização de, no mínimo, radiografas da coluna cervical em perfil (os membros superiores devem ser tracionados no sentido caudal para permitir a observação das sete vértebras cervicais e da primeira torácica), do tórax (anteroposterior) e da pelve.

Outros exames serão solicitados de acordo com a história clínica, mecanismo do trauma, exame físico, exames radiológicos e LPD ou US-FAST devem realizados em centro de referência.

8. REAVALIAÇÃO

Situações que resultam em risco de morte não identificadas durante as avaliações primária e secundária podem ser agora detectadas. É necessário manter uma atitude de suspeição e vigilância contínuas.

Durante o período de observação, podem surgir novos sinais e sintomas ou a situação clínica pode se agravar. Toda vez que isto acontecer, o médico deverá reiniciar a avaliação primária e checagem de todos os procedimentos realizados.

A quantidade de líquidos infundidos deve ser criteriosamente avaliada. Quanto a pacientes que apresentem sinais de choque não é fácil estimar a quantidade total de fluidos a ser reposta durante a fase inicial.

Geralmente são utilizados 3 mL de solução eletrolítica para a reposição de 1 ml de sangue perdido. É, contudo, de fundamental importância que a resposta circulatória à infusão de volume seja permanentemente avaliada. A normalização da pressão arterial e da frequência cardíaca é sinal de tendência de estabilização hemodinâmica. O volume urinário dá uma ideia aproximada do fluxo sanguíneo renal e por extensão, dos demais órgãos periféricos.

Tais parâmetros clínicos auxiliam na avaliação da perfusão dos tecidos periféricos. As decisões terapêuticas subsequentes, na sala de emergência são tomadas com base na reposta à reposição volêmica inicial.

Deve-se executar a monitorização contínua da oximetria de pulso, da pressão arterial, frequência cardíaca e do débito urinário. A dosagem e o clearance do lactato ajudam na adequação da reposição volêmica, após as medidas iniciais adotadas na sala de emergência.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO TRAUMA	Versão: 1	Página: 1 a 5

9. TRATAMENTO DEFINITIVO

O tratamento definitivo pode ser realizado na UPA, a depender da gravidade do trauma bem como a complexidade avaliada pelo médico assistente.

Quando o paciente requer tratamento que ultrapassa os recursos humanos, materiais e tecnológicos da instituição, ele deve ser transferido sem perda de tempo para um centro de maior complexidade.

A necessidade de transferência deve ser estabelecida precocemente.

Antes do encaminhamento, o paciente deve ser completamente examinado, e todos os procedimentos médicos necessários para a estabilização devem ser realizadas e a transferência somente será processada após a identificação e tratamento inicial das condições que impliquem risco de morte.

Todos os dados relacionados à história do trauma e às avaliações primárias e secundárias devem ser informados ao médico que receberá o traumatizado.

Durante o transporte, o paciente grave ou potencialmente grave deverá ser preferencialmente acompanhado por médico, tendo suas condições clínicas continuamente controladas.

Comunicação permanente deve ser mantida entre o pessoal que transporta (APH móvel), a Central de Regulação Médica e a equipe do hospital para o qual o traumatizado está sendo encaminhada.

10. REFERÊNCIAS

Tallo F.S., Lopes R.D., Lopes A.C., BaiTello A.L.; Atendimento ao Paciente Vítima de Trauma: Abordagem para o Clínico – Série emergências Clínicas Brasileiras

PHTLS – ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR AO TRAUMA – 9ª EDIÇÃO ATLS – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA AO TRAUMA – 10ª EDIÇÃO

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO AVC - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	Versão: 1	Página: 1 a 5

1. APRESENTAÇÃO

Segundo a OMS, o AVC é a principal causa de incapacidade do Brasil com uma incidência anual, de 108 para cada 100 mil habitantes, sendo a 2ª causa de mortalidade, apenas atrás do Infarto.

O total de óbitos, no Brasil, por AVC, foi de 101.965 no ano de 2019; 102.812 em 2020 e 84.436 de Janeiro a Outubro de 2021, com um grande número de incapacidades temporárias e/ou permanentes, devastando não somente o paciente mas também o seu entorno pois, há um aumento significativo de acometimento na população economicamente ativa.

O AVC isquêmico é o mais frequente e corresponde a cerca de 85% de todos os casos sendo o AVC hemorrágico, o mais fatal.

A linha de cuidado do AVC, instituída pela portaria MS/GM nº 665, de 12 de Abril de 2012 e, parte integrante da Rede de Urgência e Emergência (RUE), propõe uma redefinição de estratégias que deem conta das necessidades específicas do cuidado ao AVC diante do cenário epidemiológico explicitado, bem como de um contexto sociodemográfico considerável, a exemplo do aumento da expectativa de vida e consequentemente o envelhecimento da população, aumentando os fatores de risco e dimensionando mais ainda o seu desafio no SUS.

Este Procedimento Operacional Padrão (POP), propõe ações a serem realizadas tanto a nível da Central de Regulação Médica de Urgências e Emergências – SAMU 192 quanto a UPA desde a sua admissão até a transferência à referência Hospitalar.

2. OBJETIVOS

2.1. Padronizar as condutas iniciais de todos os pacientes atendidos pelo SAMU e a UPA

Promover diagnóstico precoce da patologia, prevenir agravos e referenciar ao serviço Hospitalar.

3. ADMISSÃO DO PACIENTE

3.1. A admissão do paciente visa implementar um fluxo ágil com detecção precoce da patologia e transferência à referência hospitalar em momento oportuno, visando a diminuição de morbimortalidade da patologia e, assim, atuar em rede afim de redução dos custos no tratamento e melhor reabilitação.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO AVC - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	Versão: 1	Página: 1 a 5



4.CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ENFERMAGEM

4.1.A classificação de Risco dos pacientes com sinais e sintomas de AVC agudo deve ser priorizada, de acordo com a avaliação da enfermagem e protocolo institucional.

5. SINAIS E SINTOMAS

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO AVC - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	Versão: 1	Página: 1 a 5

- HEMIPARESIA, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE.
- ALTERAÇÃO VISUAL.
- ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM.
- PARALISIA FACIAL CENTRAL.
- CEFALÉIA INTENSA E SÚBITA SEM CAUSA APARENTE.
- VERTIGEM ASSOCIADA À:
- DIPLOPIA E/OU DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO E/OU FALA ARRASTADA
- 1 FATOR DE RISCO *
- OUTROS SINTOMAS FOCAIS AGUDOS SUGESTIVOS DE AVC.

FATORES DE RISCO

- Hipertensão	- Diabetes	- Tabagismo
- Dislipidemia	- Fibrilação Atrial	- AVC ou AIT Prévio

- Infarto Agudo do Miocárdio ou Cirurgia Cardíaca Recente

ALERTA DE POSSÍVEL EXCLUSÃO DE AVC HIPERAGUDO
- GLICEMIA < 50MG/DL
- CRISE CONVULSIVA
- SÍNDROME DEMENCIAL
- PREVIAMENTE ACAMADO

6. TRIAGEM

Ao ser triado no pronto-socorro como paciente com ALTA PROBABILIDADE DE AVC (Escala ROSIER com pontuação 1 a 5), o paciente deve ser imediatamente acomodado na sala de emergência e as seguintes prescrições de enfermagem devem ser prontamente geradas:

AHBB REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO AVC - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	Versão: 1	Página: 1 a 5

- Realizar glicemia capilar (point to care);
- Acionar CÓDIGO AVC (alta probabilidade de AVC com evolução dos sintomas < 24h);
- Realizar Monitoramento Cardiovascular não invasivo;
- Realizar controles, Cuidados Gerais e sinais vitais (PA, FC, FR, Sat02, T);
- Manter decúbito 30°;
- Manter jejum VO;
- Instalar oxigênio 2L/min se SatO2 < 92%;
- Realizar AVP calibroso;
- Acionar médico plantonista imediatamente.

7. AVALIAÇÃO MÉDICA

Dados importantes que a história deve conter (a serem obtidos concomitantemente às medidas iniciais de atendimento):

a) horário preciso do início dos sintomas (ou último horário em que foi visto normal);

b) tipo dos sintomas;

c) condição do paciente

d) evolução dos sintomas.

Antecedentes pessoais que devem ser ativamente investigados:

a) Medicações em uso: anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anticoncepcional, vasoconstritores e hipoglicemiantes

b) Hábitos: tabagismo, etilismo e uso de drogas

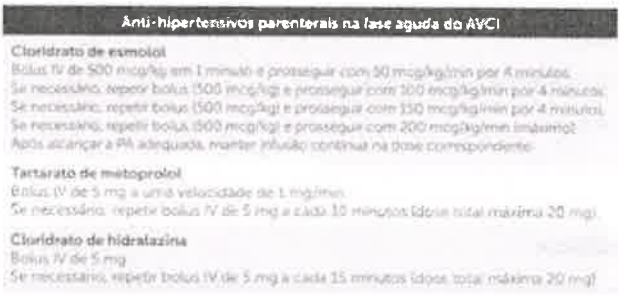
c) Eventos recentes: AIT, AVC, IAM, trauma, cirurgias, sangramentos, crise convulsiva, gravidez e puerpério

d) Comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, miocardiopatias, dislipidemia, insuficiência renal e trombofilias.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO AVC - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	Versão: 1	Página: 1 a 5

O EXAME MÉDICO INCIAL deve ser realizado pelo médico plantonista, utilizando a Escala de AVC do EXAME NEUROLÓGICO NIH (NIHSS) (anexo 2) e a escala de coma de Glasgow (anexo 1)

6.4. Pacientes com preditivos que possam excluir AVC, acima de Janela de Trombólise (270 minutos de início dos sintomas), realizar investigação laboratorial e de imagem disponíveis na unidade (ECG, Rx Tórax), Hemograma, Na, K, Ur, Cr, TP, TTPA, INR, Urina 1)



- Controle Glicêmico - Na fase aguda do AVCI, é recomendável o monitoramento frequente do nível glicêmico, inicialmente de hora em hora, procurando mantê-lo abaixo de 180 mg/dl, evitando também hipoglicemia.
- Manter a SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO >94% da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP);
- Observar cuidados de PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS. Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou disfunção bulbar que traga risco de broncoaspiração considerar intubação orotraqueal (IOT);
- Manter a TEMPERATURA CORPÓREA < 38°C com medicamentos antipiréticos como Dipirona ou Paracetamol;
- Corrigir Hipotensão e Hipovolemia para manter os níveis pressóricos de perfusão necessários para manutenção de função orgânica com solução salina isotônica;
- Na suspeita de AVC, realizar imediatamente inserção no CROSS afim de transferência à Referência Hospitalar para realização de exame tomográfico.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Titulo do Documento: MANEJO CLÍNICO DO AVC - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	Versão: 1	Página: 1 a 5

8. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Escala de Coma de Glasgow (3 a 15 pontos)	
Abertura ocular (1 a 4 pontos)	4 – Espontânea 3 – Aos chamados 2 – Aos estímulos dolorosos 1 – Não abre
Melhor resposta verbal (1 a 5 pontos)	5 – Orientado no discurso 4 – Elabora frases 3 – Articula palavras 2 – Apenas emite sons 1 – Não verbaliza
Melhor resposta motora (1 a 6 pontos)	6 – Obedece às ordens 5 – Localiza estímulo 4 – Flexão inespecífica 3 – Flexão patológica 2 – Extensão patológica 1 – Sem resposta motora

A ECG atualizada em 2018 varia de 1 a 15 pontos.

A pontuação da resposta pupilar subtraída do valor de Glasgow, sempre informando que foi realizada a avaliação pupilar bem como em que parâmetro houve a perda de pontos em ECG. (AO/RV/RM) – Pupila (informar qual a alteração se houver).

A escala de coma de Glasgow (ECG), estratifica em TCE leve (13-15 pontos), moderado (9- 12 pontos) e grave (3-8 pontos).

9. ESCALA DO AVC DO NIH

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO AVC - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	Versão: 1	Página: 1 a 5

Itens para avaliação	Escore
10 Disartria	
Fala normal	0
Disartria leve a moderada	1
Disartria grave, ininteligível ou mudo; intubado	2
11 Negligência	
Nenhuma anormalidade	0
Negligência visual, tátil ou auditiva	1
Negligência para mais de uma modalidade	2

Frases para avaliação dos itens 9 e 10 da Escala de AVCI do NIH	Palavras para avaliação dos itens 9 e 10 da Escala de AVCI do NIH
• Você sabe como fazer	• Mama
• De volta pra casa	• Tic tac
• Eu cheguei em casa do trabalho	• Paralelo
• Proximo da mesa, na sala de jantar	• Obrigado
• Eles ouviram Pelé falar no rádio	• Estrada de ferro
	• Jogador de futebol

Figura para avaliação dos itens 9 e 10 da Escala de AVCI do NIH



Afasia global ou mutismo

Figuras para avaliação do item 10 da Escala de AVCI do NIH



3

Almirante Tamandaré
PREFEITURA DA CIDADE

AHBB | REDE SANTA CASA

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA, Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: MANEJO CLÍNICO DO AVC - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	Versão: 1	Página: 1 a 5

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Regulação Medica – AVC com menos de 4,5 horas de evolução

QUADRO CLÍNICO

☐ Fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo
☐ Confusão, dificuldade pra falar ou entender de início súbito.
☐ Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos.
☐ Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito.
☐ Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente.
☐ Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC _____

Data início dos sintomas:	Hora do início dos sintomas:
Acordou com sintomas ☐SIM ☐NÃO	Ultima vez em que foi visto sem sintomas:
AVC Hiperagudo? ☐SIM ☐NÃO	

Regulação Médica Local

CINCINATTI

1) Dê um sorriso	2) Levante os Braços	3) Fale a frase: O Brasil é o país do futebol.
 ☐Normal ☐Alterado	 ☐Normal ☐Alterado	☐Normal ☐Alterado

Alertas de possível **exclusão** para **AVC HIPERAGUDO**:
☐Glicemia < 50 mg/dL ☐Crise convulsiva ☐Síndrome demencial ☐Previamente acamado

Contra-indicações possíveis para trombólise:
☐Trauma craniano importante recente ☐Cirurgia extensa recente
☐Hemorragia recente _____ ☐AVC hemorrágico prévio

Fatores de risco cerebrovascular conhecidos:
☐HAS ☐DM ☐Tabagismo ☐Dislipidemia ☐AVC/AIT prévio ☐Fibrilação atrial ☐IAM prévio

SINAIS VITAIS

PA _____ mmHg FC _____ FR _____ Sat. O2 _____ % HGT _____ Glasgow _____

CONDUTA

☐ Oximetria ☐ Oxigênio máscara se SaO_2 < 92% ☐ Ventilação ambu máscara ☐ Intubação
☐ Acesso venoso ☐ SF 0,9% ☐ Não reduzir PA ☐ Monitorização Cardíaca ☐ Cabeceira reta
☐Hora de início dos sintomas ☐ Outro

REMOÇÃO

☐ Hospital1 ☐ Hospital2 ☐ Hospital3 ☐ Outro_____
☐ Contato no destino _____ ☐ Hora da chegada no destino _____

Assinatura	Data

Fonte: Adaptado Samu Porto Alegre.

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

1. APRESENTAÇÃO

Implementação de protocolo de atendimento e de dispositivos para regulação do fluxo interno nos componentes de APH fixo de assistência 24 horas (UPA) para organização do processo de trabalho:

NÍVEIS ZERO E 1:

a) Protocolo de atendimento

Para manejo clínico do paciente com suspeita de Dengue será sistematicamente utilizado o documento de "Classificação de Risco e Manejo do Paciente", adaptado do protocolo assistencial do Ministério da Saúde pelo município, e para o paciente com suspeita de Chikungunya o "Protocolo de Manejo Clínico de Chikungunya no Estado de São Paulo".
Quanto a classificação de risco, habitualmente, os pacientes são classificados segundo a classificação de risco geral vigente no município, através das cores AZUL, VERDE, AMARELA e VERMELHA. Porém, para a classificação de risco de pacientes com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya será adotada a seguinte medida de precaução:

- Pacientes com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya serão classificados nas cores AMARELA e VERMELHA para priorização de atendimento, e NÃO nas cores AZUL e VERDE.

- Justificativas:

- A Dengue é uma doença dinâmica, condição que implica em agravamento e requer atenção e vigilância constante.
- A Chikungunya é uma doença em que a maioria da população residente está susceptível e que pode levar a cronicidade em até 60% dos casos cursando com a persistência de artralgia por longa data.
- No município de Ribeirão Preto a Dengue deve ser considerada um diagnóstico

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

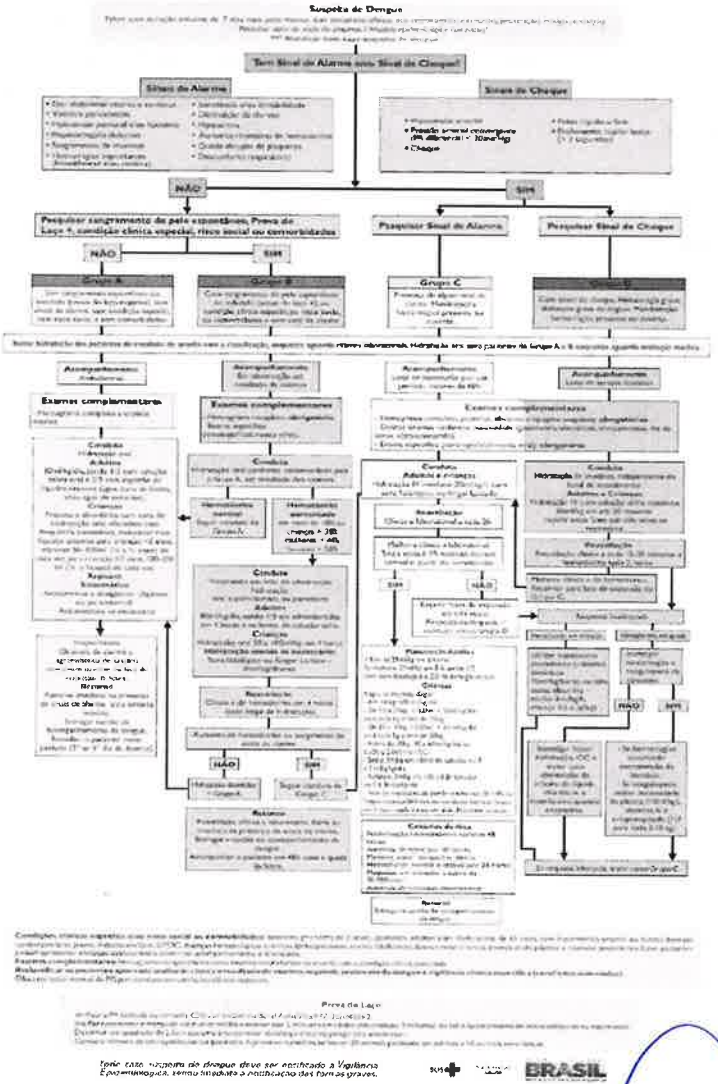
diferencial quando houver suspeita clínica para as outras arboviroses, visto que, a doença já possui uma transmissão estabelecida. Assim, os casos suspeitos de Chikungunya SEMPRE serão suspeitos de Dengue, e precisam ser notificados para as duas doenças. Entretanto, nem todos os casos suspeitos de Dengue serão suspeitos de Chikungunya (avaliar se o caso preenche definição de suspeito). Visto isso, neste anexo os casos serão tratados como suspeitos de Dengue ou Dengue e Chikungunya.

- Otimizar o tempo de resposta do atendimento para evitar o agravamento das doenças e a ocorrência de óbitos.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA, Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

DENGUE

Classificação de Risco e Manejo do Paciente



AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Grupos de risco

Crianças menores de 2 anos.
Idosos acima de 65 anos.
Gestantes.
Indivíduos com doenças crônicas, como diabetes e insuficiência crônica de órgãos (distúrbios cardiovasculares, renais, neurológicos ou respiratórios)
Neonatos.

Sinais de gravidade e critérios de internação

Manifestações neurológicas (inclusive letargia e irritabilidade em crianças pequenas e idosos).
Dispneia.
Dor torácica.
Evidência de sangramento.
Dor abdominal intensa.
Vômitos persistentes.
Evidência de hipoperfusão: cianose, sede excessiva, extremidades frias, enchimento capilar lento, redução do débito urinário, instabilidade hemodinâmica, tontura ou lipotimia, hipotensão postural
Dor articular refratária.
Descompensação de doenças de base.
Neonatos.

Pacientes fora do grupo de risco, Sem sinais de gravidade, **Sem critérios para internação.**	Pacientes do grupo de risco, Sem sinais de gravidade, Sem critérios para internação.	Pacientes com sinais de gravidade ou com critérios para internação.
Seguimento ambulatorial (UBS). **Afastamento** atividades. **Orientações de retorno imediato se febre persistente por mais de 3 dias, dor intensa que não melhora com o uso de dipirona ou paracetamol ou surgimento de sinais de gravidade.** Orientar risco de cronificação.	Seguimento ambulatorial com reavaliação diária (UBS ou pronto-atendimento). Afastamento atividades. Orientações de retorno imediato se febre persistente por mais de 5 dias, dor intensa que não melhora com o uso de dipirona ou paracetamol ou surgimento de sinais de gravidade. Orientar risco de cronificação.	Atendimento por serviço de urgência e emergência internação em leito hospitalar com complexidade de acordo com gravidade. Sempre solicitar exames específicos.

Fonte: adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico. (2017)

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

b) Regulação do fluxo interno

Utilizando-se do protocolo de atendimento do Ministério da Saúde e dos dispositivos propostos como norteadores da organização da rede de urgência e emergência para assistência ao paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya, propõe-se a padronização para regulação do fluxo interno nas UPA para os níveis zero e 1 de resposta.

Descrição:

- Portas de Entrada:

As UPA dispõem atualmente de duas portas de entrada: Área de Pronto Atendimento (Recepção) e Área de Emergência.

- Área de Emergência:

Adentram diretamente a Área de Emergência pacientes trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e seus correlatos e pacientes trazidos por meios próprios, porém com gravidade emergencial presumida. Paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya trazido pelo SAMU e seus correlatos ou por meios próprios com gravidade presumida, será acolhido inicialmente por equipe da Área de Emergência e atendido de acordo com o fluxograma municipal vigente.

- Área de Pronto Atendimento:

Paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya que procurar a UPA por demanda espontânea será acolhido na Recepção onde o agente administrativo fará o registro do seu atendimento através da abertura de ficha de atendimento. Após, o paciente aguardará ser chamado pela equipe de enfermagem na Sala de Espera e então ser conduzido a Sala de Classificação de Risco.

- Conduta Interna:

Para definir a prioridade do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada (e não segundo a ordem de chegada), humanizar e organizar a assistência, e garantir um atendimento rápido e efetivo de todos os usuários que

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

procurarem o serviço, a equipe de enfermagem procederá a classificação de risco utilizando-se de protocolo municipal vigente.

Uma vez chamado pela equipe de enfermagem, o paciente será conduzido para Sala de Classificação de Risco.

- Sala de Classificação de Risco:

Na avaliação do paciente para classificação de risco serão coletadas na ficha de atendimento as seguintes informações:

- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Estado físico do paciente
- Escala de dor e de Glasgow
- Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2, glicemia (dextro), frequência cardíaca, frequência respiratória.

Uma vez identificados os sinais e sintomas de febre, náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, sangramentos e sinais de alarme, compatíveis com a suspeita de Dengue e artralgia intensa com a suspeita de Chikungunya, a equipe de enfermagem na Sala de Classificação de Risco:

- Preencherá o "Instrumento de Registro do Acolhimento para Paciente com Suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya";
- Documentará o peso do paciente;
- Procederá a classificação do paciente com suspeita de Dengue em GRUPO A/B, GRUPO C e GRUPO D;
- Iniciará hidratação oral imediata para os casos pertinentes.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

Para proceder à classificação do paciente com suspeita de Dengue a equipe de enfermagem utilizará o documento de "Classificação de Risco e Manejo do Paciente", adaptado do protocolo assistencial do Ministério da Saúde pelo município, porém:

- Adotará APENAS as LETRAS correspondentes aos GRUPOS de CLASSIFICAÇÃO (A, B, C, D) e NÃO utilizará as CORES propostas como referência para tempo de espera.
- Classificará, em primeiro momento, os GRUPOS A e B como GRUPO A/B, uma vez que nos níveis zero e 1 a Prova do Laço, item necessário a plena distinção entre os GRUPOS citados, não será realizada na Sala de Classificação de Risco, e sim posteriormente à corroboração da suspeita por parte do médico atendente.

Pacientes com suspeita de Dengue classificados como GRUPO A/B e GRUPO C serão considerados, segundo a classificação de risco geral vigente no município, como cor AMARELA, ou seja, pacientes que necessitam de atendimento médico o mais rápido possível, porém não correm risco imediato de vida.

Após a classificação do grupo na ficha de atendimento, os pacientes pertencentes ao GRUPO A/B serão encaminhados para Sala de Espera própria para casos classificados na cor AMARELA e aguardarão consulta pelo médico responsável.

Após a classificação do grupo na ficha de atendimento, os pacientes pertencentes ao GRUPO C, serão encaminhados para Sala de Observação (Sala Amarela), prontamente atendidos pelo médico responsável.

Pacientes com suspeita de Dengue classificados como GRUPO D serão considerados, segundo a classificação de risco geral vigente no município como cor VERMELHA, ou seja, pacientes que necessitam de atendimento médico imediato. Serão encaminhados prontamente à Sala de Emergência da unidade (Sala Vermelha) e atendidos em tempo zero pelo médico responsável.

- Consultório Médico:

Após recepcionar um paciente com sinais e sintomas de Dengue ou Dengue e Chikungunya indicados no "Instrumento de Acolhimento para Paciente com Suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya no Pronto Atendimento", o médico responsável:

AHBB REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

- Realizará o atendimento e corroborará a hipótese realizada.
- Documentará na ficha de atendimento médico, no primeiro item de sua conduta "PROTOCOLO DE DENGUE" OU "PROTOCOLO DENGUE E CHIKUNUGNYA".
- Após execução do "PROTOCOLO DE DENGUE" OU "PROTOCOLO DENGUE E
- CHIKUNUGNYA", o médico responsável reclassificará o GRUPO do paciente através de letras (A, B, C, D). Neste momento, após execução da Prova do Laço, será possível diferenciar, com propriedade o GRUPO A/B em GRUPO A e GRUPO B.
- Seguirá rigorosamente o protocolo de atendimento para manejo clínico dos pacientes com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya.

Esta medida visa disparar a realização de procedimento protocolar pela equipe de enfermagem, a saber:

- Prova do laço;
- Micro-hematócrito;
- Preenchimento do cartão de acompanhamento Dengue ou Arboviroses;
- Aferição da pressão em duas posições;
- Notificação da(s) suspeita(s);
- Solicitação de Antígeno NS1 (até o 5º de IS) ou sorologia para Dengue pelo IAL(a partir do 6º dia de IS);
- Solicitação de exame para Chikungunya pelo IAL (qualquer momento do IS dos sintomas);
- Sala de Coleta de Exames laboratoriais:

Nos níveis zero e 1 de resposta, o médico responsável solicitará durante a consulta os exames pertinentes ao caso, conforme protocolo de atendimento, salvo a solicitação do antígeno NS1 e/ou sorologia para Dengue e Chikunugnya.

Orienta-se a solicitação mínima obrigatória de Hemograma Completo para TODOS os pacientes com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya.

Os exames serão coletados pela equipe de enfermagem em sala própria e encaminhados para análise através de transporte adequado. Aguardar-se o tempo de resposta máximo de quatro (04)

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

horas para os resultados. Os mesmos serão verificados através do Sistema HYGIA e analisados pelo médico assistente.

- Retorno / Encaminhamento:

Após hidratação e sintomáticos prescritos, o paciente retornará ao consultório para reavaliação do estado geral e grau de hidratação, verificação do resultado de exames, prescrição de medicações para domicílio, repouso, orientações sobre sinais de alarme, sangramentos e choque, confecção de atestado médico e necessidade de novo retorno.

Pacientes pertencentes ao GRUPO A, sob critério médico, poderão aguardar ou não os resultados de exames na unidade de pronto atendimento. Porém, se dispensados, o paciente será orientado a retornar na unidade de pronto atendimento para reavaliação e verificação de resultado de exames (UPA) ou, será encaminhado através de Guia de Contra referência para UBS/USF mais próxima de seu domicílio para seguimento.

Pacientes pertencentes ao GRUPO B, deverão OBRIGATORIAMENTE permanecer na unidade de pronto atendimento até chegada de TODOS os exames solicitados. Serão orientados a retornar na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para reavaliação clínica e laboratorial diária ou imediata na presença de sinais de alarme; serão acompanhados conforme preconizado pelo protocolo de atendimento.

Os pacientes com suspeita de Chikungunya deverão ser orientados quanto a retirada de anéis, pulseiras e quaisquer outros dispositivos que possam atuar como torniquete em caso de edema, e repouso para não cronificar as articulações inflamadas.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Gestão da Qualidade	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

GUIA DE CONTRARREFERÊNCIA PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

ORIGEM

UPA: _____

PARA

UBS/USF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Hygia: _____

Data de Nasc.: __/__/____ Idade: _____ Sexo: ( )F ( )M C.N.S.: _____

Endereço: _____ Município: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Responsável: _____

Servimo-nos da presente guia para encaminhar o (a) paciente supracitado (a) sob **SUSPEITA DE DENGUE** pertencente ao **GRUPO A** para reavaliação clínica, verificação de resultado de exames, conduta e seguimento.

No momento:

✓ Não apresenta sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos;

✓ Não apresenta sinais de alarme;

✓ A prova do laço foi negativa e não apresenta manifestações hemorrágicas espontâneas;

ATENDIMENTO

Data do início dos sintomas: __/__/____ Dia de sintomas: _____°

Febre: ( ) Sim ( ) Não Se não, número de dias sem febre: _____

Sintomas: ( ) Cefaléia ( ) Dor Retro-orbitária ( ) Mialgia ( ) Artragia

( ) Prostração ( ) Exantema ( ) Outro(s) _____

Pressão Arterial (saída): _____mmHg (sentado) _____mmHg (em pé)

Exames realizados: ( ) Hemograma ( ) NS1 ( ) Outro(s) _____

Conduta terapêutica:

_____

_____

Orientações para Seguimento:

_____

_____

_____

NOME: CRM: DATA: __/__/____

AHBB REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

- Notificações:

Todo o paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya será notificado com números de SINAN diferentes. A equipe de enfermagem será responsável pelo preenchimento e comunicação adequados à Vigilância Epidemiológica.

- Antígeno NS1 / Sorologias:

Serão disponibilizadas a pesquisa do antigeno NS1 e a sorologia para Dengue e Chikungunya conforme preconizado pelo Departamento de Vigilância em Saúde para o período vigente. A equipe de enfermagem será responsável pela coleta e orientações ao paciente quanto a disponibilidade dos resultados dos exames solicitados.

- Impressos:

Será disponibilizado o cartão de acompanhamento Dengue e demais impressos necessários ao atendimento do paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya pela Secretaria Municipal de Saúde em quantidade suficiente, conforme demanda.

- Materiais de consumo e permanentes:

Serão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde através de programação junto ao almoxarifado a ser estabelecida e conforme demanda.

- Equipe com quantitativo suficiente:

Prioridade de reforço de equipe de enfermagem de acordo com a demanda e sob sinalização da gerência de cada unidade de pronto atendimento.

- Incorporação de unidades de referência para casos graves através da utilização da central de regulação

Ao identificar casos suspeitos de Dengue com algum sinal de alarme, com ou sem manifestações hemorrágicas presentes (GRUPO C), o paciente deverá ser internado em leito de internação por no mínimo 48 horas para acompanhamento; o médico assistente responsável procederá a solicitação de internação através do sistema SIRESP (Sistema

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

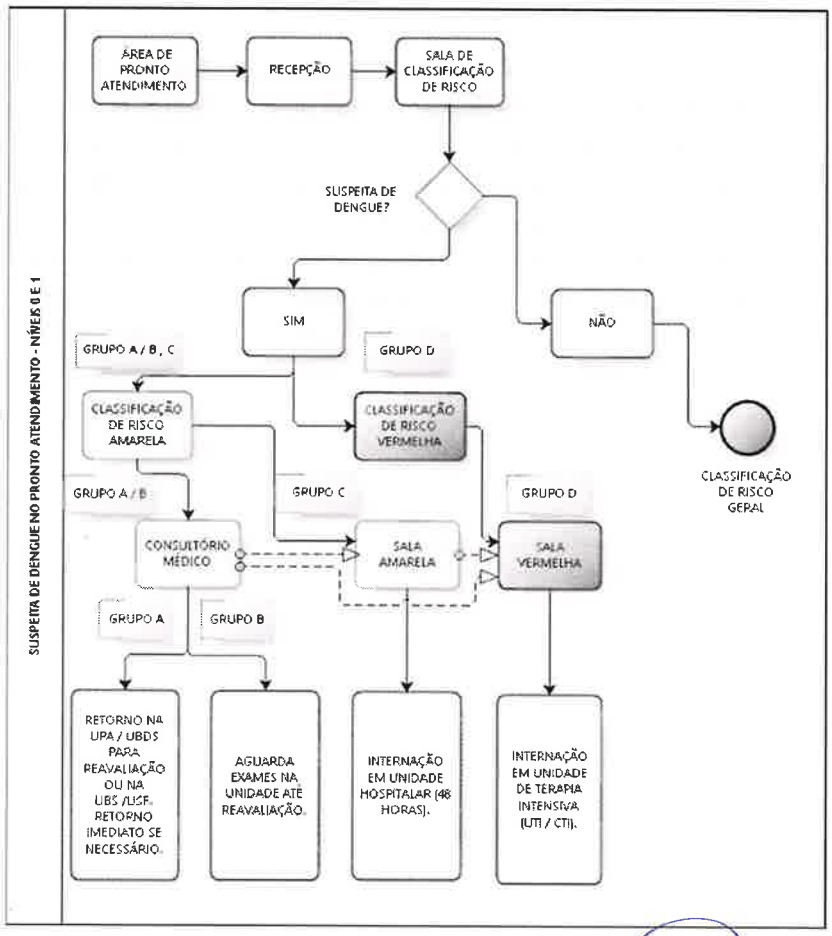
Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo) e a solicitação de transporte para remoção através do sistema TRUE SAPH.

Ao identificar casos suspeitos de Dengue com sinais de choque, desconforto respiratório, hemorragia grave, disfunção grave de órgãos, com ou sem manifestações hemorrágicas presentes (GRUPO D), o paciente deverá ser internado em leito de terapia intensiva; o médico assistente responsável procederá a solicitação de internação através do sistema SIRESP e a solicitação de transporte para remoção através do sistema TRUE SAPH. Através da Central de Regulação, o médico regulador providenciará a unidade de referência adequada e disponibilizará a unidade de suporte avançado.

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE NO PRONTO ATENDIMENTO:

Níveis Zero e 1



AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

NÍVEIS 2 E 3:

a) Protocolo de atendimento

Utilização sistemática dos documentos de "Classificação de Risco e Manejo do Paciente", adaptado do protocolo assistencial do Ministério da Saúde pelo município e o "Protocolo de Manejo Clínico de Chikungunya no Estado de São Paulo", para manejo do paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya, conforme descrito para os níveis zero e 1 de resposta.

b) Regulação do fluxo interno

Utilizando-se dos documentos já mencionados anteriormente e disponibilizados no site da secretaria municipal de saúde e dos dispositivos propostos como norteadores da organização da rede de urgência e emergência para assistência ao paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya, propõe-se a padronização para regulação do fluxo interno nas UPA para os níveis 2 e 3 de resposta.

Descrição:

Uma vez sinalizada a instalação de resposta pelo Departamento de Vigilância em Saúde haverá necessidade de avaliação do espaço físico nos APH fixos de assistência 24 horas, a depender da situação epidemiológica, juntamente com a avaliação dos indicadores como positividade dos exames, entrada de suspeitos diaria e semanalmente, gravidades dos casos, número de óbitos e a velocidade da epidemia.

- Recursos humanos: por turno
- Um (01) profissional médico de referência;
- Um (01) profissional enfermeiro exclusivo;
- Três (03) técnicos de enfermagem exclusivos.

- Área física:

Readequação de espaço dentro da própria unidade de pronto atendimento (UPA).

- Porta de entrada:

Utilização da mesma porta de entrada de casos regulares, porém com abordagem diferenciada.

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

- Recepção:

Utilização da mesma recepção para casos regulares, porém com abordagem diferenciada.

- Classificação de Risco:

Utilização da mesma Sala de Classificação de Risco, porém com abordagem diferenciada, utilizando o " Instrumento de Registro para Paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya no Pronto Atendimento" , com a realização das atribuições da equipe de enfermagem a seguir.

Atribuições da equipe de enfermagem:

- Realização da prova do laço;
- Realização do micro-hematócrito;

Atenção: Comunicar imediatamente a equipe médica se hematócrito aumentado em mais de 10% ou:

- Homem com Htc >50%
- Mulher com Htc > 44%
- Criança com Htc > 38%*

* Consultar o Manual do Ministério da Saúde em condições clínicas especiais.

- Hidratação oral imediata dos casos pertinentes;
- Notificação da suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya;
- Confecção do cartão de acompanhamento Arboviroses (dengue, chikungunya, zika) com o número do SINAN;
- Pedido do Antígeno NS1 até o 5º dia do início dos sintomas para as suspeitas de Dengue ou Dengue e Chikungunya;
- Pedido de sorologia para as demais suspeitas de Dengue a ser colhido a partir do 6º dia de início dos sintomas ou se o Antigeno NS1 for negativo;
- Pedido de exame pelo IAL para suspeitas de Chikungunya colhido a qualquer momento do início dos sintomas;
- Solicitação de Hemograma;

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

- Classificação de Risco para paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya, conforme a organização do fluxo de atendimento estabelecido;
- Encaminhamento do paciente para o médico.
- Atribuições do profissional médico:
- Suporte à equipe de enfermagem da Sala de Hidratação;
- Classificação/Reclassificação de Risco para o paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya, conforme critério clínico;
- Solicitação dos exames laboratoriais previstos no "Protocolo de Solicitação de Exames para Casos Suspeitos de Dengue na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2022" e "Protocolo de Solicitação de Exames para Casos Suspeitos de Febre do Chikungunya na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2022", conforme a organização do fluxo de atendimento estabelecido;
- Assistência médica propriamente dita;
- Avaliação / Reavaliação do paciente com suspeita de Dengue e prescrição de hidratação parenteral, conforme critério clínico;
- Encaminhamento do paciente com suspeita de Dengue para Sala Amarela (GRUPO C) ou para Sala Vermelha (GRUPO D) e comunicação ao profissional médico responsável pela Área de Emergência, para seguimento e internação hospitalar.

ATENÇÃO!

Todos os profissionais das unidades de saúde deverão comprometer-se para o suporte do paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya e colaborar ativamente com a organização do fluxo de atendimento estabelecido.

AHBB | REDE SANTA CASA *OSS AHBB / REDE SANTA CASA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil*	**Gestão da Qualidade**	
Unidade **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

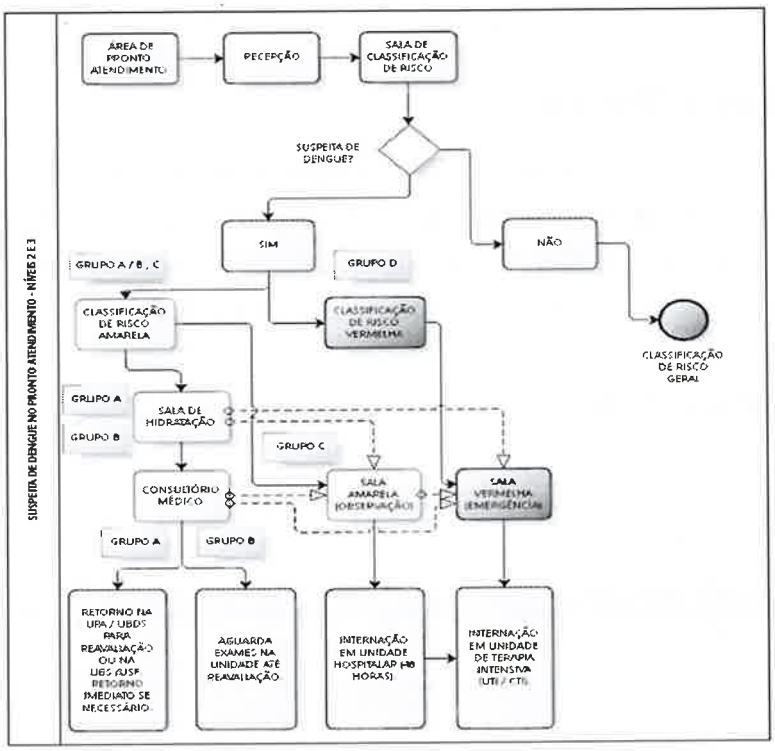
- Classificação de Risco para paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya, conforme a organização do fluxo de atendimento estabelecido;
- Encaminhamento do paciente para o médico.
- Atribuições do profissional médico:
- Suporte à equipe de enfermagem da Sala de Hidratação;
- Classificação/Reclassificação de Risco para o paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya, conforme critério clínico;
- Solicitação dos exames laboratoriais previstos no "Protocolo de Solicitação de Exames para Casos Suspeitos de Dengue na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2022" e "Protocolo de Solicitação de Exames para Casos Suspeitos de Febre do Chikungunya na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2022", conforme a organização do fluxo de atendimento estabelecido;
- Assistência médica propriamente dita;
- Avaliação / Reavaliação do paciente com suspeita de Dengue e prescrição de hidratação parenteral, conforme critério clínico;
- Encaminhamento do paciente com suspeita de Dengue para Sala Amarela (GRUPO C) ou para Sala Vermelha (GRUPO D) e comunicação ao profissional médico responsável pela Área de Emergência, para seguimento e internação hospitalar.

ATENÇÃO!

Todos os profissionais das unidades de saúde deverão comprometer-se para o suporte do paciente com suspeita de Dengue ou Dengue e Chikungunya e colaborar ativamente com a organização do fluxo de atendimento estabelecido.

AHBB | REDE SANTA CASA — OSS AHBB / REDE SANTA CASA — Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	**Gestão da Qualidade**	
Unidade: **UPA 24 HORAS – UNIDADE GARÇA**	Número: 001	
Tipo de Documento: PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Data da Emissão: 08/06/2022	Data da Revisão: 08/06/2022
Título do Documento: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Versão: 1	Página: 1 a 5

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE NO PRONTO ATENDIMENTO: Níveis 2 e 3



41.4.1 Campanhas educativas e sociais

A informação para o grande público é sempre um desafio para a saúde pública. Por isso, desenvolvemos campanhas educativas diferenciadas na área da saúde, visando orientar e divulgar informações para a promoção da saúde e preservação do meio ambiente. Essa iniciativa está alinhada à nossa política de comunicação institucional e a responsabilidade social.

As campanhas são de interesse social e são desenvolvidas em uma linguagem acessível e ética. As campanhas ganham destaque em toda mídia, promovendo temas importantes sendo reconhecidas como de utilidade em saúde pública. Serão selecionados temas alinhados ao perfil da unidade de saúde, utilizando o capital humano próprio e voluntário para orientações e sensibilização da sociedade.

Propostas para Serviços Oferecidos

Desenvolver ações que apoiem a organização e orquestramento da saúde pública em **Almirante Tamandaré e 18° Regional de Saúde**, o que exige uma nova lógica gerencial e de gestão do cuidado dos usuários e dos profissionais envolvidos no processo de trabalho e utiliza-se de uma estratégia nacional prioritária de acordo com os preconceitos dos Sistema Único de Saúde.

Diretrizes de Atendimento

Possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizados, e em consonância com o princípio da equidade.

Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe a coordenação do cuidado na rede de serviços.

Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantido a continuidade das ações de saúde e a longitudinal idade do cuidado.

Valorizar os profissionais de acompanhamentos sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação

Estimular o acesso a Atenção à Saúde da Família da população de uma determinada área de abrangência, assim consideradas as ações e os serviços planejados e adequados às suas necessidades espontâneas e singulares dentro da Rede de Atendimento, buscando o atendimento integral das pessoas.

A **AHBB|Rede Santa Casa**, realizará, durante a implantação, todo aporte necessário para o pleno funcionamento da unidade, sem interrupção do atendimento, implantando as metodologias de melhor gestão sob a luz da administração direta. O processo de implantação se dará de forma organizada e direcionada, com aproveitamento da mão de obra e inclusão de novos indicadores e metas.

A organização e o processo de trabalho da Unidade de saúde contemplarão e estarão orientadas pelas diretrizes técnicas assistenciais e programáticas priorizadas no planejamento da **SMS/Almirante Tamandaré**, conforme modalidade de atenção e estrutura da rede, assim como pela necessidade loco regionais.

A unidade e serviços gerenciados pela **AHBB|Rede Santa Casa** integrarão as redes de cuidado e os sistemas de regulação municipal. As ações, serviços e procedimentos a serem desenvolvidos estão contidos na Relação Nacional de Saúde (RENASES) conforme Portaria de Consolidação nº 01 de 28 de setembro de 2017, Título II, Capítulos II – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

Para a execução do presente plano de trabalho, nosso compromisso será com a manutenção de todas as informações pertinentes ao atendimento, por meio de envio de relatórios analíticos e de gestão para o acompanhamento dos serviços executados, e acompanhamento da implantação dos processos de melhoria, adoção de protocolos assistenciais e de serviços de apoio dentro da perspectiva da desinstitucionalização sob os preceitos da ética, humanização e integralidade, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida do nosso público alvo, com vistas a promoção e prevenção da saúde em seus diversos aspectos, conforme preconizado na legislação vigente, bem como na Portaria MS 10 de 3 de janeiro de 2017 para a Unidade de Pronto Atendimento e a Portaria MS 130, de 26 de janeiro de 2012 para as unidades CAPS.

Considerando a Rede de Atenção à Saúde, instituída como diretriz balizadora das ações e serviços em saúde no Sistema Único de Saúde, apresentamos no presente plano de trabalho, propostas assistenciais em seus escopos que atendam a essência do cuidado nesta proposta. Os

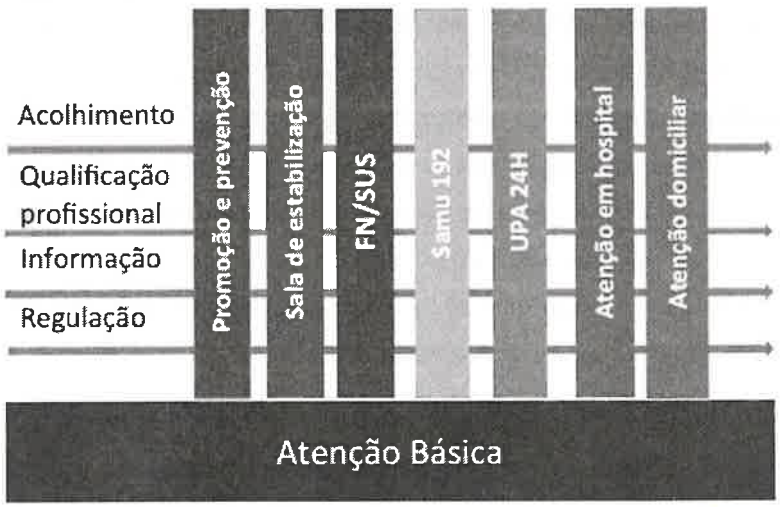
princípios e diretrizes do SUS, constituem -se como base para o funcionamento e organização do sistema, e estão presentes no delineamento da proposta.

Dentro da proposta alinhada com o conceito de RAS, propõem-se as ações como arranjos organizativos, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Esta lógica, tem como proposta lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada.

As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER e TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária. Devem ter foco na população, de forma integral, por meio de serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde. Neste contexto, a RUE apresenta-se:

1.1. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE): Tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A Rede está organizada em dois componentes: o pré-hospitalar (móvel e fixo) e o hospitalar. As diretrizes da RUE estão definidas na Portaria GM/MS no 1.600/2011.

Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: SAS/MS, 2011.

1.1.1. **UPA 24 horas** – Trata se do componente fixo da RUE, e se torna um instrumento estrutural de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população. A Portaria MS/GM nº 1.171, de 5 de junho de 2012, dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Em conformidade com o Manual da RUE, A UPA 24h habilitada será considerada qualificada quando atender aos requisitos constantes na Portaria nº 2.821, de 28 de novembro de 2011, observando os arts. 16 e 17, como descritos a seguir:

a. Inserção da unidade nas centrais de regulação que garanta o atendimento de urgência, além da retaguarda de leitos, de consultas especializadas, de cirurgias, procedimentos;
b. Comprovação da cobertura do Samu 192 mediante portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU);
c. Comprovação de desenvolvimento de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
d. Comprovação da cobertura da atenção básica em saúde do município-sede da UPA 24h, subscrita pelo gestor municipal;
e. Padronização visual da unidade;
f. Cumprimento dos compromissos assumidos com relação ao componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências;
g. Implementação da classificação de risco com horizontalização da gestão do cuidado;

h. Efetivo funcionamento da grade de referência e contrarreferência instituída nas centrais de regulação;
i. Estabelecimento e implantação de protocolos de atendimento clínico, classificação de risco e procedimentos administrativos.

Com a finalidade de explanação da aplicação destes direcionamentos, considera-se importante planificar a organização da assistência proposta, conforme o apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Organização da assistência.

UPA 24 HORAS	Considera-se aplicar as diretrizes para manutenção da UPA 24 horas em efetivo funcionamento, conforme a Portaria MS N°10/2017, desempenhando as seguintes atividades: • acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h; II - Articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde; III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento; IV - Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

	V - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade; VI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h; VII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e VIII - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. Parágrafo único. O apoio diagnóstico da UPA 24h poderá ser realizado em outro estabelecimento de saúde, desde que seja justificado pelo gestor, considerando a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade.

42. UPA 24 HORAS

Acolhimento com Classificação De Risco

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade. O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não é um local, um espaço ou profissional específico para fazê-lo, mas uma postura ética, não pressupõe hora, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Desse modo, é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão, que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Esta diretriz

traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. Diante disto, é necessária a qualificação de toda a equipe ligada ao acolhimento ao usuário (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança etc). É importante salientar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento; porém, nas "portas de entrada" dos serviços de saúde, podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde, visando promover o primeiro contato com o usuário. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, quem acolhe toma para si a responsabilidade de "abrigar e abraçar" outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. A classificação de risco como ferramenta da diretriz de acolhimento é um procedimento técnico privativo do enfermeiro, conforme resolução COFEN 423/2012, sendo um instrumento de tomada de decisão baseada em protocolo, aliada à capacidade de julgamento crítico e experiências do enfermeiro. Tem como objetivo organizar o fluxo e garantir o acesso adequado aos pacientes, que procuram atendimento de urgência ou emergência.

Objetivos do ACCR

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora;
- Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades;
- Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade;
- Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM, entre outros);
- Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde);
- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido;
- Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

Com isso, utiliza mecanismos para consolidar, sistematizar e padronizar os processos de trabalho, tendo como proposta os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas de Urgência e Emergência – Adulto e Pediátrico.

FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTOS

O protocolo de ACCR adulto abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária maior de 18 anos. O protocolo de ACCR pediátrico abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária menor de 18 anos, conforme orientações abaixo:

Segundo a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, art. 2º considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, devendo ser atendido pelo pediatra. Nas unidades que não tem médico pediatra, os adolescentes deverão ser atendidos pelos profissionais de clínica médica.

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE ACCR

Segundo institucionalizado pela SES, o ACCR deverá ser realizado somente pela equipe de enfermagem: técnico e enfermeiro, conforme suas atribuições específicas neste protocolo. Demais profissões da equipe de saúde e administrativos irão colaborar para que o processo do ACCR se realize e deverão ter uma postura acolhedora e corresponsável frente aos casos que buscam atendimento ou informações.

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida, aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida.

A) Enfermeiro:

· Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;

· Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 423/2012;

· Realizar a Classificação de Risco, segundo o protocolo institucional e baseado no Protocolo de Manchester / MS;

· Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;

· Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;

· Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;

· Esclarecer e orientar ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;

· Ficará responsável em acionar equipe multiprofissional para atendimento às vítimas de violência;

· Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS para sala do serviço social.

B) Técnicos de Enfermagem:

· Realizar o acolhimento;

· Registrar os dados do usuário no sistema;

· Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a Classificação de Risco;

· Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);

· Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;

· Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;

· Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

C) Recepcionistas:

· Realizar o registro de informações do usuário no sistema;

· Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;

· Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;

· Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social, caso não tenha sido realizado pelo Acolhimento.

D) Controlador de Acesso:

· Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;

· Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;

· Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;

· Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

Obs: Fica proibido o primeiro contato do usuário ser realizado pelo Controlador de acesso.

E) Assistente Social:

· Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQI+;

· Referenciar população de rua para rede de proteção social (abrigos no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);

· Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; idosos e deficientes sem referência familiar;

· Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera ou através das ligações em casos específicos);

· Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;

· Fornecer apoio matricial a equipe do NAF (em Hospitais), nos casos de notícias difíceis;

· Encaminhar o familiar ou visitante que compareça ao NAF (no caso de hospitais) para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na emergência.;

· Participar do atendimento multiprofissional a pacientes vítimas de violência em qualquer equipamento de saúde.

F) Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras):

· Realizar o atendimento conforme a priorização das cores da classificação de risco - protocolo institucional;

· Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas e sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;

· Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e encaminhá-los à rede de atenção básica, para o início do acompanhamento;

· Realizar o redirecionamento do paciente classificado como azul, por escrito (modelo de documento em anexo), para o acolhimento da Unidade Básica de Saúde de Referência; · Comunicar Notícias Difíceis de forma acolhedora;

OBS: Nos hospitais de emergência realizar o redirecionamento do paciente ADULTO classificado como VERDE, por escrito para as UPAS 24 horas.

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADE DE RISCO

Risco (URGÊNCIA): define prioridade para o atendimento no consultório da Classificação de Risco segundo critérios clínicos.

Prioridade: informa que há na espera usuários que apresentam vulnerabilidades, porém NÃO apresentam risco de agravamento ou de morte (gestante, idosos, portadores de necessidades especiais, presos sob custódia, vítimas de violência, pacientes psiquiátricos em surto, militar em serviço e pacientes que apresentam sintomas de SRAG, pessoas com Hemoglobinopatias, casos suspeitos e ou confirmados de COVID-19).

Avaliação inicial

Realizar uma análise sucinta e sistematizada para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes itens:

Complicações das vias aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

Grave esforço respiratório: Quando o paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória. Ausência de pulso central entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR). Hemorragia exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.

Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo e estabelecer prioridades no atendimento de pacientes que procuram as portas de entrada do SUS, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os pacientes em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza. Além de melhorar o atendimento é um direito de todo cidadão.

Ainda sobre a Classificação de Risco podemos definir os seguintes níveis para organização do atendimento:

VERMELHO: emergência. Risco iminente de morte ou com sinais iminentes de risco de deterioração do quadro clínico. Necessitam de atendimento imediato. Deverão ser acompanhados imediatamente para o atendimento médico na sala vermelha.

LARANJA: muito urgente. Potencial risco de morte. Necessitam de atendimento em até 10 minutos. Deverão ser priorizados para a sala de Classificação de Risco e em seguida, acompanhados para o atendimento na sala vermelha. Nas UPAS obrigatoriamente deverão ser atendidos na sala amarela. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 5 minutos.

AMARELO: urgente. Potencial risco de agravamento, requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte. Necessitam de atendimento em até 60 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento prioritário em consultório médico. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 30 minutos.

VERDE: pouco urgente. Não apresenta risco iminente de morte ou risco potencial de agravamento. Necessitam de atendimento médico em até 120 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento médico em consultório. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 60 minutos. ·

AZUL: não urgente. São casos de baixa complexidade, portanto não justifica atendimento médico no mesmo dia. Necessitam de atendimento ambulatorial, conforme pactuado previamente com a atenção básica.

1ª ETAPA: Ao chegar à unidade, o usuário e seu acompanhante devem ser imediatamente recebidos por um profissional de enfermagem no Acolhimento. Podem chegar de forma espontânea, trazido por ambulância ou referenciado de outros serviços de atenção à saúde. Os casos com risco iminente ou potencial iminente de morte deverão ser acompanhados até a sala vermelha, demais usuários deverão seguir o fluxo de atendimento. Após informar, o motivo pelo qual procurou a unidade

(situação/ queixa), o usuário deve ser registrado no sistema informatizado. Todos os usuários devem ser informados da dinâmica do atendimento da unidade. Sinalizar no sistema informatizado e ao enfermeiro da classificação – RISCO OU PRIORIDADE. (Lembrando que o fluxo de atendimento RISCO se sobrepõe ao da PRIORIDADE).

2ª ETAPA: O usuário irá para o Registro/Recepção complementar seus dados cadastrais e posteriormente para sala da Classificação de Risco, por ordem de chegada ou priorizados, conforme critérios de risco e vulnerabilidades.

3ª ETAPA: O enfermeiro da classificação de risco deverá classificar o risco do usuário no sistema informatizado, comunicá-lo a cor da classificação de risco e orientá-lo acerca da dinâmica do atendimento na unidade.

4ª ETAPA: - O usuário classificado na cor vermelha deverá ser acompanhado até a sala vermelha. - Classificado na cor laranja deverá ser priorizado e acompanhado para o atendimento na sala amarela

- Classificado na cor amarela deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico com prioridade;

- Classificado na cor verde/ cor azul deverá ser orientada sobre a dinâmica de atendimentos e direcionados para os consultórios médicos.

5ª ETAPA: Os médicos deverão obrigatoriamente atender os usuários seguindo a ordem prioritária da cor de classificação de risco, conforme preconizado neste protocolo, respeitando os tempos de atendimento.

Observações importantes

· Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;

· O protocolo constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;

· O protocolo constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;

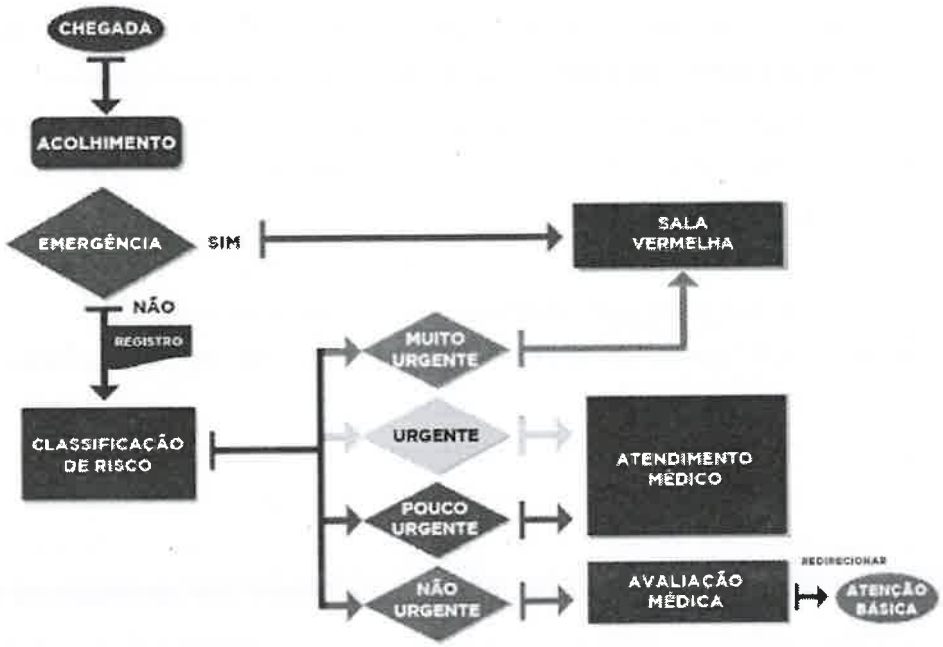
· O protocolo não se constitui como instrumento de diagnóstico médico;

· O protocolo é baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos, para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;

· O protocolo determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;

· Devem ser considerados a subjetividade dos pacientes e seus familiares.

Fluxograma de Atendimento – UPA 24 horas



43. OBJETIVOS, METAS E RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos

O presente Plano de Trabalho têm por objetivo, no âmbito do modelo assistencial estabelecido através das políticas públicas do SUS, definindo as suas áreas de atuação, as metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas, deste modo complementar os serviços técnicos especializados, operacionalizando e gerenciando a execução de ações e serviços através de indicadores de

desempenho a serem monitorado para o acompanhamento e avaliação da efetividade da gestão celebrada entre as partes, visando a prestação de assistência integral à saúde dos usuários do SUS.

Objetivos Específicos:

- Prestar assistência à saúde gratuita aos usuários do Sistema Único de saúde-SUS, conforme disposto no art.198 da Constituição Federal, Inciso I, art. 7° da Lei Federal n° 8080, que estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS.
- Prestar assistência de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Urgência e Emergência, conforme Portaria GM/MS 2048, de 05 de novembro de 2002, Portaria GM/MS 1.600 de 07 de julho de 2011 e Portaria GM/MS 1010 de 21 de maio de 2012.
- Manter os parâmetros de acordo com a Portaria GM/MS 1.631, de 01 de outubro de 2015, "Parâmetros SUS", para a programação de serviços e ações de saúde.
- Prestar gestão de qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário SUS, considerando os programas de melhorias dentre eles o Programa de Melhoria da Qualidade-PMAQ;
- Desenvolver assistência de modo a garantir a realização de todos os procedimentos pactuados que se façam necessários para o atendimento integral das necessidades dos usuários que lhe forem direcionados pelo Sistema, ou seja, garantir-lhes atendimento integral e conclusivo;
- Desenvolver e estimular a Política Nacional de Humanização como valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde, através de uma clínica ampliada, escuta qualificada, vínculos e afetos.
- Proporcionar uma gestão participativa que valoriza a participação de todos nos processos de administração, nos processos estratégicos e até na tomada de decisões de uma empresa. Um modelo de gestão com um estilo de liderança fundamentado em sólidos atributos, como colaboração, confiança e liberdade. Os profissionais se sentem como parte de um projeto e atuam no sentido de impulsioná-lo. Todos estão dispostos a dividir suas ideias, estudar prováveis obstáculos, desenvolver soluções inovadoras, entre outros. Com esse modelo de gestão acreditamos que podemos suavizar a hierarquização e estimular a troca de experiências e de informações.

45. METAS E RESULTADOS ESPERADOS

45.1 INDICADORES

45.2 Indicadores do Contrato

45.3 Monitoramento de Indicadores Contratuais

Os indicadores são medidos-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões dos processos estabelecidos assim como dos resultados das ações realizadas.

A seleção dos indicadores apresentados na Matriz de Indicadores de Qualidade buscou incentivar intervenções da **AHBB|Rede Santa Casa** que visem a qualidade nos processos de trabalho na unidade de saúde objeto do Edital de Chamamento Público. Em alguns casos os indicadores provocam a integração de ações de educação permanente da **AHBB|Rede Santa Casa** com a de **SMS/Almirante Tamandaré**, em outros com a qualidade do registro das informações quer sejam em prontuários e fichas de atendimento ou em relação às prestações de contas. E por fim a aferição da escuta dos usuários nas unidades de saúde e o efetivo funcionamento do SAL.

Esses indicadores são acompanhados mensalmente e avaliados sempre que necessário em reunião ordinária da Comissão Técnica de Acompanhamento dos Contratos de Gestão (CTA). Serão atualizados e modificados de acordo com as avaliações e o desenvolvimento das ações do contrato.

Considerando a Ficha Técnica dos indicadores da **AHBB|Rede Santa Casa** e a coleta de dados podem ser realizadas por meio físico, através de Ficha específica que acompanha os riscos assistenciais, ou eletronicamente através do sistema de gestão da Informação.

Todos os dados são coletados mensalmente e suas métricas são discutidas na análise crítica do indicador. Para os índices fora da meta, emitimos e monitoramos um Plano de Ação, com prazos e responsáveis pela demanda.

As metas são calculadas baseadas em nossa série histórica, ou em referencial bibliográfico atualizado ou ditadas pela Secretarias de Saúde para as quais prestamos atendimento.

Os indicadores monitorados pela **AHBB|Rede Santa Casa** no **Município de Almirante Tamandaré**, serão os dispostos abaixo, conforme Edital de **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023**

45.4 Indicadores de Gestão

45.4.1 Plano de Monitoramento de Indicadores

A alta complexidade dos serviços de saúde e a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos têm direcionado os esforços da **AHBB|Rede Santa Casa** no sentido de buscar evidências

objetivas de que os serviços são oferecidos a população, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado do paciente

Apresentamos abaixo, uma lista simples de indicadores que irão auxiliar na análise dos resultados e promover um ciclo de melhoria continua. Estes indicadores, são parte do Arcabouço Gerencial da **AHBB|Rede Santa Casa** e podem ser alterados, modificados e melhorados a qualquer momento, desde que haja uma solicitação da **SMS/Almirante Tamandaré**.

45.5Indicadores UPA 24 horas

TIPO	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META
Desempenho	Tempo de espera na urgência e emergencia de ADULTO com classificação AMARELA	Soma do tempo em minutos entre a Classificação de Risco até o Início do Atendimento médico de pacientes ADULTOS com risco AMARELO ÷ Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTOS com risco AMARELO	≤30 minutos
Desempenho	Tempo de espera na Urgência e Emergência de CRIANÇAS com classificação AMARELA	Soma do tempo em minutos entre a Classificação de Risco de CRIANÇAS até o Início do Atendimento médico de pacientes com risco AMARELO ÷ Soma de atendimentos médicos de CRIANÇAS com risco AMARELO	≤30 minutos
Desempenho	Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTOS com classificação VERDE/AZUL	Soma do tempo em minutos entre a Classificação de Risco até o Início do Atendimento médico de pacientes ADULTOS com risco VERDE/AZUL ÷ Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco VERDE/AZUL	≤120 minutos

auditorias, treinamentos e utilização de diretrizes, e através do aprendizado que provém da ocorrência de eventos adversos e de queixas.

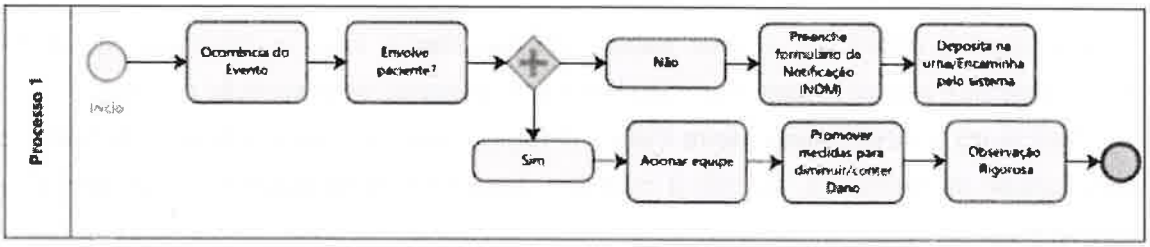
Os eventos potenciais e reais devem ser reportados com a finalidade de aumentar a conscientização e o aprendizado dos colaborados no processo de prevenção ao dano.

Para tanto, a **AHBB|Rede Santa Casa** institui em suas unidades a Norma de Notificação de Oportunidade de Melhorias, visando a melhoria constante da qualidade da assistência prestada, estabelecendo um sistema padronizado de notificações e ações, como forma de organizar o serviço dentro das unidades, alcançando os seguintes objetivos:

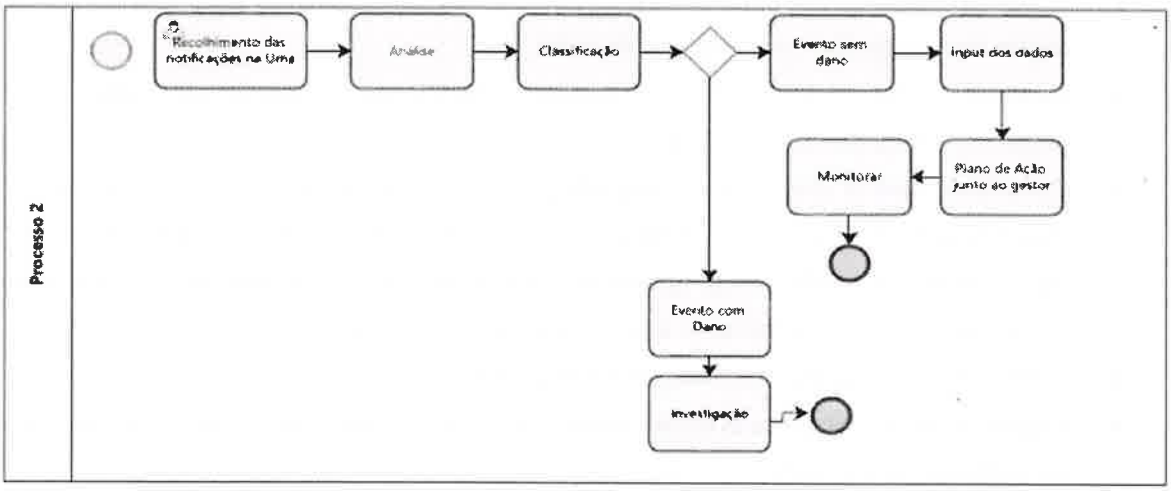
- Padronizar ações de Notificação de Eventos Adversos e Incidentes associados à assistência à saúde através do formulário de notificação.
- Estabelecer fluxograma de Investigação e Notificação Eventos Adversos / Incidentes associados à assistência à saúde.
- Contribuir para a melhoria da segurança no cuidado à saúde através da identificação, quantificação e análise dos eventos adversos / Incidentes associados à assistência à saúde, permitindo aos profissionais aprender com as experiências, identificar vulnerabilidades, reduzir seus efeitos e promover a prevenção dos mesmos.
- Estimular a criação de uma cultura de segurança institucional
- Organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes ao processo do cuidado.
- Reconhecer e mapear os riscos institucionais relacionados a especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais
- Promover a melhoria nos resultados através da análise nas notificações dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial de dano, incidentes, eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.

Referente à cultura de notificações de incidentes, o profissional será constantemente treinado para que reconheça um incidente e saber classificá-lo, assim como saber o que pode ser notificado, quem pode realizar a notificação, saber quais os itens que devem ser preenchidos na ficha de notificação e saber o que é feito com a notificação depois de feita, ou seja, saber como funciona o sistema de notificação da sua instituição como um todo, adquirindo assim o conhecimento (o saber).

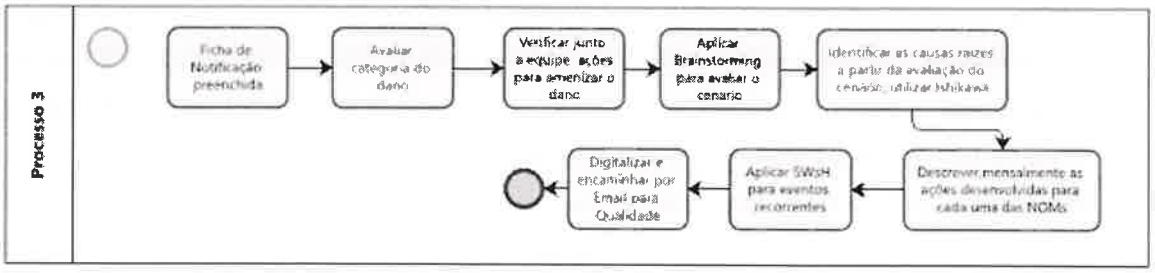
Processo 1: Todos os colaboradores



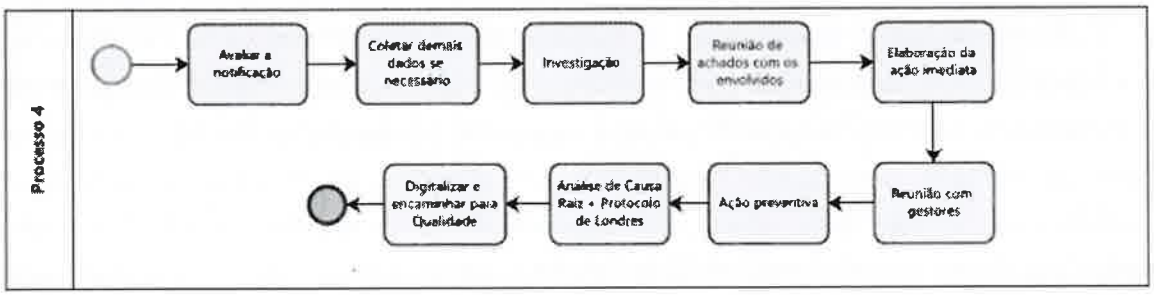
Processo 2: Analista da Qualidade (Centro de Serviço Compartilhado – **AHBB|Rede Santa Casa**)



Processo 3: Analista da Qualidade



Processo 4: Todos os envolvidos



Notificação de Oportunidade de Melhoria (NOM)

AHBB | REDE SANTA CASA

(QR CODE - ativo para teste)

45. Conclusão

Conforme Termo de Referência do Edital de Chamamento Público N° 014/2023, concluímos que somando os nossos esforços com os esforços da Secretaria de Saúde de **Almirante Tamandaré** ofertaremos os melhores serviços de saúde a população. No que tange aos objetivos específicos do Plano de Trabalho conseguimos estabelecer com clareza e objetividade os aspectos gerais da unidade, como missão, visão, valores, em consonância com os objetivos que norteiam **AHBBIRede Santa Casa**. Dessa maneira também foi elaborado a estrutura organizacional e o plano operacional, sempre analisando as melhores prática do segmento saúde.

Através da elaboração deste Plano de Trabalho foi possível perceber a importância de analisar e conhecer a região de Almirante Tamandaré, sob o contexto demográfico, social e epidemiológico. No atual momento histórico as mudanças ocorrem a todo o momento, nosso paciente está cada vez mais ciente dos seus direitos, e atento as tomadas de decisão do Poder Público, para tanto foi necessário pensarmos em criar estratégias como parte do Planos Operacional, de Marketing, financeiro e Orçamentário, englobando a Saúde como centro de alavancagem. Em nosso Plano Financeiro, buscamos verificar sua viabilidade, e demonstrar numericamente a economicidade para o Município, oferecendo saúde com Qualidade. Uma constatação disso são os ótimos índices financeiros considerando nossos documentos de Regularidade Fiscal e Orçamentário. Pretendemos, portanto, trabalhar com o engajamento necessário no planejamento e execução do plano e com foco em resultados, o que exige muitas competências empreendedoras, dedicação, e conhecimento de todo o ambiente de saúde. Por fim, destacamos ainda que todas as ações aqui descritas e planejadas, apresentam-se em conformidade com a meta estipulada no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 para o Munícipio de Almirante Tamandaré – PR, instrumento este que foi minunciosamente analisado para a composição deste Plano de Trabalho.

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838

Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2023.12.20 11:27:34 -03'00'

João Pedro Monteiro Pinotti Affonso

Presidente

AHBBIRede Santa Casa

Desempenho	Tempo de espera na Urgência e Emergência de CRIANÇAS com classificação VERDE/AZUL	Soma do tempo em minutos entre a Classificação de Risco de CRIANÇAS até o Início do Atendimento médico de pacientes com risco VERDE/AZUL ÷ Soma de atendimentos médicos de CRIANÇAS com risco VERDE/AZUL	≤120 minutos
Desempenho	Tempo de Classificação de Risco	Soma do tempo em minutos entre o início do acolhimento até o término da classificação de risco x100 Soma de pacientes classificados	≤15 minutos
Desempenho	Taxa de evasão de pacientes	Soma de pacientes acolhidos - Soma de pacientes atendidos) x100 Soma de pacientes acolhidos	≤5 %
Desempenho	Solicitação de Regulação de paciente da sala vermelha	Soma de pacientes das salas vermelhas com solicitação de transferência registrada no PEP antes de 6 horas de internação X 100 Soma de pacientes das salas vermelhas transferidos antes de 6 horas somado os pacientes com tempo de internação superior a 6 horas	≥ 90 %
Desempenho	Taxa de mortalidade Institucional maior ou igual a 24h	Soma de óbitos de internação ≥ 24h em sala amarela e vermelha x 100 Soma de saídas de sala amarela e vermelha no período	≥ 3%
Desempenho	Trombólises realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	Soma de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados x100 Soma de pacientes IAM com Supra de ST elegíveis	≥100 %

Desempenho	Registro de notificações de Violência Interpessoal/ Autoprovocada	Soma de pacientes com protocolo de Violências aberto com campos obrigatórios registrados x100 Soma de pacientes com protocolo de Violências aberto	≥90 %
Gestão	Registro de profissional médico	Soma do número de turnos de 6h com registro de médico no PEP igual ou maior que a quantidade de médico contratada x 100 Soma do número de turnos de 6h no período	≥90 %
Gestão	Encerramento de Boletim de Atendimento Médico	Soma do número de BAM com motivo de encerramento x100 Soma do número de BAM aberto	≥95 %
Gestão	Plano de Educação Permanente	Soma do Número de atividades realizadasx100 / soma do número atividades programadas no mês	≥80 %
Gestão	Pesquisa de Satisfação do usuário	Soma de manifestações ótimas e boas registradas no toten x100 Soma de registros da pesquisa de satisfação do usuário cadastrada no toten	≥ 80%

A critério da **SMS**, os indicadores e as metas estabelecidas para cada indicador poderão ser revistos a cada seis meses, ou sempre que exigir o interesse público, de forma a melhor refletir o desempenho desejado para a unidade. Da mesma forma, outros indicadores poderão ser substituídos ou introduzidos a parti do 1° ano de contrato.

46. Gerenciamento De Riscos

O Gerenciamento de risco identifica os riscos existentes nos processos de trabalho em saúde, investigá-los e quantificá-los em termos de severidade e probabilidade, eliminando o que é possível intervir e reduzindo os efeitos daqueles que não podem ser eliminados.

A **AHBB|Rede Santa Casa** propõe que esse tipo de gestão pode ser realizado através da criação e da manutenção de sistemas de monitoramento da segurança do paciente, através de protocolos,

002402

AHBB | REDE SANTA CASA

ATESTADOS DE EXPERIÊNCIA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

508

Prefeitura Municipal de Garça
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060
Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

00240 3

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na coordenação, operacionalização e gerenciamento técnico e administrativo do Centro de Especialidades Médicas, no âmbito da comarca de Garça, desde do mês de dezembro do ano de 2018 até a presente data, atendendo a demanda do município e também da microrregião, nas especialidades Cardiologia; Anestesiologia; Ginecologia Obstetrícia, Urologia; Cirurgia Geral; Ortopedia; Dermatologia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Radiologia e Infectologia, dispostos em atendimento ambulatoriais que vão desde a consultas médicas eletivas, procedimentos invasivos, pequenas cirurgias e cirurgias eletivas nas especialidades de Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Urologia e Oftalmologia, mediante agenda regulada pelo município de Garça.

O Centro de Especialidades Médicas ainda conta com o Centro de Testagem e Aconselhamento com os atendimentos dos profissionais técnicos envolvidos no acompanhamento, monitoramento e avaliação dos portadores de HIV e Hepatites Virais. Como um outro instrumento de serviço está inserido neste Centro de Especialidades o Posto de coleta de Leite Humano que auxilia o Banco de Leite de Marilia na captação de leite materno em um trabalho conjunto com a Maternidade do HSL e a Atenção Primaria do Município além de outros pontos de apoio.

A AHBBIRede Santa Casa atua também no gerenciamento do Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD), com cerca de 70 pacientes ativos em acompanhamento, interagindo com a rede de saúde municipal garantindo a continuidade do cuidado ao paciente, principalmente após a alta hospitalar. Avalia, monitora, capacita as famílias para o cuidado e inserindo-as, juntamente com os pacientes, em toda a rede de atenção a saúde. Atua em ações de matriciamento com a atenção básica de saúde do município fortalecendo ações de saúde integral da população.

509

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 11 de fevereiro de 2022 10:33:40 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/194681102223509511895

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 194681102223509511895-1
Data: 11/02/2022 10:19:25
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMN17141-BGMN;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

002404

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060
Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresenta qualidade com excelente desempenho operacional, tendo a empresa cumprido com suas obrigações, não constando nada que desabone técnica e comercialmente até a presente data.

Garça, 02 de dezembro de 2021.

Deyse Regina Serapião Grejo
Secretária Municipal de Saúde

570

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 11 de fevereiro de 2022 10:33:40 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/19468110222350951189 5

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 19468110222350951189 5-2
Data: 11/02/2022 10:19:25
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMN17142-B4HE;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

002405

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na coordenação, gestão e operacionalização de prestação de serviços médicos socorristas na área clínica médica, para atendimento no Pronto Socorro do Hospital Geral "Dr. José Pangella, de Vila Penteado, de acordo com o Plano de Trabalho.

Os serviços executados encontram-se de acordo com o objeto do Contrato/Convênio 900/2018, tendo sido assinado na data de 06/2018 com vigência até a presente data 24/11/2021. A Instituição realiza o atendimento junto ao Pronto Socorro. que possuia uma média de 5000 atendimento/mes periodo anterior a pandemia, atualmente realiza 500 atendimento/mes referencia COVID. atendendo a toda a demanda de acordo com os parâmetros previstos no Plano de Trabalho.

São Paulo, 24 de novembro de 2021.

Renata Denise Rosa Do Nascimento
Secretaria de Saúde Estadual
Diretor Técnico de Saúde III

Hospital Geral "Dr. José Pangella" de Vila Penteado
Av. Ministro Petronio Portela, 1642 Iracema - SP 02802-120
Fone (11) 3972-9911

571

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 11 de fevereiro de 2022 10:33:40 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/19468110222921975201 7

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 19468110222921975201 7-1
Data: 11/02/2022 10:19:12
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMN17133-RN6O;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

002406

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na execução do objeto do convênio para a aquisição de materiais, medicamentos e materiais de consumo, contratação de pessoal, benefício e encargos para o gerenciamento de 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II, do Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis, de acordo com o Plano de Trabalho.

Os serviços executados tiveram início na data de 19/09/2017 através do Convênio 0107/2017 e estão vigentes até a presente data.

Mirandópolis, 23 de novembro de 2021.

CIRO RENATO EL-KADRE
DIRETOR TÉCNICO DE SAÚDE II

HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS
Av. Dr. Raul da Cunha Bueno, nº. 585|Mirandópolis, SP| CEP: 16.800-000 |Tel.: (18) 3701-1611-279
hem-diretoria@saude.sp.gov.br

Digitalizado com CamScanner

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/194681102221439086222

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 19468110222143908622 2-1
Data: 11/02/2022 10:19:14
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMN17134-7KTL;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 11 de fevereiro de 2022 10:33:40 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

002407

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL., pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na coordenação, gestão e operacionalização do serviço de gerenciamento de 10 leitos de UTI - Unidade de Terapia Intensiva Adulto no Hospital Geral "Prefeito Miguel Martin Gualda" de Promissão.

Os serviços executados encontram-se de acordo com o objeto do Convênio 031/2015, tendo sido assinado na data de 20/02/2015 com vigência até 31/12/2020. A Instituição realiza o atendimento integral aos pacientes atendendo a toda a demanda de acordo com os parâmetros previstos no Plano de Trabalho.

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresenta qualidade com excelente desempenho profissional.

Promissão 28 de setembro de 2021.

Manoel Fernando Balsalobre Polo
Diretor I

HOSPITAL GERAL PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO
Av Gal Eurico Gaspar Dutra 620 – Promissão/ S P – CEP 16 370-000 · (14) 35410644 · hgp-ni@saude sp gov br

573

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/19468030222705817253 8
CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 19468030222705817253 8-1
Data: 03/02/2022 16:08:41
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMM86035-N56L;
CNJ 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 3 de fevereiro de 2022 16:20:45 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

002408

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060
Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB|Rede Santa Casa, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50, CEP:17402-064, Bairro Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo. Atua no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média e alta complexidade no Município de Garça/SP desde de novembro de 2018, compreendendo entre estes serviços o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD, sendo componente estratégico na articulação da Rede de Atenção Psicossocial não só no município de Garça bem como referência para mais 6 municípios correspondendo assim uma população maior que 50.000 mil habitantes, em articulação dos recursos existentes nas demais redes de atenção em saúde do território. A unidade apresenta média mensal de 620 acolhimentos/mês, 20 pacientes intensivos e 1700 atendimentos distribuídos entre todos os integrantes da equipe multiprofissional.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprido com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data.

Garça, 02 de agosto de 2023.

Deyse Regina Serapião Grejo
Secretária Municipal de Saúde

574

Assinado por 1 pessoa: DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/E210-AE0C-1C6D-8A31 e informe o código E210-AE0C-1C6D-8A31

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: E210-AE0C-1C6D-8A31

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✔ DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO (CPF 096.XXX.XXX-84) em 02/08/2023 17:39:43 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/E210-AE0C-1C6D-8A31

575

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n- Garça• SP- CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 • e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na coordenação, operacionaJização e gerenciamento técnico e administrativo do Centro de Especialidades Médicas, no âmbito da comarca de Garça, desde do mês de dezembro do ano de 2018 até a presente data, atendendo a demanda do município e também da microrregião, nas especialidades Cardiologia, Anestesiologia. Ginecologia Obstetrícia, Urologia. Cirurgia Geral, Ortopedia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Vascular, Neurologia, Gastroenterologia, Pediatria Clinica, dispostos em atendimento ambulatoriais que vão desde a consultas médicas eletivas, procedimentos invasivos, pequenas cirurgias e cirurgias eletivas nas especialidades de Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Urologia, Oftalmologia e Dermatologia, mediante agenda regulada pelo município de Garça.

Realiza ainda a gestão do Centro de Testagem e Aconselhamento com os atendimentos dos profissionais técnicos, inclusive infectologistaenvolvidos no acompanhamento, monitoramento e avaliação dos portadores de HIV e Hepatites Virais. Como um outro instrumento de serviço está inserido neste Centro de Especialidades, Posto de coleta de Leite Humano que auxilia o Banco de Leite de Marília na captação de leite materno em um trabalho conjunto com a Maternidade do HSL e a Atenção Primaria do Município além de outros pontos de apoio.

A AHBB|Rede Santa Casa atua também no gerenciamento do Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD) - da Atenção Primária de Saúde, com cerca de 97 pacientes ativos em acompanhamento, interagindo com a rede de saúde municipal garantindo a continuidade do cuidado ao paciente, principalmente após a alta hospitalar. Avalia, monitora, capacita as famílias para o cuidado e inserindo-as, juntamente com os pacientes, em toda a rede de atenção a saúde. Atua em ações de matriciamento com a atenção básica de saúde do município fortalecendo ações de saúde integral da população.

Além dos serviços acima, a AHBB|Rede Santa Casa realiza a coordenação, gestão e operacionalização do serviço de gerenciamento de unidades de atendimento a todas faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, bem como atendimentos especializado em transtorno pelo uso de álcool e outras drogas.

Os serviços executados encontram-se de acordo com o objeto do Termo de Colaboração 015/2018, tendo sido assinado na data de 30/11/2018 com vigência até a presente data. A Instituição realiza o atendimento integral aos pacientes da comarca de Garça, atendendo a toda a demanda municipal de atendimentos de psiquiatria e equipe multidisciplinar, perfazendo uma média mensal dentre os profissioanais do CAPS-1 de 1518 atendimentos e CAPS-AD de 1088 atendimentos.

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresenta qualidade e bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido com suas obrigações.

Garça, 14 de dezembro de 2023

Deyse Regina Serapião Grejo
Secretária Municipal de Saúde

576

Assinado por 1 pessoa: DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/C1A0-1D00-B2DF-1EFC e informe o código C1A0-1D00-B2DF-1EFC

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: C1A0-1D00-B2DF-1EFC

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✔ DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO (CPF 096.XXX.XXX-84) em 14/12/2023 16:31:33 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/C1A0-1D00-B2DF-1EFC

572

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

002412

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na coordenação e operacionalização dos serviços assistenciais de Unidade Terapia Intensiva Especializada Materna, no Hospital Leonor Mendes de Barros .

Os serviços executados encontram-se de acordo com o objeto do Contrato/Convênio nº 815/2016 tendo sido assinado na data de 09/2016 com vigência até a presente data.

A Instituição realiza em média 80 internaçoes mensais com o gerenciamento de 06 leitos de UTI Materna.

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referido apresenta qualidade com excelente desempenho do profissional.

São Paulo, 02 fevereiro de 2022

Atenciosamente

Dr. Corintio Mariani Neto
Diretor Técnico de Saúde III
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros
Av. Celso Garcia, 2.277 – Belenzinho - São Paulo - 02802-120
Fone (11) 2847-7000

578

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 11 de fevereiro de 2022 10:33:40 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/19468110222051860211 1

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 19468110222051860211 1-1
Data: 11/02/2022 10:19:17
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMN17136-631U;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA

00241

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na coordenação e operacionalização do serviço de urgência e emergência do Pronto Socorro Adulto do Hospital "Dr. Osíris Florindo Coelho" em Ferraz de Vasconcelos – CEP 08502-230, pelo prazo de 12 (doze) meses, prorrogáveis por sucessivos períodos, iguais ou inferiores, por até 60 (sessenta) meses, através da gestão técnica/administrativa do serviço de atendimento médico e de enfermagem, na classificação de risco, sala de emergência/choque, sala de medicação mista, abrangendo: consulta, medicação, avaliação, observação, reavaliação, medidas de suporte necessários na Urgência e Emergência e visita médica 24 horas por dia, ininterruptamente.

O Atendimento junto ao Pronto Socorro Adulto possui em média 12.000 (doze mil/atendimentos por mês), destes, aproximadamente 500 (quinhentos) evoluem para internação hospitalar.

Os serviços executados encontram-se de acordo com o objeto do Contrato/Convênio 070/2021, tendo sido assinado na data de 05/2021 com vigência até a presente data 01/12/2021. Informamos ainda que a prestação de serviços, acima referidos, apresenta bom desempenho dos profissionais

Ferraz de Vasconcelos, 02 de dezembro de 2021.

Roberto Enrique Kameo - Diretor Técnico de Saúde III

Secretaria de Saúde Estadual

Hospital Regional "Doutor Osiris Florindo Coelho" Ferraz de Vasconcelos

Rua Princesa Isabel, 270-Vila Correa-Ferraz de Vasconcelos - SP 08502-200

Fone (11) 4674-8400

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 18 de fevereiro de 2022 11:57:37 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/19468180222201593550 1

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 19468180222201593550 1-1
Data: 18/02/2022 08:31:57
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMN22072-WXBB;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

00211

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na coordenação e operacionalização do serviço de urgência e emergência do Pronto Socorro Adulto do Hospital "Dr. Osíris Florindo Coelho" em Ferraz de Vasconcelos – CEP 08502-230, pelo prazo de 12 (doze) meses, prorrogáveis por sucessivos períodos, iguais ou inferiores, por até 60 (sessenta) meses, através da gestão técnica/administrativa do serviço de atendimento médico e de enfermagem, na classificação de risco, sala de emergência/choque, sala de medicação mista, abrangendo: consulta, medicação, avaliação, observação, reavaliação, medidas de suporte necessários na Urgência e Emergência e visita médica 24 horas por dia, ininterruptamente.

O Atendimento junto ao Pronto Socorro Adulto possui em média 12.000 (doze mil/atendimentos por mês), destes, aproximadamente 500 (quinhentos) evoluem para internação hospitalar.

Os serviços executados encontram-se de acordo com o objeto do Contrato/Convênio 070/2021, tendo sido assinado na data de 05/2021 com vigência até a presente data 01/12/2021. Informamos ainda que a prestação de serviços, acima referidos, apresenta bom desempenho dos profissionais

Ferraz de Vasconcelos, 02 de dezembro de 2021.

Roberto Enrique Kameo - Diretor Técnico de Saúde III
Secretaria de Saúde Estadual

Hospital Regional "Doutor Osiris Florindo Coelho" Ferraz de Vasconcelos
Rua Princesa Isabel, 270-Vila Correa-Ferraz de Vasconcelos - SP 08502-200
Fone (11) 4674-8400

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 18 de fevereiro de 2022 11:57:37 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/19468180222201593550 1

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 19468180222201593550 1-2
Data: 18/02/2022 08:31:57
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMN22073-LLF3;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

Prefeitura de Garça
Estado de São Paulo

002415

Memorando 4.655/2023

De: Leonardo S. - AHBBPC

Para: SMS - Secretaria de Saúde - A/C Deyse G.

Data: 24/02/2023 às 17:10:40

Setores envolvidos:

SMS, AHBBPC

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA UPA - ATENDIMENTOS

Prezada,

Por gentileza assinar nosso Atestado de Capacidade Técnica.

Att.

–

Leonardo Luis Dos Santos da Silva
Auxiliar de Escritório

Anexos:

00_MODELO_ATESTADO_UPA_GARCA_VS11072022_LEO.pdf

581

Assinado por 1 pessoa: DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/7AE4-612F-58B6-660C e informe o código 7AE4-612F-58B6-660C

Prefeitura Municipal de Garça
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060
Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

002416

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a organização de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB, inscrita no CNPJ sob o n° 45.349.461/0001-02, com sede na Avenida José Ariano Rodrigues n° 303 Bairro Jardim Ariano, na cidade de Uns, Estado de São Paulo, na operacionalização e gerenciamento técnico e administrativo do serviços de urência e emergência no âmbito da cidade de Garça desde 11/2018. Sendo prestados serviços de gestão para o **UPA 24h,** localizada R. Dr. Orlando Thiago dos Santos, 120 - Williams, Garça - SP, 17400-000, para o atendimento geral de especialidades de urgência e emergência, compreendendo ao atendimento de toda a demanda espontânea do município de Garça e da região da referência, com uma média de atendimentos de aproximadamente 5.692 atendimentos, juntos à unidade de saúde.

Registramos ainda que as prestações de serviços acima referidos apresentam bom desempenho operacional tendo a empresa cumprindo com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e administrativamente até a presente data.

Garça, 24 de fevereiro de 2023.

Deyse Regina Serapião
Secretaria Municipal de Saúde

Assinado por 1 pessoa: DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/7AE4-612F-58B6-660C e informe o código 7AE4-612F-58B6-660C

002417

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 7AE4-612F-58B6-660C

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✔ DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO (CPF 096.XXX.XXX-84) em 24/02/2023 17:14:53 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/7AE4-612F-58B6-660C

583

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB|Rede Santa Casa, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo. Atua no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média complexidade no Município de Taboão da Serra-SP desde de abril do ano de 2023, compreendendo entre estes serviços a Unidade de Pronto Atendimento Infantil, concentrando os atendimentos de Urgência e Emergência de complexidade intermediária e estabelecendo articulação com a Rede de Atenção as Urgências e Emergências do DRS I – Grande São Paulo, apresentando uma média de 8.750 atendimentos mensais.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprido com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data

Taboão da Serra, 02 de agosto de 2023.

José Alberto Tarifa Nogueira

Secretário de Saúde de Taboão da Serra

gov.br Documento assinado digitalmente
JOSE ALBERTO TARIFA NOGUEIRA
Data: 02/08/2023 18:22:34-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

584

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB|Rede Santa Casa, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo. Atua no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média complexidade no Município de Taboão da Serra-SP desde de abril do ano de 2023, compreendendo entre estes serviços a Unidade Mista de Taboão da Serra, concentrando a prestação de Assistência à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente, para as linhas de cuidado assistenciais de Urgência e Emergência (internação/observação), compreendidas as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, Trauma-ortopedia, Semi Intensiva, Clínica Médica, e Psiquiatria, a partir do conteúdo que se exige nos termos do contrato estabelecendo articulação com a Rede de Atenção à Saúde do DRS I – Grande São Paulo, apresentando uma média total de 16.242 atendimentos mensais.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprido com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data

Taboão da Serra, 02 de agosto de 2023.

José Alberto Tarifa Nogueira

Secr[illegible] Serra

gov.br Documento assinado digitalmente
JOSE ALBERTO TARIFA NOGUEIRA
Data: 02/08/2023 18:22:34-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

585

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB|Rede Santa Casa, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo. Atua no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média no Município de Taboão da Serra- SP desde de abril do ano de 2023, compreendendo entre estes serviços a Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas concentrando os atendimentos de Urgência e Emergência de complexidade intermediária em Clínica Médica e Pediatria, e estabelecendo articulação com a Rede de Atenção as Urgências e Emergências do DRS I – Grande São Paulo, apresentando uma média de 11.658 atendimentos mensais.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprido com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data

Taboão da Serra, 02 de agosto de 2023.

José Alberto Tarifa Nogueira

Secretário de Saúde de Taboão da Serra

gov.br Documento assinado digitalmente
JOSE ALBERTO TARIFA NOGUEIRA
Data: 02/08/2023 18:22:34-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

586

ECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GABRIEL MONTEIRO
Rua Dos Fundadores, 173 - Centro - Gabriel Monteiro-SP - CEP 16220-000
Telefone (18) 3602 1220 - e-mail: secretariaubs@gabrielmonteiro.sp.gov.br

002421

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob n° 45.349.461/0001-02, foi fundada em 11/11/1969, possuindo hospital próprio na cidade de Bilac/SP, sendo o Hospital Padre Bernardo Braakius, localizado na Rua 7 de setembro, n° 529, conforme conta no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. A associação atua na prestação de serviços médicos- hospitalares, ambulatoriais, de urgência adulto e pediátrico, obstétrico, serviços de ortopedia e traumatologia e atendendo também as demandas de clínica e cirurgia geral desde o mês de julho do ano de 2007. No âmbito hospitalar, presta serviços de gestão em saúde relacionado a um total de 36 leitos. Ainda, presta serviços em Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT em média complexidade, envolvendo exames laboratoriais e radiológicos.

Atestamos que os serviços de saúde são desenvolvidos a mais de 5 (cinco) anos aos habitantes do município de Gabriel Monteiro e região, tendo sido repassados os recursos para a Associação, de acordo com Convênio 001/2023, vigente até a presente data do atestado. Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresenta qualidade com excelente desempenho profissional.

Bilac, 16 de dezembro de 2023.

ARIADNA ALVES BOTEGA
Secretaria Municipal de Saúde

gov.br Documento assinado digitalmente
ARIADNA ALVES BOTEGA VIDOTO
Data: 20/12/2023 14:52:32-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

587

Prefeitura Municipal de Bilac
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BILAC
UBS PREF. PEDRO ALVO BOTINI
Rua Walter Orsatti, nº 173 – Bilac/SP – CEP 16210-000
Telefone: (18) 3659-9220 / e-mail: saudebilac@bilac.sp.gov.br
CNPJ 12.433.127/0001-83

002422
ADM 2021 | 2024

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02, foi fundada em 11/11/1969, possuindo hospital próprio na cidade de Bilac/SP, sendo o Hospital Padre Bernardo Braakius, localizado na Rua 7 de setembro, nº 529, conforme conta no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. A associação atua na prestação de serviços médicos- hospitalares, ambulatoriais, de urgência adulto e pediátrico, obstétrico, serviços de ortopedia e traumatologia e atendendo também as demandas de clínica e cirurgia geral desde o mês de julho do ano de 2007. No âmbito hospitalar, presta serviços de gestão em saúde relacionado a um total de 36 leitos. Ainda, presta serviços em Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT em média complexidade, envolvendo exames laboratoriais e radiológicos.

Atestamos que os serviços de saúde são desenvolvidos a mais de 5 (cinco) anos aos habitantes do município de Bilac e região, tendo sido repassados os recursos para a Associação, de acordo com Convênio 001/2023, vigente até a presente data do atestado. Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresenta qualidade com excelente desempenho profissional.

Bilac, 16 de dezembro de 2023.

RICARDO LUIZ PINTO DE OLIVEIRA:04917768888

Assinado de forma digital por RICARDO LUIZ PINTO DE OLIVEIRA:04917768888
Dados: 2023.12.19 08:16:10 -03'00'

RICARDO LUIZ PINTO DE OLIVEIRA
Diretor Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIACATU

CNPJ: 44.431.245/0001-49

DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Alexandre Fleming, 531 – Centro – CEP: 16.230-000 – Fone: (0xx18) 3693-1300 / 3693-1345 / 3693-1248

E-mail: saude@piacatu.sp.gov.br

PIACATU – SP

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

002423

Piacatu, 18 de dezembro de 2023.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02, foi fundada em 11/11/1969, possuindo hospital próprio na cidade de Bilac/SP, sendo o Hospital Padre Bernardo Braakius, localizado na Rua 7 de setembro, nº529, conforme conta no cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde- CNES. A Associação atua na prestação de serviços médicos- hospitalares, ambulatoriais de urgência adulto e pediátrico, obstétrico, serviços de ortopedia e traumatologia e atendendo também as demandas clínica e cirúrgica geral desde o mês de julho do ano de 2007. No âmbito hospitalar, presta serviços de gestão em saúde relacionada a um total de 36 leitos. Ainda, presta em serviços de apoio ao diagnóstico terapêutico – SADT em média complexidade, envolvendo exames laboratoriais e radiológicos.

Atestamos que os serviços de saúde são desenvolvidos a mais de cinco 5 anos aos habitantes do município de Piacatu e região, tendo sido repassado os recursos para a Associação, de acordo com Convênio 001/2023, vigente até a presente data do atestado.

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresenta qualidade com excelente desempenho profissional.

KARINA CRISTINA GAMBERA FUGIHARA:28274136802

Assinado de forma digital por KARINA CRISTINA GAMBERA FUGIHARA:28274136802
Dados: 2023.12.20 15:30:11 -03'00'

Karina Cristina Gambera Fugihara
Secretaria Municipal de Saúde

589

002424

Prefeitura Municipal de Garça
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060
Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB|Rede Santa Casa, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo. Atua no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média e alta complexidade no Município de Garça/SP desde de novembro de 2018, compreendendo entre estes serviços a Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas concentrando os atendimentos de Urgência e Emergência de complexidade intermediária e estabelecendo articulação com a Rede de Atenção as Urgências e Emergências do DRS IX Marília, não só dos munícipes de Garça bem como referência para mais 2 municípios (Álvaro de Carvalho e Ubirajara), apresentando uma média de 5447 atendimentos mensais.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprido com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data

Garça, 02 de agosto de 2023.

Deyse Regina Serapião Grejo
Secretária Municipal de Saúde

Assinado por 1 pessoa: DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/7393-AECA-2FE0-7AAA e informe o código 7393-AECA-2FE0-7AAA

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 7393-AECA-2FE0-7AAA

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✔ DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO (CPF 096.XXX.XXX-84) em 02/08/2023 17:42:18 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/7393-AECA-2FE0-7AAA

597

Governo do Estado de São Paulo

Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia e Inovação

Faculdade de Medicina de Marília

Famema

O Diretor da Faculdade de Medicina de Marília, no uso de suas atribuições e tendo em vista o cumprimento de todas as exigências de ordem legal, bem como as institucionais no "Programa de Mestrado Acadêmico Saúde e Envelhecimento" confere a

Caroline Brandão Pires de Almeida

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 22 de novembro de 1988,
RG n.º 47.085.578-2 - SP

o título de "Mestra"

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Marília, 09 de junho de 2017

Prof. Dr. Agnaldo Bruno Chies
Coordenador do Curso

Prof. Dr. Spencer Luiz Marques Paião
Diretor de Pós-Graduação

Prof. Dr. Valdair Fagundes de Queiroz
Diretor Geral

0023

Curso reconhecido de acordo com o disposto na Portaria MEC nº 978 de 26/07/12, D.O.U. de 27/07/12.

A DEFESA DE DISSERTAÇÃO OCORREU NA DATA 22/02/2017

Programa Avaliado / CAPES com conceito 3

Diploma registrado às Fls. 41 do livro competente nº 424/17

O referente Título foi homologado pelo Conselho de Pós-Graduação, em reunião de 22/09/2017

Heloísa Spadotto Panarine Garcia
RG 12.430.232
Secretária Pós-Graduação / FAMERP

43.200

Fundação Técnico-Educacional
Souza Marques
Escola de Medicina

O Diretor da Escola de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Graduação Médica em 16 de dezembro de 1982, confere o título de Médico a

Antonio Carlos Pinoti Affonso

filho de Manuel Affonso Morales e de Maria Judith Pinoti Affonso, nascido a 11 de agosto de 1959, natural do Estado de São Paulo

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 1982

Secretário

Diretor

Diplomado

TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DA COMARCA DE UNS-SP
AUTENTICAÇÃO
ESTA CONFORME O ORIGINAL dou fé
UNS-SP 01 JUN 2016
Escrevente
Tabelião - Uns/SP
122382
AUTENTICAÇÃO
0532AB0361892

82.200

Curso de MEDICINA

Reconhecido pelo Decreto n.º 78.868 de 76

D. O. 05/11/1976

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO [illegible]

Diploma registrado sob n.º 1185

Livro 01 fls 59V 19 01 85

Processo n.º 749 83

[illegible]

Data 19 de 1983

[illegible]

VISTO

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE
PESSOAS E TÍTULOS DA COMARCA
RUA OCTAVIO BILAC, 500 - [illegible]

AUTENTICAÇÃO

ESTA CONFORME O ORIGINAL

LINS-SP, 01 JUN 2016

Em test

( ) Shalimo [illegible]
( ) Frederico [illegible]
( ) Andrea [illegible]
( ) Rodrigo Marques [illegible]
( ) Luiz Eduardo Peres [illegible]
( ) José Mariano Júnior
( ) Carla Daniella Leite Ramos

Selo de Autenticidade
SP 122381
AUTENTICAÇÃO
0532AB0361893

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

635200

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

FUNDAÇÃO DOM CABRAL
FDC
DESENVOLVIMENTO DE EXECUTIVOS E EMPRESAS

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TITULOS DA COMARCA DE LINS-SP
AUTENTICAÇÃO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL dou fé
LINS-SP 01 JUN 2016
Em test.º _____ da verdade
Autorizados
122382 AUTENTICAÇÃO 0532AB03161888

O Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa certifica que

ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO

concluiu, conforme disposições do verso, o curso de Pós-graduação lato sensu – Especialização em Gestão em Saúde, oferecido de acordo com a Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007.

São Paulo, 31 de maio de 2011

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Coordenador do Curso e Diretor de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Profa. Silene de Fatima Lopes Magalhães
Gerente Coordenadora de Pós-graduação da Fundação Dom Cabral

Antonio Carlos Pinoti Affonso

002430

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Pós-graduação lato sensu – **Especialização em Gestão em Saúde**

Coordenação: Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha

e Profa. Silene de Fatima Lopes Magalhães

Período: Março/2010 – Dezembro/2010

Currículo	Carga Horária
Gestão	
Atenção à saúde	440h
Educação	
Projeto aplicativo	

Conceito Final: Aprovado

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC: Projeto aplicativo segurança do paciente cirúrgico

Certificado registrado sob nº: 116/2010

Expedido em: 31/5/2011

Secretaria Acadêmica:

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTE... LETRAS E TÍTULOS DA COMARCA DE LIN... RUA OLAVO BILAC, 500 - F (14) 3522-5830 / 3522-...

AUTENTICAÇÃO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL dou fé

LINS-SP, 01 JUN 2016

Em test.º _____ da verdade

( ) Shalina Silva Bonfim - Tabeliã

( ) Frederico Pereira Attal Da Cunha - Substituto Designado

( ) Andrea Rosa Cardoso Silva - Substituta Designada

( ) Rodrigo Martines do Nascimento

( ) Luiz Eduardo Pereira Rodrigues - Escreventes Autorizados

( ) Jose Mariano Junior

( ) Carla Daniele Leal ...

122382 AUTENTICAÇÃO 0532AB0361889

LEIS SOBRE O CONTROLE DE AUTENTICIDADE

002331

Associação Educacional do Vale do Itajaí-Mirim
Faculdade do Vale do Itajaí-Mirim - FAVIM

PORTARIA Nº 4.003, de 30 de dezembro de 2002 (DOU 31/12/2002)

CERTIFICADO

Certificamos que **Elizandra Sanches Alves, CPF 300.756.848-02,** concluiu com aproveitamento o curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em **Urgência e Emergência,** ministrado pela **Associação Educacional do Vale do Itajaí-Mirim** em convênio com o **Instituto Passo 1 de Ensino, Pesquisa e Lazer Ltda.**, no período de **30/04/2011 a 15/09/2012**, com carga horária de **390 horas**.

Brusque (SC), 04 de setembro de 2013.

Ivan Carlos Hort
Pró-Reitor de Pós-Graduação

Elizandra Sanches Alves

002.332

002433

HISTÓRICO ESCOLAR

Histórico Escolar de **Elizandra Sanches Alves**, CPF **308.756.848-02**, curso de especialização em **Urgência e Emergência**, oferecido por **Associação Educacional do Vale do Itajaí-Mirim** no período de **30/04/2011** a **15/09/2012**, com carga horária total de **390** horas.

Disciplina	C. H.	Conceito	Freq.	Estado	Ministrante	Titulação
Atendimento nos agravos pré-hospitalares	13	A	100	APR	Vinicius José Silva	Esp.
Avaliação do paciente e planejamento da ação emergencial	13	A	100	APR	Ana Maria Fernandes	Me.
Bioética e ética profissional	13	A	100	APR	Flavia Cristina Pertinhes Franco	Me.
Biossegurança no Controle de Infecção Hospitalar	13	B	100	APR	Josiane Estela de Oliveira Prado	Esp.
Condutas em Queimaduras, Tratamentos de Feridas e Hemorragias	13	A	100	APR	Cristiane Rocha	Esp.
Cuidados à pacientes grupos especiais - pediátricos e gestantes em urgência e emergência	13	A	100	APR	Maria Fernanda Leite	Me.
Cuidados à pacientes grupos especiais portadores de transtornos mentais e geriátricos em urgência e emergência	13	A	100	APR	Ana Carolina Medeiros	Esp.
Cuidados em emergência clínica	13	B	100	APR	Armando dos Santos Trettene	Me.
Cuidados em emergências traumáticas	13	B	100	APR	Priscila Higashi	Me.
Emergências Neurológicas	13	A	85	APR	Ronaldo Lopes	Me.
Epidemiologia e Cinemática do Trauma e das Emergências	13	A	100	APR	Marilene Lombardoso	Esp.
Farmacologia	13	A	100	APR	Edna Maria Masotti Imbriani	Esp.
Humanização e Sistematização da Assistência em enfermagem	13	A	100	APR	Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini	Dr.
Integração e Relações Interpessoais	13	A	100	APR	Maria Heloisa Ferran Beltrame	Esp.
Interação da Equipe Interdisciplinar em Saúde	13	A	100	APR	Ana Maria Fernandes	Me.
Intervenções ao Paciente com Alterações Metabólicas e Gastrointestinais	13	B	100	APR	Armando dos Santos Trettene	Me.
Intervenções ao Paciente com Alterações Respiratórias e Cardiovascular	13	C	85	APR	Ronaldo Lopes	Me.
Legislação: Responsabilidade dos Profissionais de Saúde e Direitos do Paciente	13	A	100	APR	Alexandre Luiz Fantini Carreira	Me.
MES - Metodologia do Ensino Superior	13	A	100	APR	Camelia Santina Murgo Mansão	Dra.
MTC 2 - Redação Técnica, Normalização e Construção do Poster	13	A	100	APR	Priscila Capelato Prado	Me.
MTC I - Elaboração de Poster	13	A	100	APR	Adriane Branco Folkis Pontalti	Esp.
Planejamento de serviços de urgência, emergência	13	A	100	APR	Ana Maria Fernandes	Me.
Procedimentos Teóricos Práticos	91	A	100	APR	Ana Maria Fernandes	Me.
Suporte Avançado de Vida	13	B	100	APR	Laercio Martins De Stefano	Dr.

APR: Aprovado
CUR: Cursando
DEP: Dependência
DES: Desistente
IND: Não concluiu
RFR: Reprovado por frequência
RMD: Reprovado por média

Monografia / TCC: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI
Conceito APROVADO

Observações

O aluno é considerado aprovado na disciplina quando obtém conceito A, B ou C.
A freqüência necessária para aprovação corresponde a um comparecimento igual ou superior a 75% das aulas.
O aluno é considerado reprovado quando obtém conceito D ou E, ou freqüência insuficiente (I).
Para obter a aprovação no curso é necessária a aprovação em todas as disciplinas e a aprovação da monografia ou trabalho de conclusão de curso.
O curso obedeceu às disposições da legislação vigente. Resolução nº 001/2007 de 08/06/2007 da Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação, publicada no Diário Oficial da União em 08/06/2007.

Ato Legal: Portaria nº 4.003 de 30 de dezembro de 2002 (DOU 31/12/2002)

Secretária de Pós-Graduação
Brusque (SC), 04 de setembro de 2013.

ASSEVIM – ASSOCIAÇÃO EDUC. DO VALE DO ITAJAÍ MIRIM
GERÊNCIA ACADÊMICA
REGISTROS DE CERTIFICADOS E ATESTADOS

REGISTRO Nº 07 EXPEDIDO EM 04//09/2013
LIVRO Nº 003 FOLHA Nº 002
BRUSQUE (SC), 04/09/2013

GERENTE ACADÊMICO

599

Universidade de Santo Amaro

OSEC - Organização Santamarense de Educação e Cultura

O Reitor da Universidade de Santo Amaro, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Enfermagem, pela Faculdade de Enfermagem, após Colação de Grau realizada em 14 de dezembro de 2001, confere o título de

Enfermeiro a

Luciane Hupalo da Silva

brasileira, natural do Estado de Santa Catarina, nascida a 20 de janeiro de 1978,
RG 29.015.805-9 - SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 19 de novembro de 2002

Reitor

Diplomado

Diretor da Faculdade de Enfermagem

Diretor de Registros Acadêmicos

4332200

Curso de

ENFERMAGEM

econhecido pela Portaria Ministerial n.º 1.880 de 22-08-2001
publicada no Diário Oficial da União em 24-08-2001

Ministério da Educação
Universidade de Santo Amaro - UNISA

SECRETARIA DE REGISTRO DE DIPLOMAS – S.R.D.

Diploma registrado nos termos do § 1.º art. 48, da Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996.

Registro n.º 03578 livro 04 fls. 289

Processo n.º 2003.1.40777-9

São Paulo, 07/02/2003

J. Hoffmann

Responsável pelo Registro

111057

002433

CENTRO UNIVERSITÁRIO SENAC

A Diretora de Pós-graduação e Pesquisa, no uso de suas atribuições e tendo em vista os resultados obtidos, confere o certificado de Pós-graduação - lato sensu, especialização em

Gestão de Saúde

área de conhecimento: Administração Hospitalar a

Luciane Hupalo da Silva

nacionalidade brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 20 de janeiro de 1978,
R.G. n.º 29.015.805-9 - SP

e outorga-lhe o presente certificado, de acordo com o disposto na Resolução CNE/CES n.º 1 de 08/06/2007.

São Paulo, 13 de maio de 2010

Izabela O. S. M. Piquet Guimarães
Diretora de Registro Acadêmico

Flávia Feitosa Santana
Diretora de Pós-graduação e Pesquisa

Concluinte

002436

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CERTIFICADO

Conferimos a **Luciane Hupalo da Silva, RG. 29.015.805-9** o presente certificado de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu*:

Especialização em Gestão da Qualidade em Saúde

promovido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial nº 406/07 de 14/05/07, realizado no período de 01/02/2013 à 31/12/2013, compreendendo 420 horas.

São Paulo, 29 de Maio de 2014.

Thatiani Fonseca Ramires Serpeloni
Secretária Acadêmica da Pós-graduação

Profª Drª. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Titulado

43320

CENTRO UNIVERSITÁRIO SENAC

Portaria de credenciamento: Nº. 2.677 de 02/09/04 - D.O.U. de 03/09/04

002438

HISTÓRICO ESCOLAR

Curso de pós-graduação *Lato Sensu*: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SAÚDE

Nome: LUCIANE HUPALO DA SILVA | Data de nascimento: 20/01/1978 | RA: 0000031793

Naturalidade: SÃO PAULO | Nacionalidade: BRASILEIRA | RG: 29.015.805- 9/SP

Ano/ semestre	disciplina	C.H.	Nota Final	Docente	qualificação
2008/1	Ética e direito em saúde	20	7,0	Rubens Baptista Junior	Especialista
2008/1	Sistemas e políticas de saúde	24	9,0	Lourdes Bernadete dos Santos Pito Alexandre	Doutora
2008/1	Teoria geral da administração I	20	7,0	Djair Picchiai	Doutor
2008/1	Tecnologia da informação em saúde	20	7,5	Deborah Pimenta Ferreira	Doutora
2008/1	Planejamento em saúde I	24	7,0	Susana Rosa Lopez Barrios	Doutora
2008/1	Comportamento organizacional	20	7,0	Valéria Terra	Mestre
2008/2	Comunicação e marketing em saúde	20	8,0	Rubens Baptista Junior	Especialista
2008/2	Economia da saúde	20	8,5	Cláudio Robson Fracalanza	Mestre
2008/2	Seminários temáticos	20	8,0	Rubens Baptista Junior	Especialista
2008/2	Gestão de projetos e operações em saúde	20	7,0	Libânia Rangel de Alvarenga Paes	Mestre
2008/2	Gestão de serviços de atenção direta ao paciente	24	9,0	Pubenza Lopez Castellano	Mestre
2008/2	Gestão de pessoas em organizações de saúde	24	8,5	Rose Marie Inojosa	Doutora
2008/2	Metodologia de elaboração de projetos de pesquisa I	12	7,5	Frineia Rezende da Silva	Mestre
2009/1	Epidemiologia e estatística em saúde	24	10,0	Rubens Baptista Junior	Especialista
2009/1	Planejamento físico e funcional em organizações de saúde	20	10,0	Sandra Paula Fiorentini	Mestre
2009/1	Gestão de serviços de apoio	24	8,5	Walter Cintra Ferreira Junior	Mestre
2009/1	Administração financeira e custos em saúde	24	8,5	Rute de Freitas	Especialista
2009/1	Orientação para trabalho de conclusão de curso	6	APV	Libânia Rangel de Alvarenga Paes	Mestre
	Total da carga horária cursada	366			

Declaramos que o referido curso cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº. 01/2007.

Período e local de realização: 03/03/2008 a 27/05/2009 em São Paulo	Data de conclusão: 28/09/2009
Nota mínima para aprovação: 7,0	
Monografia: A importância da prevenção para o controle de custos em operações de saúde.	Nota: 8,5
APV = Aprovado (a).	
O presente documento não contém emendas ou rasuras. Ficam para todos os efeitos invalidados os espaços inutilizados.	

São Paulo, 13 de maio de 2010.

Izabela Ottoni de Santa Martha Piquet Guimarães
Diretora de Registro Acadêmico
RG.: 54.251.178-2/SP

604

RES: Processo de Validação na Fonte - LUCIANE HUPALO DA SILVA

002439

Secretaria - UniSaoPaulo [secretaria2@unisaopaulo.com.br]

Enviado: quinta-feira, 28 de fevereiro de 2013 16:19

Para: Veronica Neves de Luna - H. Paulistano/SP

Boa tarde Veronica,

Confirmamos que a aluna Luciane Húpalo da Silva realizou com a Unisãopaulo (parceria com a Universidade Cidade de São Paulo) o curso de Pós Graduação em Auditoria em Serviços da Saúde, de 06 de Março de 2010 a 07 de Agosto de 2011. Foi emitido a aluna a Declaração de conclusão de curso.

Qualquer dúvida estou à disposição.

Atenciosamente,

Monique Góes

unisãopaulo.

(11) 5535-8474
(11) 2476-3371
www.unisaopaulo.com.br

Antes de imprimir esse e-mail, pense em seu compromisso com o Meio Ambiente.

De: Veronica Neves de Luna - H. Paulistano/SP [mailto:vluna@hospitalpaulistano.com.br]
Enviada em: quinta-feira, 28 de fevereiro de 2013 15:12
Para: secretaria2@unisaopaulo.com.br
Assunto: Processo de Validação na Fonte - LUCIANE HUPALO DA SILVA

Boa tarde!

Venho por meio desta solicitar a confirmação da veracidade do **Diploma da ex- aluna LUCIANE HUPALO DA SILVA**, a mesma concluiu o curso de Pós Graduação Lato Sensu em Auditoria em Serviços de Saúde em 2010/2011.

Hoje ela faz parte do quadro de colaboradores da empresa ESHO - Empresa de Serv. Hosp SA, estamos passando por um processo internacional – ***Padrões de Acreditação Joint Commission International para Hospitais.*** Tal documento deve-se única e exclusivamente para esse processo de acreditação.

Sem mais para o momento, ficamos a inteira disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Hospital Paulistano

Veronica Neves de Luna
Amil Assistência Médica Internacional S/A.
vluna@hospitalpaulistano.com.br

Nossas gerações
Cuidando da saúde do planeta.
Só imprima esta mensagem se for realmente necessário.
Responsabilidade ambiental: esse é o nosso papel.

605

AMB
Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira
Sociedade Brasileira de Cardiologia

conferem o

Título de Especialista em Cardiologia

ao

Dr. Bento Gomes de Moraes Neto

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

São Paulo, 26 de setembro de 2014

Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho
Presidente da AMB

Dr. Antônio Jorge Salomão
Secretário Geral da AMB

Dr. Angelo Amato V de Paola
Presidente da SBC

Dr. Emilio Cesar Zilli
Diretor Administrativo da SBC

1º TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LINS
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL APRESENTADO
LINS-SP, 03 DEZ 2021

122382
AUTENTICAÇÃO
AU0532AB0640873

Digitalizado com CamScanner

002440

República Federativa do Brasil
Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Programa de Residência Médica

Credenciado pela CNRM/MEC Parecer 763/2013 de 26/09/2013

Certificado

Certificamos que o Doutor

Bento Gomes de Moraes Neto

CRM n.º 133.368-SP, CPF 059.703.076-61, concluiu o 3º ano opcional do Programa de Residência Médica de Cardiologia na Área de Atuação - Eletrofisiologia Clínica Invasiva, no período de 01 de março de 2014 a 28 de fevereiro de 2015.

São Paulo, 28 de fevereiro de 2015

Médico

Dr. Carlos Gun
Presidente da Comissão de Residência Médica

Dr. Dalmo Antonio Ribeiro Moreira
Coordenador do Curso de Eletrofisiologia

Dra. Amanda G. M. R. Sousa
Diretora Geral

REGISTRO CIVIL 1º SUB. SÃO CARLOS - SP
AUTENTICAÇÃO
...ntico a presente cópia extraída nesta
...ntia, que confere com o original que dou fé.
08 DEZ. 2021
19180 AUTENTICAÇÃO AU0973AA0965806
MARIA RITA MODENEZ MORELLI
TACIANE CIPRIANO DOS S. FERRAZ
LOREN DAMIN SILVA FERNANDES
ANDRESSA FERREIRA DOS SANTOS
Não somente com selo de autenticidade

002741

Digitalizado com CamScanner

Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo

Hospital Ipiranga

Certificado

Certificamos que o

Dr. Bento Gomes de Moraes Neto

CRM 133.368 - M.F. - SP, CPF 059703076-61
concluiu o Programa de Residência Médica na especialidade de

Clínica Médica,

cursada no período de 01 de fevereiro de 2010 à 31 de janeiro de 2012, a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei nº 6.932, publicada no Diário Oficial em 09/07/81.

São Paulo, 01 de fevereiro de 2012

Dra. Ana Maria Abrahão Thomaz Chaddad
Diretor da Unidade

Médico Residente

Dr. Fernando Lara Roquette
Presidente da Comissão de Residência Médica

122382
AUTENTICAÇÃO
AU0632AB0540869

03 DEZ 2021

Digitalizado com CamScanner

002442

AMB
Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira

SBCM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA

Sociedade Brasileira de Clínica Médica

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA

ao

Dr. Bento Gomes de Moraes Neto

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

São Paulo, 23 de janeiro de 2012

Dr. Florentino de Araujo Cardoso Filho
Presidente da AMB

Dr. Aldemir Humberto Soares
Secretário Geral da AMB

Dr. Antonio Carlos Lopes
Presidente da SBCM

Dr. Mario da Costa Cardoso Filho
Secretário Geral da SBCM

REGISTRO CIVIL 1º SUB. SAO CARLOS - SP
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia extraída nesta serventia, que confere com o original que dou fé.
08 DEZ. 2021
MARIA RITA MUDENEZ MORELLI
119180
AUTENTICAÇÃO
AU0973AA0965829

Digitalizado com CamScanner

3242200

002444

CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CERTIFICADO

A Comissão de Especialidades Médicas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, certifica que analisou e aprovou, conforme as normas em vigor, o registro de qualificação de especialista do(a) médico(a) abaixo:

Dr(a).: **BENTO GOMES DE MORAES NETO**

Especialidade: **CLINICA MEDICA**

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PR...
ESTÁ C...
03 DEZ 2021

122382
AUTENTICAÇÃO
AU0532AB0540856

São Paulo, 20 de março de 2012.

Dr. ANDRÉ SCATIGNO NETO
Dr. AKIRA ISHIDA
Comissão de Especialidades

192851

Digitalizado com CamScanner

AMB
Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira
Associação de Medicina Intensiva Brasileira

AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

conferem o

Título de Especialista em Medicina Intensiva

ao

Dr. Bento Gomes de Moraes Neto

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

São Paulo, 8 de novembro de 2015

Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho
Presidente da AMB

Dr. Antônio Jorge Salomão
Secretário Geral da AMB

Dra. Mirella Cristine de Oliveira
Presidente da AMIB

Dra. Patricia Machado Veiga de Carvalho Mello
Secretária Geral da AMIB

AUTENTICAÇÃO
AU097JAA09658276
119180
MARIA RITA MODENEZ MORELLI
TACIANE CIPRIANO DOS S. FERRAZ
LORENDAMIN SILVA FERNANDES
ANDRESSA FERREIRA DOS SANTOS
REGISTRO CIVIL 1º SUB. SÃO CARLOS - SP
AUTENTICAÇÃO
08 JAN 2016
Válido somente com selo de autenticidade

Digitalizado com CamScanner

002.425

CFM-CRM
Conselho Federal e Regional de Medicina

16

CERTIFICADO

A Comissão de Especialidades Médicas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, certifica que analisou e aprovou, conforme as normas em vigor, o registro de qualificação de especialista do(a) médico(a) abaixo:

Dr(a).: **BENTO GOMES DE MORAES NETO - CRM 133368**

Especialidade: **MEDICINA INTENSIVA**
RQE: **60428**
Data de Aprovação: **21/06/2016**

São Paulo, 22 de junho de 2016.

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DA COMARCA DE LINS-SP
LINS-SP, 03 DEZ 2021
122382 AUTENTICAÇÃO
AU0532AB0540868

Dr. ANDRÉ SCATIGNO NETO
Dr. AKIRA ISHIDA
Comissão de Especialidades

CFM-CRM

Digitalizado com CamScanner

Certificado

faech
FACULDADE DE EMPREENDEDORISMO E CIÊNCIAS HUMANAS
Credenciada pela Portaria nº 188 de 05/04/2016
D.O.U. de 06/04/2016

fabras
FACULDADE IBRA DE BRASÍLIA
Credenciada pela Portaria nº 822 de 14/10/2020
D.O.U. de 16/10/2020
Credenciada pela Portaria EAD nº 650 de 12/08/2020
D.O.U. de 13/08/2020

O Diretor Geral da **Faculdade de Empreendedorismo e Ciências Humanas - FAECH** em parceria técnico-científica com a **Faculdade Ibra de Brasília - FABRAS** no uso de suas atribuições regimentais certifica que **ELIZANDRA SANCHES ALVES,** RG **428188461,** concluiu o curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em **MBA AUDITORIA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE SAÚDE** realizado no período de **15/06/2020** a **18/06/2021** totalizando **410**h, outorgando-lhe o presente Certificado a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Uberlândia/MG, **18 de Junho de 2021**

ELIZANDRA SANCHES ALVES
Aluno(a)

BRUNO LOPES DE SOUZA SANTOS
Diretor Geral Faculdade FAECH
Diretor Geral Faculdade FABRAS

IBRA

00277

Digitalizado com CamScanner

HISTÓRICO ESCOLAR DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MBA AUDITORIA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE SAÚDE

(Nos termos do § 2 do art. 7º da resolução CES/CNE nº1, de 8 de junho de 2007 e da resolução nº1, de 6 de Abril de 2018).

NOME DO(A) ALUNO(A): ELIZANDRA SANCHES ALVES			**NATURALIDADE:** Cafelândia/SP	**NACIONALIDADE:** Brasileira
Doc. Identidade: 428188461	Órgão Emissor: SSP/SP	Data Nasc: 22/09/1983	**FILIAÇÃO:** Leni Palma Sanches Alves e Gilmar José Alves	
Graduado no curso: Bacharelado em Enfermagem			Período de realização do curso de especialização: 15/06/2020 a 18/06/2021	

Nome da Disciplina	Carga Horária	Aproveitamento	Resultado	Professor/Titulação
ÉTICA	60	10,0	Aprovado	Pollyane Aparecida Soares Alves Barros - Esp
EPIDEMIOLOGIA, VIGILÂNCIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	70	9,0	Aprovado	Welles Ronam Pimentel - DSc
AUDITORIA NO SISTEMA SUS E PRIVADO DE SAÚDE	70	10,0	Aprovado	Bruno Lopes de Souza Santos- Esp
QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE; ISO 9001	70	10,0	Aprovado	Luis Fernandes da Silva - Esp
INSTITUIÇÕES E PLANOS DE SAÚDE	70	10,0	Aprovado	Welles Ronam Pimentel - DSc
RELATÓRIOS E INDICADORES NA AUDITORIA HOSPITALAR	70	10,0	Aprovado	Patrícia Silva Paixão - Esp
CARGA HORÁRIA TOTAL	410			

Aluno dispensado do Trabalho de Conclusão de Curso de acordo com a Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018, emitida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

Certificado registrado nos termos do § 2 do art. 7º da resolução CES/CNE nº1, de 8 de junho de 2007 e da resolução nº1, de 6 de Abril de 2018 e de acordo com a Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996, tendo o certificado validade em todo o território nacional.

REGISTRO DO CERTIFICADO FAC. FABRAS
Registrado sob o nº**200000017924** no livro nº 021 em **18/06/2021**

REGISTRO DO CERTIFICADO FAC. FAECH
Registrado sob o nº**200000017924** no livro nº 021 em **18/06/2021**

Pós-Graduação Lato Sensu em parceria técnico-científica entre as faculdades FABRAS e FAECH

Área do Conhecimento: Saúde e bem-estar
Data de Emissão: 18/06/2021
Média mínima para aprovação: 7,00
Frequência mínima para aprovação: 75%

Sec. Acadêmica FABRAS

Sec. Acadêmica FAECH

Consulta Pública de Veracidade

DDFCAf66-3B013F0-17DCE296-05AA1BB4

Link para Validação disponível no site

Digitalizado com CamScanner

Faculdade UniBF

UniBF
FACULDADE

CERTIFICADO

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor Geral da Faculdade UniBF no uso de suas atribuições, confere o Título de Especialista a

ADRIANA TARABORELLI

pela conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em **MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR,** *com* **420 horas,** *aprovado pelo Conselho Diretor, através da Resolução CONDI nº 002/18, de 14/05/2018 e promovido por esta Faculdade no período de 19 de agosto de 2019 a 25 de julho de 2020.*

Paraíso do Norte, 27 de julho de 2020.

Adival José Reinert Junior
Diretor Geral

Adriana Taraborelli
Concluinte

Digitalizada com CamScanner

Aluna: ADRIANA TARABORELLI
Curso: MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR
Área de Conhecimento (CAPES/CNPQ): Negócios, administração e direito

CPF: 307.780.378-00
Registro: 18217 Livro: 10 Folha: 99
Data do Registro: 27/07/2020

Disciplina	Ministrante	Titulação	CH	Nota	Frequência	Situação Final
Comunicação corporativa	Fabiana Moreira Gaviolli	Mestre	60	9	100 %	Aprovada
Ética e responsabilidade social e profissional	Oswaldo Oliveira Santos Júnior	Mestre	30	10	100 %	Aprovada
Gestão dos serviços da saúde	Mayara Moreira Rogério Carvalho	Especialista	60	9	100 %	Aprovada
Gestão estratégica e organizacional	Márcia Huppe Fávero	Especialista	60	10	100 %	Aprovada
Gestão estratégica em saúde	Rui Bocchino Macedo	Mestre	90	10	100 %	Aprovada
Gestão hospitalar	Márcio Moraes	Doutor	90	10	100 %	Aprovada
Metodologia da pesquisa e do trabalho científico	Hugo Allan Matos	Mestre	30	10	100 %	Aprovada
Carga Horária do Curso			420			

Recredenciada pela portaria nº 345 de 05/05/2016, publicada no D.O.U. em 06/05/2016. Credenciada para oferta em EAD pela portaria nº 1.851, publicada no D.O.U. de 24/10/2019. Este curso obedeceu a todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 06 de abril de 2018. Atendendo as exigências da lei nº 9.394/1996, do CNE.

Elisângela I. dos Santos
Secretária Acadêmica

Paraíso do Norte, 27 de julho de 2020
Faculdade UniBF - CNPJ: 07.481.324/0001-38
Rua Olavo Bilac, nº 78 - Centro - CEP 87.780-000 - Paraíso do Norte - Paraná
Telefone: (44) 3431-1212 - 99149-7882 (Secretaria de Pós-Graduação)

Digitalizada com CamScanner

002451

PROPOSTA FINANCEIRA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023

GARÇA – SP

DEZEMBRO – 2023

617

Almirante Tamandaré
PREFEITURA DA CIDADE

AHBB | REDE SANTA CASA

002452

Sumário

1. INTRODUÇÃO 1
2. PLANILHA DE CUSTO (MEMÓRIA DE CÁLCULO) E CRONOGRAMA FÍSICO FINANCEIRO 2
2.1 Valor Global da Proposta Econômica: 12 Meses 4
2.2 Composição de Custo Profissionais CLT Direto AHBB|Rede Santa Casa 4
2.3 Relação dos Profissionais com a Respectiva Carga Horária Semanal, Turno do Serviço, Área de Trabalho, Regime de Contratação e Quantidade de Colaboradores 8
2.4 Relação dos postos médicos com a Respectiva Carga Horária, Regime de Contratação, forma de vínculo com AHBB|REDE SANTA CASA. 9
2.5 Cronograma de Desembolso 9

618

1. INTRODUÇÃO

A ***AHBB/Rede Santa Casa***, submete a Comissão Especial de Seleção do **Município de Almirante Tamandaré/PR**, por intermédio da **Secretaria Municipal Saúde** os documentos que se referem ao Programa de Trabalho.

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

Pronto Atendimento 24 horas – Rua Lourenço Ângelo Buzato, 592, centro – Almirante Tamandaré-PR;

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

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

Programa de Trabalho

- Proposta Técnica
- Proposta Financeira

Nos colocamos a inteira disposição para esclarecimentos.

619

2. PLANILHA DE CUSTO (MEMÓRIA DE CÁLCULO) E CRONOGRAMA FÍSICO FINANCEIRO

AHBB | REDE SANTA CASA

PROPOSTA ECONOMICA-FINANCEIRA
GESTÃO - OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - ALMIRNTE TAMANDARÉ / PR

ORDEM	OBJETO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
1	RECURSOS HUMANOS		
1.1	REMUNERAÇÃO	R$ 439.840,98	R$ 5.278.091,76
1.2	ENCARGOS	R$ 35.187,35	R$ 422.248,20
1.3	PROVISÃO (Férias)	R$ 54.344,76	R$ 652.137,12
1.4	PROVISÃO (13º Salário)	R$ 40.758,55	R$ 489.102,60
1.5	PROVISÃO (Multa FGTS)	R$ 14.075,20	R$ 168.902,40
1.6	BENEFICIOS	R$ 100.275,16	R$ 1.203.301,92
	TOTAL 1	R$ 684.482,00	R$ 8.213.784,00
2	MATERIAIS E INSUMOS ASSISTENCIAIS	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
2.1	MATERIAIS HOSPITALARES	R$ 102.937,50	R$ 1.235.250,00
2.2	MEDICAMENTOS	R$ 125.812,85	R$ 1.509.754,20
2.3	GASES MEDICINAIS	R$ 35.136,00	R$ 421.632,00
	TOTAL 2	R$ 263.886,35	R$ 3.166.636,20
3	MATERIAIS E INSUMOS DE CONSUMO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
3.1	MATERIAIS PERMANENTES	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
3.2	MATERIAIS DE CONSUMO E DESCARTÁVEIS	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
3.3	PRODUTOS ALIMENTÍCIOS	R$ 20.900,00	R$ 250.800,00
3.4	MANUTENÇÃO PREDIAL	R$ 6.500,00	R$ 78.000,00
3.5	COMBUSTÍVEL	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
3.6	MATERIAIS DE ESCRITÓRIO E SUP DE INFORMATICA	R$ 4.500,00	R$ 54.000,00
3.7	CRACHÁS FUNCIONAIS E AFINS	R$ 500,00	R$ 6.000,00
3.8	UNIFORMES	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00
3.9	GLP	R$ 450,00	R$ 5.400,00
3.10	PRODUTO DE HIGIENE E LIMPEZA	R$ 7.500,00	R$ 90.000,00
	TOTAL 3	R$ 49.850,00	R$ 598.200,00
4	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
4.1	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS	R$ 695.067,50	R$ 8.340.810,00
4.2	SERVIÇOS EXAMES LABORATORIAIS	R$ 28.000,00	R$ 336.000,00
4.3	SERVIÇOS EXAMES DE IMAGEM	R$ 90.000,00	R$ 1.080.000,00
	TOTAL 4	R$ 813.067,50	R$ 9.756.810,00

5	SERVIÇOS DE UTILIDADE PÚBLICA	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
5.1	TELEFONIA, INTERNET, SISTEMA DE ATENDIMENTO	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
	TOTAL 5	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
6	CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ADM E APOIO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
6.1	COLETA DE RESÍDUOS HOSPITALARES - PGRSS	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
6.2	CME	R$ 4.500,00	R$ 54.000,00
6.3	LAVANDERIA	R$ 21.217,50	R$ 254.610,00
6.4	HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA	R$ 42.500,00	R$ 510.000,00
6.4	ENGENHARIA CLINICA (MC &MP)	R$ 12.000,00	R$ 144.000,00
6.5	MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO	R$ 5.040,00	R$ 60.480,00
6.6	SISTEMA DE PONTO ELETRONICO	R$ 2.016,00	R$ 24.192,00
6.7	AR CONDICIONADO - MC & MP (PMOC)	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
6.8	LIMPEZA DE CAIXA DAGUA E ANALISE DE AGUA	R$ 500,00	R$ 6.000,00
6.9	DEDETIZAÇÃO, DESRATIZAÇÃO E PRAGA URBANA	R$ 500,00	R$ 6.000,00
6.10	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS ADMINISTRATIVOS	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
6.11	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
6.12	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMATICA	R$ 8.500,00	R$ 102.000,00
6.13	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO GERAL	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
6.14	EDUCAÇÃO PERMANENTE	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
	TOTAL 6	R$ 121.273,50	R$ 1.455.282,00
7	DESPESAS GERENCIAIS	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
7.1	SEGUROS INSTITUCIONAIS	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
7.2	DESPESAS FINANCEIRAS	R$ 1.200,00	R$ 14.400,00
7.3	DESPESAS CARTORÁRIAS/AUTENTICAÇÕES/CORREIOS	R$ 750,00	R$ 9.000,00
7.4	GESTÃO DE DP E RH	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00
7.5	ASSESSORIA JURIDICA	R$ 22.500,00	R$ 270.000,00
7.6	AUDITORIA E CONTROLADORIA	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00
7.8	CONTABILIDADE E FISCAL	R$ 22.500,00	R$ 270.000,00
	TOTAL 7	R$ 98.450,00	R$ 1.181.400,00
	TOTAL CUSTEIO	R$ 2.034.509,35	R$ 24.414.112,20

Valor Mensal: R$2.034.509,35 (dois milhões, trinta e quatro mil, quinhentos e nove reais e trint e cinco centavos).

Valor Total 12 meses: R$24.414.112,20 (vinte e quatro milhões, quatrocentos e quatorze mil, cento e doze reais e vinte centavos)

2.1 Valor Global da Proposta Econômica: 12 Meses

AHBB | REDE SANTA CASA

VALOR GLOBAL DA PROPOSTA ECONOMICA: 12 MESES
GESTÃO - OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - ALMIRNTE TAMANDARÉ / PR

ORDEM	OBJETO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
1	RECURSOS HUMANOS		
	TOTAL 1	R$ 684.482,00	R$ 8.213.784,00
2	MATERIAIS E INSUMOS ASSISTENCIAIS	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
	TOTAL 2	R$ 263.886,35	R$ 3.166.636,20
3	MATERIAIS E INSUMOS DE CONSUMO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
	TOTAL 3	R$ 49.850,00	R$ 598.200,00
4	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
	TOTAL 4	R$ 813.067,50	R$ 9.756.810,00
5	SERVIÇOS DE UTILIDADE PÚBLICA	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
	TOTAL 5	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
6	CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ADM E APOIO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
	TOTAL 6	R$ 121.273,50	R$ 1.455.282,00
7	DESPESAS GERENCIAIS	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
	TOTAL 7	R$ 98.450,00	R$ 1.181.400,00
	TOTAL CUSTEIO	R$ 2.034.509,35	R$ 24.414.112,20

Valor Mensal: R$2.034.509,35 (dois milhões, trinta e quatro mil, quinhentos e nove reais e trint e cinco centavos).

Valor Total 12 meses: R$24.414.112,20 (vinte e quatro milhões, quatrocentos e quatorze mil, cento e doze reais e vinte centavos)

2.2 Composição de Custo Profissionais CLT Direto AHBB|Rede Santa Casa

Módulo 1 - Composição da Remuneração			
1	Composição da Remuneração	Valor (R$)	
A	Salário-Base	R$	364.591,14
B	Adicional de Insalubridade	R$	40.838,40
C	Adicional Noturno	R$	25.651,76
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	R$	8.759,68
Total		R$	439.840,98

Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários			
Submódulo 2.1 - 13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias			
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**	
A	13º (décimo terceiro) Salário	R$	40.758,55
B	Férias	R$	40.758,55
C	Adicional de Férias	R$	13.586,21
Total		R$	95.103,31

Submódulo 2.2 - Encargos Previdenciários (GPS), Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Valor (R$)**	
A	GPS (27,8%)	R$	-
B	FGTS (8%)	R$	35.187,35
Total		R$	35.187,35

Submódulo 2.3 - Benefícios Mensais e Diários.			
2.3	**Benefícios Mensais e Diários**	**Valor (R$)**	
A	VALE ALIMENTAÇÃO - CESTA BÁSICA	R$	96.480,00
B	VALE TRANSPORTE	R$	3.795,16
Total		R$	100.275,16

Quadro-Resumo do Módulo 2 - Encargos e Benefícios anuais,			
2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)	
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	R$	95.103,31
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	R$	35.187,35
2.3	Benefícios Mensais e Diários	R$	100.275,16
Total		R$	230.565,82

623

Módulo 3 - Provisão para Rescisão			
3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)	
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão	R$	14.075,20
Total		R$	14.075,20

Módulo 4 - INSUMOS DIVERSOS			
4	Insumos Diversos	Valor (R$)	
A	Uniforme	R$	2.000,00
Total		R$	2.000,00

Módulo 5 - Tributos			
5	Tributos	Valor (R$)	
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento (1%)	R$	-
Total		R$	-

6. QUADRO-RESUMO DO CUSTO			
Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)		Valor (R$)	
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	R$	439.840,98
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais,	R$	230.565,82
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	R$	14.075,20
D	Módulo 4 - Insumos Diversos	R$	2.000,00
E	Módulo 5 - Custos Indiretos e Tributos	R$	-
Total		R$	686.482,00

524

Cargo / Função	Período	Jornada Semanal	Salário Bruto	Adicional (Noturno)	Insalubridade ou Periculosidade	1/3 Férias (1+12)	Férias (1+12)	13º Salário (1+12)	Adicional (Qualificação de Função)	Benefícios (Cesta Básica e V. Transporte)	8% FGTS	Aviso Prévio e Rescisão	Custo Mensal (Sal Bruto + 1/3 Fer + 13º Sal + 8% FGTS)	Qtde	TOTAL MENSAL POR PROFISSIONAL
Assist. Técnico Administrativo	Diurno	36h	R$ 2.142,23	R$ -	R$ 283,60	R$ 74,93	R$ 224,79	R$ 224,79	R$ -	R$ 695,47	R$ 194,07	R$ 77,83	R$ 3.917,51	3	R$ 11.752,53
Assist. Técnico Administrativo	Noturno	36h	R$ 2.142,23	R$ 436,65	R$ 283,60	R$ 88,42	R$ 265,26	R$ 265,26	R$ -	R$ 695,47	R$ 229,00	R$ 91,80	R$ 4.497,49	2	R$ 8.994,98
Auxiliar de Farmácia	Diurno	36h	R$ 1.756,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 63,00	R$ 188,00	R$ 188,00	R$ -	R$ 718,64	R$ 163,17	R$ 65,27	R$ 3.427,68	3	R$ 10.283,04
Auxiliar de Farmácia	Noturno	36h	R$ 1.756,00	R$ 367,13	R$ 283,60	R$ 74,34	R$ 223,02	R$ 223,02	R$ -	R$ 718,64	R$ 192,54	R$ 77,02	R$ 3.915,31	3	R$ 11.745,93
Zelador	Diurno	36h	R$ 1.741,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 62,54	R$ 187,61	R$ 187,61	R$ -	R$ 719,54	R$ 161,97	R$ 64,79	R$ 3.408,66	12	R$ 40.903,92
Zelador	Noturno	36h	R$ 1.741,00	R$ 364,43	R$ 283,60	R$ 73,79	R$ 221,38	R$ 221,38	R$ -	R$ 719,54	R$ 191,12	R$ 76,45	R$ 3.892,69	7	R$ 27.248,83
Auxiliar de Escritório	Diurno	36h	R$ 1.741,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 62,54	R$ 187,61	R$ 187,61	R$ -	R$ 719,54	R$ 161,97	R$ 64,79	R$ 3.408,66	5	R$ 17.043,30
Auxiliar de Escritório	Noturno	36h	R$ 1.741,00	R$ 364,43	R$ 283,60	R$ 73,79	R$ 221,38	R$ 221,38	R$ -	R$ 719,54	R$ 191,12	R$ 76,45	R$ 3.892,69	3	R$ 11.678,07
Copeira	Diurno	36h	R$ 1.741,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 62,54	R$ 187,61	R$ 187,61	R$ -	R$ 719,54	R$ 161,97	R$ 64,79	R$ 3.408,66	3	R$ 10.225,98
Copeira	Noturno	36h	R$ 1.741,00	R$ 364,43	R$ 283,60	R$ 73,79	R$ 221,38	R$ 221,38	R$ -	R$ 719,54	R$ 191,12	R$ 76,45	R$ 3.892,69	3	R$ 11.678,07
Porteiro	Diurno	36h	R$ 1.741,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 62,54	R$ 187,61	R$ 187,61	R$ -	R$ 719,54	R$ 161,97	R$ 64,79	R$ 3.408,66	3	R$ 10.225,98
Porteiro	Noturno	36h	R$ 1.741,00	R$ 364,43	R$ 283,60	R$ 73,79	R$ 221,38	R$ 221,38	R$ -	R$ 719,54	R$ 191,12	R$ 76,45	R$ 3.892,69	3	R$ 11.678,07
Encarregado de Limp e Manut	Diurno	36h	R$ 2.142,23	R$ -	R$ 283,60	R$ 91,47	R$ 274,42	R$ 274,42	R$ 535,56	R$ 670,00	R$ 236,91	R$ 94,76	R$ 4.803,37	2	R$ 9.206,74
Encarregado de Limp e Manut	Noturno	36h	R$ 2.142,23	R$ 436,65	R$ 283,60	R$ 104,96	R$ 314,89	R$ 314,89	R$ 535,56	R$ 670,00	R$ 271,84	R$ 108,74	R$ 5.183,36	2	R$ 10.366,72
Encarregado de Port e Recep	Diurno	36h	R$ 2.142,23	R$ -	R$ 283,60	R$ 91,47	R$ 274,42	R$ 274,42	R$ 535,56	R$ 670,00	R$ 236,91	R$ 94,76	R$ 4.603,37	2	R$ 9.206,74
Encarregado de Port e Recep	Noturno	36h	R$ 2.142,23	R$ 436,65	R$ 283,60	R$ 104,96	R$ 314,89	R$ 314,89	R$ 535,56	R$ 670,00	R$ 271,84	R$ 108,74	R$ 5.183,36	2	R$ 10.366,72
Recepcionista	Diurno	36h	R$ 1.741,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 62,54	R$ 187,61	R$ 187,61	R$ -	R$ 719,54	R$ 161,97	R$ 64,79	R$ 3.408,66	7	R$ 23.860,62
Recepcionista	Noturno	36h	R$ 1.741,00	R$ 364,43	R$ 283,60	R$ 73,78	R$ 221,38	R$ 221,38	R$ -	R$ 719,54	R$ 191,12	R$ 76,45	R$ 3.892,69	5	R$ 19.463,45
Tec. de Informática Jr.	Diurno	40h	R$ 2.142,23	R$ -	R$ 283,60	R$ 74,93	R$ 224,79	R$ 224,79	R$ -	R$ 695,47	R$ 194,07	R$ 77,83	R$ 3.917,51	1	R$ 3.917,51
Farmaceutico	Diurno	40h	R$ 4.200,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 138,49	R$ 415,48	R$ 415,48	R$ -	R$ 670,00	R$ 358,89	R$ 143,48	R$ 6.625,22	1	R$ 6.625,22
Ger. de Enfermagem	Diurno	40h	R$ 6.500,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 259,73	R$ 779,20	R$ 779,20	R$ 1.625,00	R$ 670,00	R$ 672,69	R$ 268,08	R$ 11.838,50	1	R$ 11.838,50
Nutricionista	Noturno	40h	R$ 3.424,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 114,52	R$ 343,57	R$ 343,57	R$ -	R$ 670,00	R$ 296,61	R$ 118,64	R$ 5.594,51	1	R$ 5.594,51
Assistente Social	Diurno	30h	R$ 3.424,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 114,52	R$ 343,57	R$ 343,57	R$ -	R$ 670,00	R$ 296,61	R$ 118,64	R$ 5.594,51	2	R$ 11.189,02
Enfermeiro	Diurno	36h	R$ 4.750,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 155,48	R$ 466,45	R$ 466,45	R$ -	R$ 670,00	R$ 402,69	R$ 161,08	R$ 7.365,75	7	R$ 51.490,25
Enfermeiro	Diurno	36h	R$ 4.750,00	R$ 906,05	R$ 283,60	R$ 183,47	R$ 550,41	R$ 550,41	R$ -	R$ 670,00	R$ 475,17	R$ 190,07	R$ 8.559,18	5	R$ 42.795,90
Técnico de Enfermagem	Diurno	36h	R$ 3.325,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 111,47	R$ 334,40	R$ 334,40	R$ -	R$ 670,00	R$ 288,69	R$ 115,48	R$ 5.463,04	22	R$ 120.186,88
Técnico de Enfermagem	Noturno	36h	R$ 3.325,00	R$ 649,55	R$ 283,60	R$ 131,53	R$ 394,59	R$ 394,59	R$ -	R$ 670,00	R$ 340,65	R$ 136,26	R$ 6.325,77	14	R$ 88.560,78
Recepcionista	Diurno	36h	R$ 1.741,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 62,54	R$ 187,61	R$ 187,61	R$ -	R$ 719,54	R$ 161,97	R$ 64,79	R$ 3.408,66	4	R$ 13.634,64
Recepcionista	Noturno	36h	R$ 1.741,00	R$ 364,43	R$ 283,60	R$ 73,79	R$ 221,38	R$ 221,38	R$ -	R$ 719,54	R$ 191,12	R$ 76,45	R$ 3.892,69	4	R$ 15.570,76
Motorista	Diurno	36h	R$ 1.888,00	R$ -	R$ 283,60	R$ 67,08	R$ 201,24	R$ 201,24	R$ -	R$ 710,72	R$ 173,73	R$ 69,49	R$ 3.595,10	5	R$ 17.975,50
Motorista	Diurno	30h	R$ 1.888,00	R$ 390,89	R$ 283,60	R$ 79,15	R$ 237,46	R$ 237,46	R$ -	R$ 710,72	R$ 205,00	R$ 82,00	R$ 4.114,28	3	R$ 12.342,84
Assist. Técnico Administrativo	Diurno	36h	R$ 2.142,23	R$ -	R$ 283,60	R$ 74,93	R$ 224,79	R$ 224,79	R$ -	R$ 695,47	R$ 194,07	R$ 77,63	R$ 3.917,51	2	R$ 7.835,02
Assist. Técnico Administrativo	Diurno	36h	R$ 2.142,23	R$ 436,65	R$ 283,60	R$ 88,42	R$ 265,26	R$ 265,26	R$ -	R$ 695,47	R$ 229,00	R$ 91,80	R$ 4.497,49	2	R$ 8.994,98
TOTAIS			R$ 81.158,07	R$ 6.246,80	R$ 9.359,60	R$ 3.105,25	R$ 9.315,84	R$ 9.315,84	R$ 3.767,24	R$ 23.010,55	R$ 8.042,49	R$ 3.217,04	R$ 156.537,92	144	R$ 684.482,00

PLANO DE TRABALHO PARA MELHORIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMPLEMENTARES VOLTADAS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNCIO DE SAÚDE -SUS, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.

INSTITUIÇÃO MEMBRO
Hospitais Saudáveis

2.3 Relação dos Profissionais com a Respectiva Carga Horária Semanal, Turno do Serviço, Área de Trabalho, Regime de Contratação e Quantidade de Colaboradores

Relação dos Profissionais com a Respectiva Carga Horária Semanal, Turno do Serviço, Área de Trabalho, Regime de Contratação e Quantidade de Colaboradores									
Categoria Profissional	Carga Horária	Turno do Serviço		Área de Trabalho				Regime de Contratação	Qt Cols
	Semanal	Diurno	Noturno	Apoio / Recepção	Liderança / Niv Sup	Enferm.	Apoio Técnico		
Assist. Técnico Administrativo	36h	X	X	X				CLT Direto	3
Assist. Técnico Administrativo	36h	X		X				CLT Direto	2
Auxiliar de Farmácia	36h	X		X				CLT Direto	3
Auxiliar de Farmácia	36h		X	X				CLT Direto	3
Zelador	36h	X		X				CLT Direto	12
Zelador	36h		X	X				CLT Direto	7
Auxiliar de Escritório	36h	X		X				CLT Direto	5
Auxiliar de Escritório	36h		X	X				CLT Direto	3
Copeira	36h	X		X				CLT Direto	3
Copeira	36h		X	X				CLT Direto	3
Porteiro	36h	X		X				CLT Direto	3
Porteiro	36h		X	X				CLT Direto	3
Encarregado de Limp e Manut	36h	X		X	X			CLT Direto	2
Encarregado de Limp e Manut	36h		X	X	X			CLT Direto	2
Encarregado de Port e Recep	36h	X		X	X			CLT Direto	2
Encarregado de Port e Recep	36h		X	X	X			CLT Direto	2
Recepcionista	36h	X		X				CLT Terc	7
Recepcionista	36h		X	X				CLT Terc	5
Tec. de Informática Jr.	40h	X		X				CLT Terc	1
Farmaceutico	40h	X			X			CLT Direto	1
Ger. de Enfermagem	40h	X			X			CLT Direto	1
Nutricionista	40h	X			X			CLT Direto	1
Assistente Social	30h	X			X			CLT Direto	2
Enfermeiro	36h	X				X		CLT Direto	7
Enfermeiro	36h		X			X		CLT Direto	5
Técnico de Enfermagem	36h	X				X		CLT Direto	22
Técnico de Enfermagem	36h		X			X		CLT Direto	14
Recepcionista	36h	X					X	CLT Direto	4
Recepcionista	36h		X				X	CLT Direto	4
Motorista	36h	X					X	CLT Direto	5
Motorista	36h		X				X	CLT Direto	3
Assist. Técnico Administrativo	36h	X					X	CLT Direto	2
Assist. Técnico Administrativo	36h		X				X	CLT Direto	2
TOTAL GERAL									144

626

2.4 Relação dos postos médicos com a Respectiva Carga Horária, Regime de Contratação, forma de vínculo com AHBB/REDE SANTA CASA.

PROFISSIONAIS MÉDICOS DO PA 24 HORAS	Plantão Diurno 07h:00 as 13h:00 2ª Feira a Domingo	Plantão Diurno 13h:00 as 19h:00 2ª Feira a Domingo	Plantão Noturno 19h:00 as 01h:00 2ª Feira a Domingo	Plantão Noturno 01h:00 as 07h:00 2ª Feira a Domingo	Regime de Contratação	Forma de Vinculo com a AHBB
Atend. de Urgência e Emergência	06 Postos	06 Postos	06 Postos	06 Postos	Pessoa Jurídica	Tercerizado
Atend. de Urgência e Emergência	04 Postos	04 Postos	04 Postos	04 Postos	Pessoa Jurídica	Tercerizado
Radiologista	01 Posto	01 Posto	01 Posto	01 Posto	Pessoa Jurídica	Tercerizado
DEMAIS PROFISSIONAIS MÉDICOS	Jornada de Trabalho Semanal				Regime de Contratação	Forma de Vinculo com a AHBB
Coordenador Médico / RT	01 médico - profissional responsável pela Coordenação e Escalas Médicas e Responsável Técnico da unidade (20h/semanais)				Pessoa Jurídica	Tercerizado
Infectologista	01 médico - profissional responsável pela CCIH (10h/semanais)				Pessoa Jurídica	Tercerizado

Os postos acima apresentados totalizam 4.596 horas/mês médicas entre médicos para atendimento de urgência e emergência, radiologista, coordenador técnico/RT e infectologista, .

2.5 Cronograma de Desembolso

MÊS	OBJETO	CONCEDENTE
1	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
2	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
3	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
4	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
5	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
6	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
7	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
8	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
9	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
10	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
11	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
12	CUSTEIO	R$ 2.034.509,35
TOTAL		R$ 24.414.112,20

Valor Mensal: R$2.034.509,35 (dois milhões, trinta e quatro mil, quinhentos e nove reais e trint e cinco centavos).

Valor Total 12 meses: R$24.414.112,20 (vinte e quatro milhões, quatrocentos e quatorze mil, cento e doze reais e vinte centavos)

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838

Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2023.12.20 15:39:31 -03'00'

João Pedro Monteiro Pinotti Affonso
Presidente
AHBB/Rede Santa Casa

627

Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

Conforme item 13 do edital de Chamamento Público Nº 014/2023, apresentamos pontuação de julgamento para classificação - Envelope 2: projeto e proposta financeira, da entidade ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL CNPJ 45.349.461/0001-02.

13.1 Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da unidade de Pronto Atendimento 24 horas. Demonstra potencialidade quanto à Organização a processo sistematizado capaz de produzir resultado dentro de um contexto de produção de serviços, baseado na implantação de fluxos (6 pontos), da implantação da gestão (8 pontos) e da implantação de processos (11 pontos). Total de 25 pontos.

13.1.1 CRITÉRIO ATIVIDADE – avalia as ações propostas para a organização do Pronto Atendimento 24 horas com pontuação total de 25 pontos.			**PONTUAÇÃO POR ITEM**	**SUB TOTAL**	**Observações**
	IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	**Fluxos Operacionais para Atendimento de Usuários:** Compreendendo a circulação dos usuários em atendimento, em espera e em áreas restritas, como salas de observação, de atendimento, de suturas e curativos.	**1 ponto**	**0,5**	**O acolhimento técnico e de enfermeiros apresentado somente texto com atribuições.**
		Fluxo Operacional para Gestão de Material Médico Hospitalar e Medicamentos: Abordando o fluxo operacional relacionado ao gerenciamento de material médico hospitalar e medicamentos.	**1 ponto**	**0,5**	**Não detalha no fluxo no fluxo etapas após a distribuição até o monitoramento de dispensação.**
		Fluxos para Registros e Documentação: Incluindo os procedimentos relacionados à circulação de registros e documentos.	**1 ponto**	**0**	**Informação apresentada não condiz com a realidade de uma UPA. Possui fluxo em desacordo com o edital e a realidade.**
		Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados: Descrevendo o fluxo unidirecional envolvendo materiais esterilizados.	**1 ponto**	**0**	**Apresentou fluxo sem descrição de monitoramento/rastreabilidade, sem descrição ds processos de esterilização do material.**
		Fluxo Unidirecional para Roupas: Abordando o movimento unidirecional de roupas dentro da instituição.	**1 ponto**	**0**	**Fluxo não condiz com a realiadade, sendo que a lavanderia será tercerizada, sem processo de lavagem no local.**
		Fluxo Unidirecional para Resíduos de Saúde: Descrevendo o fluxo unidirecional para a gestão de resíduos de saúde	**1 ponto**	**0**	**Não encontrado fluxo nem descrição da gestão.**

002463

ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE	**IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO**	Implementação da Logística de Suprimentos.	**2 pontos**	**1**	**Não informa a logística de suprimentos no serviço.**
		Implementação da Política de Recursos Humanos.	**3 pontos**	**1,5**	**Apresenta proposta de política de recursos Humanos, porém, parcialmente aplicado ao serviço.**
		Elaboração de Proposta para o Regimento Interno da Unidade.	**1 ponto**	**1**	
		Elaboração de Proposta para o Regimento do Serviço de Enfermagem.	**1 ponto**	**1**	
		Elaboração de Proposta para o Regimento do Corpo Clínico.	**1 ponto**	**1**	

	IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	Apresentar Instrução/manual Para Atuação em Protocolos Assistenciais preferencialmente para: IAM - Infarto Agudo do Miocárdio, AVC - Acidente Vascular Cerebral, ARBOVIROSES - Dengue, Chikungunya e Zika, COVID19 – Coronavírus, Traumas.	**3 pontos**	**1,5**	**Não apresentou o protocolo Covid-19.**
		Apresentar Instrução/manual para Faturamento de Procedimentos.	**1 ponto**	**0**	**Faturamento de procedimento de convênio e particular. Inexistente da UPA.**
		Apresentar Instrução/manual de Gestão Financeira.	**2 pontos**	**2**	
		Apresentar Instrução/manual de Gestão do Almoxarifado.	**2 pontos**	**2**	
		Apresentar Proposta de Educação em Saúde/ Capacitação.	**3 pontos**	**1,5**	**Apresenta proposta que não é direcionada ao serviços realizado na UPA. Cita PTS, grupos familiares, profissionais que não compõem a Equipe multiprofissional.**
Total do item 13.1.1				**13,5**	

002496

13.2 Expressa e promove meios para obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre profissional, usuários dos Pronto Atendimento 24 horas e comunidade. Identifica ações voltadas para a qualidade objetiva (10 pontos) a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à qualidade subjetiva (15 pontos) relacionadas com humanização das relações no Pronto Atendimento 24 horas na relação humana e apoio social na comunidade interna e externa. Total de 25 pontos.

13.2.1 CRITÉRIO QUALIDADE OBJETIVA – avalia medidas da proposta de trabalho com total de 10 pontos para implementação de:			**PONTUAÇÃO POR ITEM**	**SUB TOTAL**	**Observações**
QUALIDADE OBJETIVA	**COMISSÃO DE ÉTICA (MÉDICA, ENFERMAGEM e FARMÁCIA)**	Proposta de Constituição (membros, finalidade).	**2 pontos**	**2**	
		Proposta de Regimento Interno.	**3 pontos**	**3**	
		Cronograma de Atividade Anual.	**5 pontos**	**2,5**	**Não apresentou o cronograma anual da farmácia.**
Total Item 13.2.1				**7,5**	

00246

13.2.2 QUALIDADE SUBJETIVA – avalia medidas de promoção de relação Humana e apoio social na comunidade interna e externa, com total de 15 pontos			PONTUAÇÃO POR ITEM	SUB TOTAL	Observações
QUALIDADE SUBJETIVA	ACOLHIMENTO	Instrução com Indicação das Formas de Notificações (Compulsória de Doenças), Recepção, Orientação Social e Apoio Social aos usuários e familiares na Emergência.	2 pontos	2	
		Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Pacientes em observação.	1 ponto	0	Não apresentou.
		Proposta para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.	2 pontos	2	
	ATENDIMENTO	Instrução de Definição de Formas de Acomodação e Conduta para os Acompanhantes de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.	2,5 pontos	2,5	
		Proposta de fluxo para atendimento na Recepção de pacientes.	2,5 pontos	1,25	Não atende a necessidade do serviço.
		Satisfação do Usuário e Servidor, com definição de uso das informações.	2,5 pontos	2,5	
		Proposta para primeiro atendimento, orientação e Apoio Social para pessoas em risco social, pacientes com necessidades especiais, crianças, adolescentes, idosos, mulheres vítimas de violência e públicos vulneráveis.	2,5 pontos	2,5	
Total Item 13.2.2				12,75	

13.3 Identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores e bem-sucedida (25 pontos), estrutura diretiva (3 pontos), habilidade na implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar (3 pontos), habilidade de implementação e funcionamento de outros serviços (6 pontos), política de recursos humanos (7 pontos), metodologia de projetos (6 pontos). Total de 50 pontos.

13.3.1 TÉCNICA – avalia a capacidade gerencial do proponente quanto a administrar uma unidade de pronto atendimento e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho garantindo terapia de alto nível com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir, com total de 50 pontos.			**PONTUAÇÃO POR ITEM**	**SUB TOTAL**	**Observações**
	EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES	Comprovação de gestão de unidades de saúde com mais de 36 meses (p/ cada Comprovação vale 2,5 pontos reconhecidos à apresentação de até duas experiências).	**5 pontos**	**0**	**Não apresentou comprovação.**
		Comprovação de gestão de unidades de saúde de 12 a 36 meses (p/cada Comprovação vale 1,0 ponto reconhecidos à apresentação de até três experiências).	**3 pontos**	**0**	**Não apresentou comprovação.**
		Comprovação de gestão de unidades de saúde com até 12 meses (p/cada Comprovação vale 0,5 ponto reconhecidos à apresentação de até quatro experiências).	**2 pontos**	**0,5**	**Apresentou uma comprovação.**
		Comprovação de gestão de UPA´S (p/cada Comprovação vale 5,0 pontos reconhecidos à apresentação de até três experiências).	**15 pontos**	**15**	**Apresentou três comprovações.**
		Explicitação de Competências/atribuições bem definidas com apresentação em organograma do núcleo gestor.	**1 ponto**	**1**	

002466

ACIDADE GEREN	**ESTRUTURA DA DIREÇÃO**	Titulação de Graduação e/ou Pós-Graduação em Gestão/Administração de Serviços de Saúde Hospitalar dos Membros do Corpo Diretivo da Diretoria Central da Proponente e/ou das Coordenações do Corpo Funcional, obtendo para cada Membro o máximo de 0,50 pontos. No máximo 4 membros. Obrigatório a comprovação de vínculo do profissional com a entidade.	**2 pontos**	**1,5**	**Apresentou 3 membros com as devidas titulação.**
	IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR	Protocolos Assistenciais de Atenção Médica preferencialmente para: IAM, AVC, ARBOVIROSES e COVID19, Traumas. Demonstrar de forma clara como a proponente operacionalizará/controlará os plantões médicos: escala de plantões e sobreavisos.	**3 pontos**	**1,5**	**Faltou o protocolo Covid-19**
	IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	Apresentação do Funcionamento e Regimento do Serviço Social.	**1 ponto**	**0**	**Não apresentado.**
		Apresentar Método Aderente de Gestão das Atividades/Rotinas Estratégicas dos Processos Administrativos e sua Conexão com a Gestão Médica que garantam o alcance da Qualidade na Assistência do Paciente.	**2 pontos**	**2**	
		Instrução Normativa para realização dos procedimentos de aquisição de materiais, observadas as fases de construção de banco de dados e fornecedores, consultas de preços, aquisição, recebimento, guarda e distribuição para a unidade de Pronto Atendimento 24 horas.	**1 ponto**	**1**	
		Manual para Padronização de Medicamentos e materiais médico hospitalar, conforme REMUME.	**1 ponto**	**0**	**Não localizado o manual para padronização. Não cita a REMUME.**
		Manual para a contratação dos serviços constantes no Termo de Referência.	**1 ponto**	**1**	

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	Apresentar Projeto para definição da Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes.	**2 pontos**	**2**	
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção Simplificada de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção.	**5 pontos**	**5**	
METODOLOGIA DE PROJETOS/ EXECUÇÃO	Apresentou a Proposta de Trabalho seguindo o Roteiro do Edital com adequado Planejamento, Visão de Futuro, oportunos Cronogramas de Execução, Custos estimados e Resultados factíveis.	**1,2 pontos**	**0**	**Projeto não seguiu o roteiro do edital.**
	Em todo o projeto observou a definição dos objetivos a alcançar e definiu as estratégias de implantação	**1,2 pontos**	**0**	**Não se observou objetivos bem definidos em todo o projeto.**
	Apresentar projeção dos custos c/ encargos sociais e trabalhistas com pessoal, conforme mapa de preços, ANEXO III do termo de referência.	**1,2 pontos**	**1,2**	
	Apresentar orçamento analítico do custo operacional, conforme item 17.10.1.1 do Termo Referência.	**1,2 pontos**	**1,2**	
	Descrever como vai operacionalizar os serviços de apoio e logístico para o funcionamento do Pronto Atendimento 24 horas, tais como lavanderia, alimentação de usuários, higienização do enxoval, segurança, gases medicinais, manejo e destinação dos resíduos descartáveis e gestão dos estoques de insumos e medicamentos, conforme termo de referência	**1,2 pontos**	**0,6**	
Total item 13.3.1			**33,5**	

00236

13.4 Avaliação dos custos operacionais, administrativos e institucionais: A proposta deve incluir uma planilha detalhada dos custos do projeto, abrangendo salários, equipamentos, transporte, alimentação, hospedagem, aluguel, serviços de terceiros e manutenção, conforme segue:

13.4.1 CUSTO OPERACIONAL – avalia o Critério de avaliação do custo operacional, administrativo e institucional.		**PONTUAÇÃO**	**SUB TOTAL**	**Observações**
CUSTO OPERACIONAL	Entre 7,01 e 10%	**10 pontos**		
	Entre 5,01 e 7%	**30 pontos**	**30**	**Apresentou custo operacional de 5,09%**
	Entre 0 e 5%	**50 pontos**		

Pontuação total	**97,25**

002363

002469

Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

Comissão Especial

Marcelo Czaikowski

Fernanda Ângela Gabardo

Mario Roberto Gurgel Knopki

Equipe de Apoio Técnico

Ernesto Antônio Rossi

Lígia Oizumi Alves da Costa

Roberto Mossambani

Pamela Thaynara de Paula Silva

Fernanda Medeiros de Paula

Rayana Kaminski

Alcendino Nadai Figueredo

002471

CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE – IDEAS

ENVELOPE II

IDEAS
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

PROPOSTA DE TRABALHO

Programa de Trabalho para Organização, Administração e Gerenciamento da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, conforme Chamamento Público nº 014/2023 – Município de Almirante Tamandaré/PR.

Florianópolis/SC, 21 de dezembro 2023.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

SUMÁRIO

I – Introdução 004

I.i Breve Histórico do Instituto 004

I.ii Características do Instituto 007

I.iii Informações Cadastrais 009

I.iv Identificação do Objeto 010

I.v Objetivos Gerais 011

I.vi Objetivos Específicos 012

I.vii Justificativa 012

I.viii Análise Crítica dos Dados Epidemiológicos 014

13.1.1 Critério Atividade 028

13.1.1 Organização da Atividade 030

A) Implantação de Fluxos 030

A) 1. Fluxos Operacionais para Atendimento de Usuários 030

A) 2. Fluxo Operacional para Gestão de Material Médico Hospitalar e Medicamentos 037

A) 3. Fluxos para Registros e Documentação 043

A) 4. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados 048

A) 5. Fluxo Unidirecional para Roupas 054

A) 6. Fluxo Unidirecional para Resíduos de Saúde 060

A) 7 Fluxo para Higienização da Unidade de Pronto-Atendimento – UPA 24h 070

B) Implantação da Gestão 096

B.1 Implementação da Logística de Suprimentos 096

B.2 Implementação da Política de Recursos Humanos 116

B.3 Elaboração de Proposta para Regimento Interno da Unidade 123

B.4 Elaboração de Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem 123

B.5 Elaboração de Proposta para Regimento do Corpo Clínico 128

C) Implantação de Processos 137

C.1 Manual para atuação em Protocolos Assistenciais 137

C.2 Manual para Faturamento de Procedimentos 209

C.3 Manual de Gestão Financeira 217

C.4 Manual de Gestão de Almoxarifado 226

C.5 Apresentação de Proposta de Educação em Saúde/Capacitação 243

13.2.1 Critério Qualidade Objetiva 264

13.2.1 Qualidade Objetiva 264

A) Comissão de Ética (Médica, Enfermagem e Farmácia) 264

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

A.1 Comissão de Ética Médica 264
A.2 Comissão de Ética de Enfermagem 270
A.3 Comissão de Farmácia e Terapêutica 275
13.2.2 Critério Qualidade Subjetiva 280
13.2.2 Qualidade Subjetiva 281
A) Acolhimento 281
A.1 Rotinas da Recepção, Controle de Acesso e Orientação aos Usuários e Familiares Conforme Classificação de Risco 281
A.2 Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas ao Usuário 300
A.3 Proposta de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco 311
B) Atendimento 330
B.1 Proposta para Implantação de Orientações Quanto à Forma de Acomodação e Conduta para os Acompanhantes 330
B.2 Proposta de Fluxo para Atendimento na Recepção de Pacientes 333
B.3 Proposta de Serviço de Satisfação do Usuário e Servidor, com definição do uso das informações 333
13.3.1 Técnica 349
13.3.1 Capacidade Gerencial 350
A) Experiência Anterior em Gerência de Unidades 350
B) Estrutura da Direção 352
B.1 Organograma e Definição de Cargos e Responsabilidades UPA 24H 352
C) Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Multidisciplinar 373
D) Implementação e Funcionamento de Outros Serviços 373
D.1 Apresentação do Funcionamento e Regimento do Serviço Social 373
D.2 Apresentar Método Aderente de Gestão de Atividades/Rotinas Estratégicas dos Processos Administrativos e sua Conexão com a Gestão Médica que garantam o alcance da Qualidade na Assistência do paciente 377
D.3 Metas Gerais 421
D.4 Metas Adicionais 421
D.5 Normas para Realização dos Procedimentos de Aquisição de Materiais, observadas as fases de construção de Banco de Dados e Fornecedores, Consultas de Preços, Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição para a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas 426
D.6 Manual de Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalar, conforme REMUME 456
D.7 Manual para Contratação dos Serviços Constantes no Termo de Referência 471
E) Política de Recursos Humanos 481
E.1 Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes 481
E.2 Proposta para Estabelecimento de Normas de Seleção Simplificada de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, Sugestão de Condutas para Combater Absenteísmo e Estimular Produção 493
Assinatura 510
Proposta Financeira 511
Anexos do Plano de Trabalho (numeração própria)

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

I- INTRODUÇÃO

O IDEAS, submete a Comissão Especial de Seleção do Municipio de Almirante Tamandaré/PR, por intermédio da Secretaria Municipal Saúde os documentos que se referem ao Plano de Trabalho.

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

UPA 24H do Município de Almirante Tamandaré/PR

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

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

- Programa de Trabalho
- Proposta Financeira e Econômica

Nos colocamos a inteira disposição para esclarecimentos.

I.i- BREVE HISTÓRICO DO INSTITUTO

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

As fontes de recurso financeiro do IDEAS são provenientes de contratos administrativos e contratos de gestão realizados predominantemente com os setores públicos, com foco de atendimento voltado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O número de atendimentos anuais tem crescido exponencialmente nos últimos 02 (dois) anos, com destaque em 2021 com mais de 1.300 (mil e trezentas) saídas hospitalares e mais de 50 (cinquenta) mil atendimentos de urgência e emergência por mês.

MISSÃO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

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

VISÃO

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

VALORES

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

O IDEAS tem como objetivos:

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

b) Colaborar com o estabelecimento de políticas públicas e programas que possam garantir a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde, necessárias ao desenvolvimento humano e social do cidadão, podendo firmar convênios, contratos, parcerias e demais instrumentos jurídicos com outras instituições de natureza pública e/ou privada, nacional e/ou internacional, de ensino, pesquisa e/ou assistência à saúde;

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

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

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

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

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

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

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

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

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

O IDEAS possui experiência no gerenciamento de Unidades de Pronto Atendimento nos Estados de Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, permitindo acumular vasta experiência na operacionalização desta atividade ao longo dos anos.

Embora o perfil das unidades seja semelhante cabe salientar que outros fatores locais podem levar a experiencias distintas na gestão de unidades, como localização, estrutura da Rede de Urgência e Emergência da Cidade ou Região de Saúde, criminalidade, características sociodemográficas e financeiras da região.

Gerir unidades em diferentes cidades e estados do Brasil permitiu ao IDEAS experenciar vivencias na realização de gerenciamento das unidades e isso fez com que o Instituto desenvolvesse ferramentas sistêmicas de atuação para se precaver de situações que podem ocorrer sem controle da situação, como ausência de medicamentos, oxigênio e mão de obra.

O IDEAS possui mecanismos internos que garantem o abastecimento das unidades e funcionamento dos serviços com correto quadro profissional, tendo agilidade na contratação de pessoas e aquisição de produtos e serviços. A estrutura administrativa do Instituo está estruturada em 03 (três) grandes áreas de sustentação, a saber: Gerência Financeira, Gerência de Qualidade e Gerência Administrativa. Essas estruturas garantem

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

a padronização de atividades para o IDEAS e permite sustentação dos projetos desde o início do processo de implantação dos planos de trabalho.

I.ii CARACTERÍSTICAS DO INSTITUTO

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

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

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

Neste contexto é que surgem as limitações dos mecanismos da administração pública para manter em funcionamento estruturas de serviços de saúde para a população, sendo necessária a busca de parcerias com diferentes setores, na busca de regularizar os atendimentos e garantir ao acesso dos usuários ao sistema de saúde. Assim, surge a demanda de estrutura de saúde pública em buscar parceiros na gestão e operacionalização dos serviços, como é o caso de contratos de gestão com Organizações Sociais. O alinhamento das estruturas de saúde do município para dar seguimento na operação por meio das linhas de cuidado dever ser muito preciso, exigindo da futura contratada experiência na realização destas ações.

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

- Hospital Materno Infantil Santa Catarina em Criciúma/SC;
- Hospital de Caridade de Jaguaruna em Jaguaruna/SC;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Hospital Regional do Médio Paraíba Dra. Zilda Arns Neumann em Volta Redonda/RJ;
- Hospital Estadual Alberto Torres em São Gonçalo/RJ;
- Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro em Itaboraí/RJ;
- Hospital Municipal Maternidade Mariana Bulhões em Nova Iguaçu/RJ;
- Hospital Geral de Nova Iguaçu em Nova Iguaçu/RJ;
- Hospital Estadual Roberto Chabo em Araruama/RJ;
- Hospital Dr. Luiz Pinto & Unidades em Rio das Flores/RJ;
- Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer em Rio de Janeiro/RJ;
- SAMU em Angra dos Reis/RJ;
- SAMU em São Leopoldo/RS;
- UPA Canoinhas em Canoinhas/SC;
- UPA Forquilhinha em São José/SC;
- UPA Bela Vista em Palhoça/SC;
- UPA Zona Norte em São Leopoldo/RS;
- UPA Infantil Agda Maria em Angra dos Reis/RJ;
- UPA São Gonçalo I em São Gonçalo/RJ;
- UBS São José da Bela Vista em São José da Bela Vista/SP;
- UBS São Leopoldo em São Leopoldo/RS.

Para realizar as atividades junto aos contratos de gestão o IDEAS possui equipe de colaboradores superam quatro mil contratados em regime de Contrato Trabalhista (CLT), além de centenas de profissionais atuando como prestadores de serviços por meio de contratos de trabalho terceirizados, como serviços de lavanderia, manutenção, serviços médicos, odontológicos.

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Em tempo, cumpre mencionar que o IDEAS possui Certificado de Entidade Beneficente de Serviços Social, conforme apresentado no Anexo I, e sua validade é até dezembro de 2023.

I.iii INFORMAÇÕES CADASTRAIS

A ENTIDADE

Razão Social			
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS			
CNPJ			
24.006.302/0004-88			
Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)			
Atividades de apoio à gestão de saúde.			
Endereço			
Rua Deputado Joaquim Ramos, 125, Centro.			
Cidade			**UF**
Jaguaruna			Santa Catarina
CEP	**DDD/Telefone**		
88.715-000	(48) 3027-6200		
E-mail			
protocolo@ideas.med.com.br			
Banco	**Agência**	**Conta Corrente**	**Praça de Pagamento (*)**
Banco do Brasil	8246-5	240-2	Estreito – Florianópolis

RESPONSÁVEIS

- Nome: DIEGO GOTARDO

  CPF: 005.735.419-73

  RG: 3.469.394 – Órgão Expedidor: SSP/SC

  Cargo: Presidente

  Função: Responsável pelos resultados da organização, e seu papel é fazer com que eles sejam sempre positivos.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Endereço: Rua Esteves Júnior, 605, Apt. 1313, Centro, CEP: 88015-130

Cidade: Florianópolis UF: SC

- Nome: SANDRO NATALINO DEMETRIO

CPF: 003.689.649-73

RG: 3.941-106 – Órgão Expedidor: SSP

Cargo: Diretor Executivo

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

Endereço: Rua Vicente Pamplona, nº 585, Ponte do Imaruim, CEP: 88.130-405.

Cidade: Palhoça UF: SC

I.iv. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

O IDEAS elabora o Plano de Trabalho objetivando a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na UPA 24h, na Rua Lourenço Ângelo Buzato, nº 592, Bairro Centro, de acordo com especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações a seguir:

Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme consta no presente;

Aquisição, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares para uso interno, respeitando como preço máximo os valores registrados nas Atas de Registro de preços da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré/PR, Banco de preços do TCE/FGV e na ausência destes utilizar a tabela CMED (Câmara de regulação do Mercado de Medicamentos), as excepcionalidades deverão ser autorizadas previamente, salvo casos de urgência;

Elaborar ou apresentar em 30 (trinta) dias, Política de Aquisição de medicamentos, que contemple parâmetros que permitam a prévia estimativa de custos na aquisição e a posterior que possibilite a verificação da cotação de preços utilizados, mesmo nas compras de caráter eletivo e sempre que possível, a apresentação da inscrição na embalagem "USO RESTRITO A HOSPITAIS", uma vez que se destinam a unidades de saúde da rede estadual, com compras de grandes quantidades no atacado, conforme a RDC N° 71, de 22 de dezembro de 2009 que estabelece regras para a rotulagem de medicamentos;

Gestão, guarda, conservação e manutenção do prédio e terreno e dos bens inventariados pelo Município de Almirante Tamandaré/PR, incluindo os mobiliários, os

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

veículos e os equipamentos médico-hospitalares, as possíveis despesas de investimento, tais como: obras e aquisição de equipamentos deverão ser autorizadas, previamente, pelo Secretário Municipal de Saúde e com anuência do Exmo. Sr. Prefeito;

Contratação, por meio seletivo, e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operacionalização da UPA 24h, onde os vencimentos dos ocupantes do cargo de direção administrativa da OS, não poderão ultrapassar a qualquer título o subsidio do Prefeito, sendo vedada a cumulação de quaisquer outras funções por tais ocupantes, dentro de cada instituição;

Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços de apoio necessários ao funcionamento da unidade, adotando, como preço máximo, os valores praticados pela municipalidade e na ausência desses valores utilizar tabelas oficiais e/ou outros parâmetros indicados pelo Departamento Central de Compras sendo vedadas as contratações de bens e serviços de empresas vinculadas a familiar de qualquer autoridade assistencial ou administrativa do IDEAS;

Implementação de processos de Humanização durante todo o período de internação, visando atendimento integral;

Administração da oferta e gestão de leitos e dos serviços acessórios necessários ao funcionamento da unidade, hotelaria, ambulância, manutenção predial e de conforto ambiental, engenharia clínica/manutenção de equipamentos médico-hospitalares e tecnologia da informação caso a municipalidade não disponha de sistema específico para esse fim, conforme estabelecido no Termo de Referência, no Contrato de Gestão e nos respectivos Anexos, adotando como preço máximo, os valores praticados pela municipalidade, sendo vedadas as contratações de bens e serviços de empresas vinculadas a familiar de qualquer autoridade assistencial ou administrativa das OS;

Desenvolvimento conjunto, conforme normas, critérios e diretrizes da SMS, de programas e ações de saúde para prevenção e controle de enfermidades vinculadas à saúde;

Observar todas as Diretrizes que dispõem sobre a transparência das despesas realizadas pelas Organizações Sociais.

Contrato de Gestão, tendo como objetivo o gerenciamento, a operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na UPA 24h, com prestação de serviços médicos especializados e de equipe multiprofissional, para atender todo e qualquer munícipe de Almirante Tamandaré/PR.

I.v. OBJETIVOS GERAIS

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Elaboração do PLANO DE TRABALHO direcionado às especificidades do Edital de Seleção Publica para o Gerenciamento e Operacionalização da UPA 24h, cumprindo os requisitos do Termo de Referência, objetivando assim a formalização de contratualização para execução dos serviços propostos de acordo com o Plano Orçamentário e de execução elaborado pelo IDEAS. Estabelecer as responsabilidades para a gerenciamento e implantação dos serviços de atendimento da UPA fortalecendo o desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS.

O plano operativo, terá como objetivo a gestão do atendimento da equipe multidisciplinar, equipe médica e gestão clínica da referida unidade, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, construindo um serviço de saúde humanizado, eficiente, coerente e embasado nos princípios institucionais e valores do IDEAS. Desenvolvendo, em parceria com a Municipalidade, processos bem definidos, com profissionais habilitados e capacitados por meio de educação permanente, visando a otimização e maximização da qualidade dos serviços.

Lembrando que a gestão ativa da Unidade referida obedecerá a normatização aplicável, em especial de acordo com a Resoluções, Normas Regulamentadoras, Normativas Técnicas e os Procedimentos Operacionais e Regimentos Internos do IDEAS bem como todas as normativas e legislações afetas aos serviços.

I.vi. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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

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

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

I.vii. JUSTIFICATIVA

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

Segurança do paciente, através da implantação da Metas de Segurança Internacionais e monitorização de ações e procedimentos assistenciais.

Qualidade da assistência, através da atualização constante dos profissionais por meio de educação permanente demonstrando a eficiência de protocolos e *guidelines* atualizados.

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

Oferecer intervenções de suporte de vida de qualidade ao paciente, preconizando o tratamento humanizado. O cuidado volátil e com multiplicidade de amplitude assistencial do serviço de saúde requer da equipe interdisciplinar competência específica, além de envolver uma cultura de segurança com foco no cuidado centrado no paciente e família.

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

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

O IDEAS elaborou o Plano de Trabalho tomando-se em conta a alta demanda referenciada e espontânea de atendimentos, a grande área de abrangência dos serviços a serem executados e a natureza delicada dos serviços do serviço da UPA 24h, demonstrando-se a necessidade do dimensionamento dos serviços dispostos no Termo de Referência e no Plano de Trabalho. Trata-se de uma programação de atendimento de caráter volátil e com características próprias, na qual o IDEAS possui vasta experiência, visando trazer solidez aos procedimentos e processos necessários ao gerenciamento do serviço.

O presente Plano de Trabalho representa a organização de um modelo de atenção voltado às condições regionais, assim como aos eventos agudos provenientes de agudizações das condições crônicas de saúde, tem como intuito identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de um paciente e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção demandado pelo risco classificado.

O IDEAS operacionalizará o Plano de Trabalho proposto visando o atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo a todos os pacientes o devido atendimento dentro de patamares de excelência. O objetivo dos serviços a serem executados ocorrerão por intermédio da atuação conjunta entre o Instituto, a Secretaria de Saúde do Município e a Diretoria Técnica da UPA 24h, proporcionando o fortalecimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

I.ix. ANÁLISE CRÍTICA DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A análise foi realizada com base nos dados do DataSus, módulo Tabwin, em 20/12/2023, com aplicação de filtros como período (outubro de 2022 a outubro 2023), Município (Almirante Tamandaré), Lista de Morbidade do CID 10 (por capitulo), e estratificação por categorias.

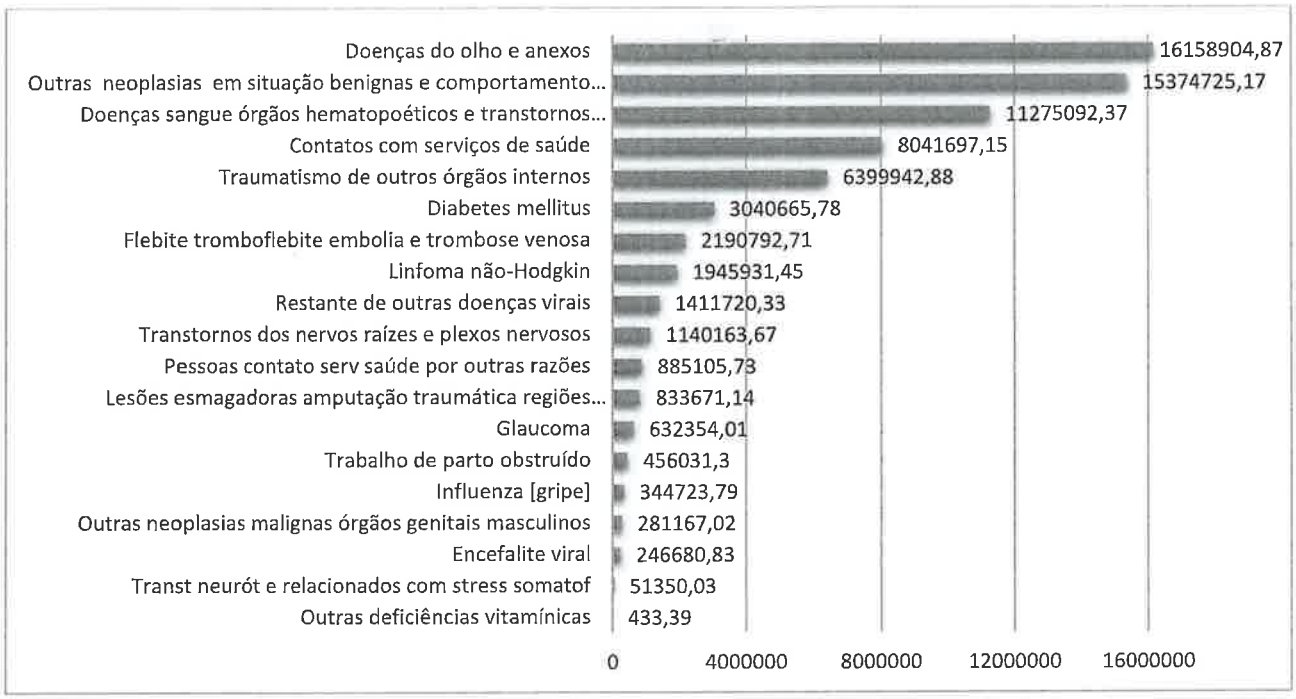
Foram analisados e submetidos a números percentuais para melhor interpretação e posterior estudo de ações sob as causas e patologias que mais afetam a população.

Chamamos de Consolidado, a figura detentora de patologias por categorias, e detalhado as patologias dentro de suas categorias, por tipo de enfermidade. Cada sessão, detalha o percentual de pessoas que procuraram o serviço de saúde para o tratamento da enfermidade relacionada ao grupo de origem, do Capitulo do CID 10.

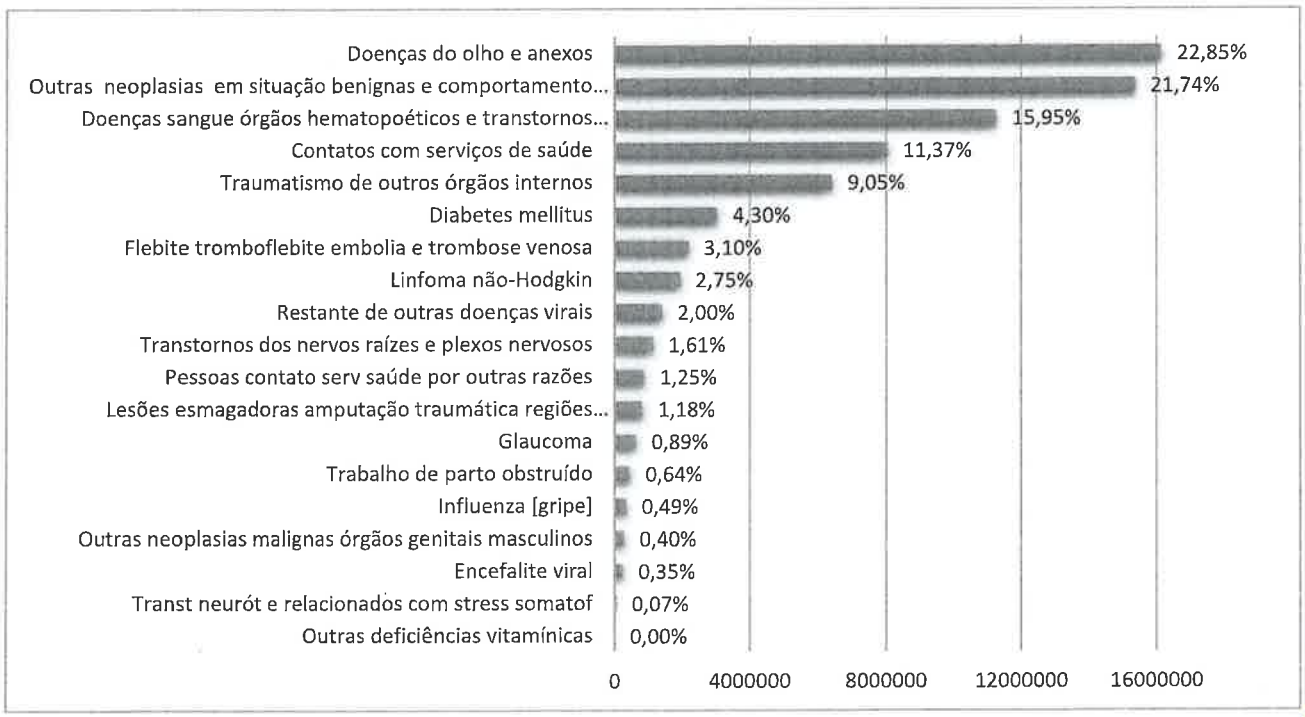
31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

Consolidado Morbidade do DATASUS – Microrregião



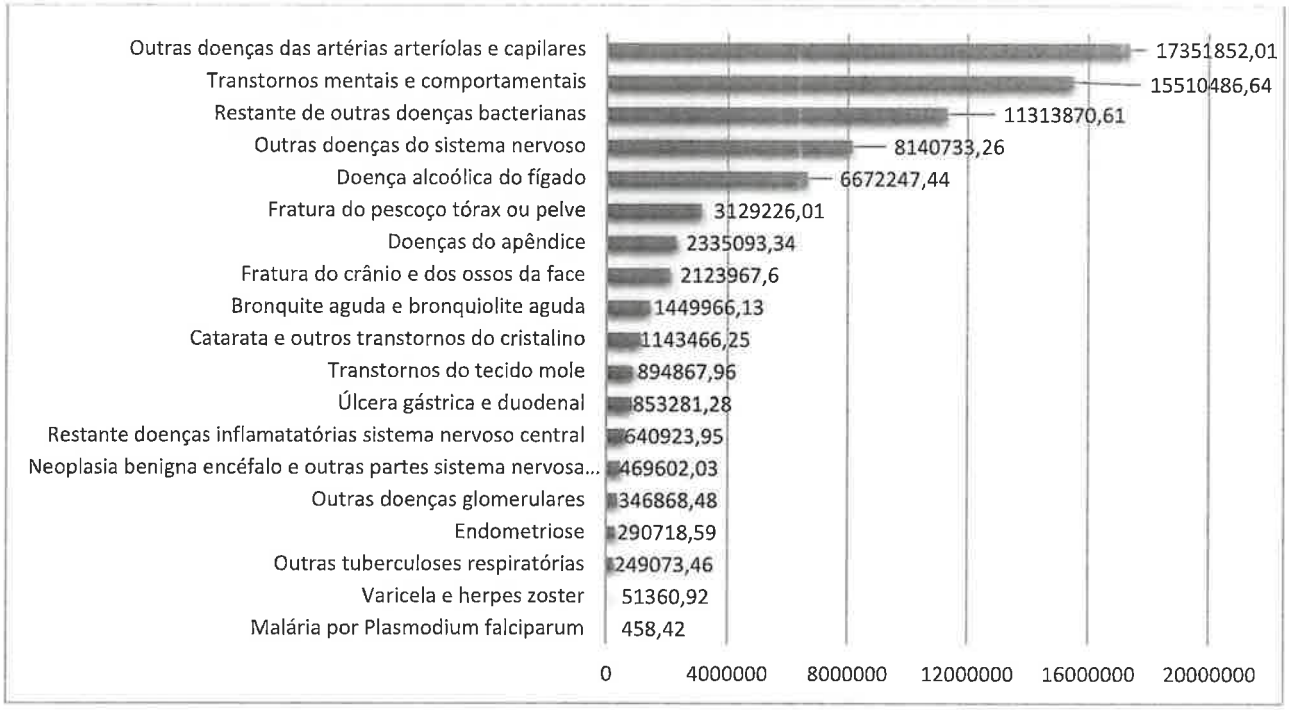
(Matriz consolidada em números absolutos)



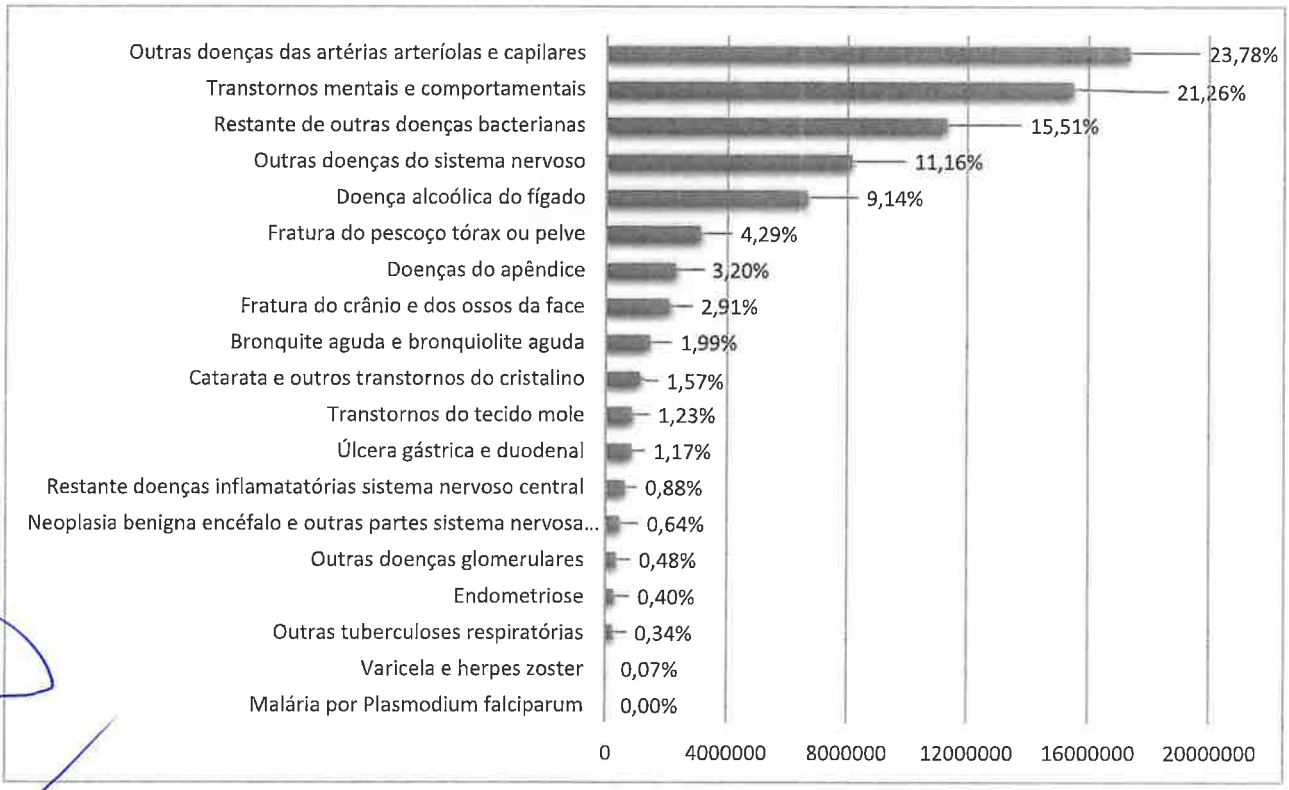
(Matriz consolidada em percentual de relevância)

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Consolidado Morbidade do DATASUS – Região Metropolitana



(Matriz consolidada em números absolutos)



(Matriz consolidada em percentual de relevância)

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

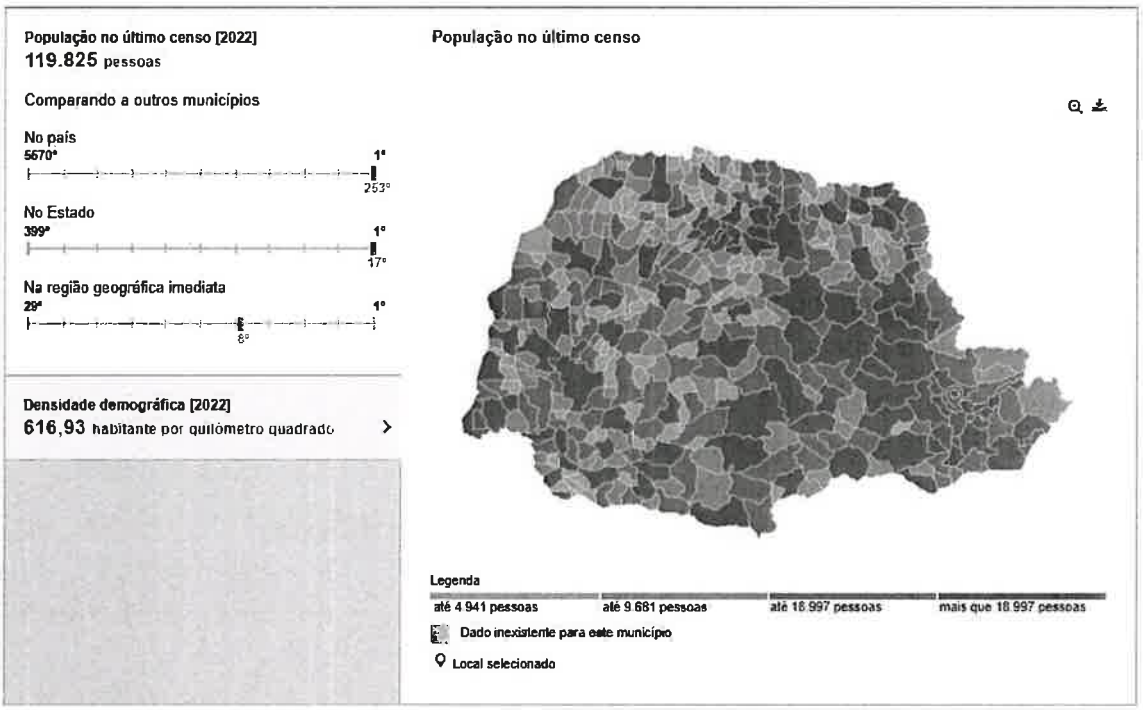
IDHM

Para compreensão sistêmica das necessidades locais realizamos o levantamento estratificado da realidade das condições gerais de Índice de Desenvolvimento Humano do Município de Almirante Tamandaré, tendo como parâmetro a População; Pirâmide Etária; Trabalho e Renda Per Capta; Educação; Economia; Saúde e Meio-Ambiente.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

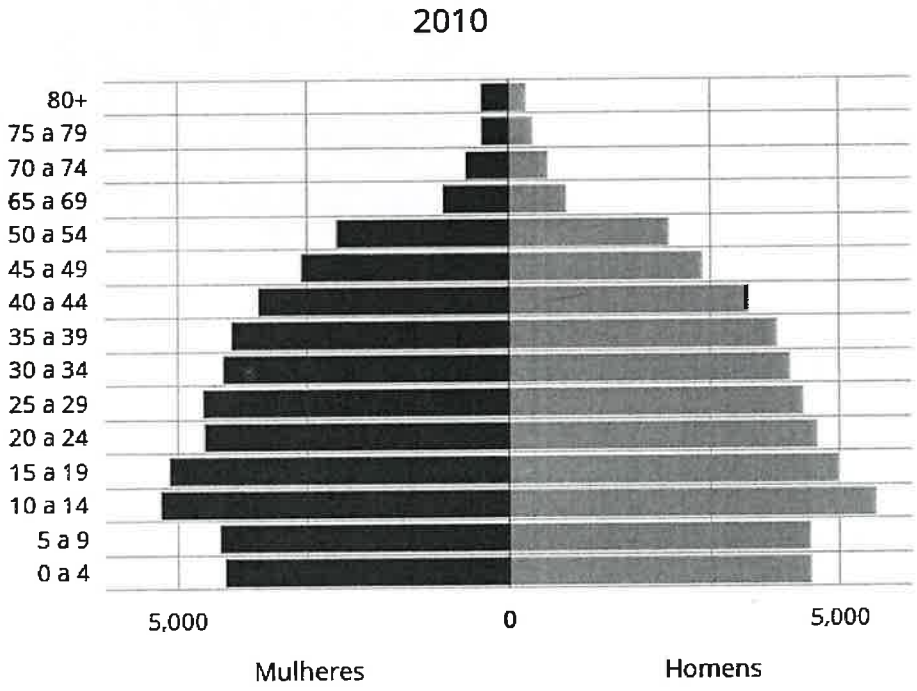
População

Em 2022, a população era de 119.825 habitantes e a densidade demográfica era de 616,93 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 17 e 7 de 399. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 253 e 148 de 5570.



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Pirâmide Etária



Trabalho e Rendimento

Em 2021, o salário médio mensal era de 2,1 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 13,36%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 165 de 399 e 336 de 399, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1674 de 5570 e 2816 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 30,3% da população nessas condições, o que o colocava na posição 285 de 399 dentre as cidades do estado e na posição 4617 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2021]
2,1 salários mínimos

Comparando a outros municípios

No país
6570° 1° 1674°

No Estado
399° 1° 105°

Na região geográfica imediata
29° 1° 21°

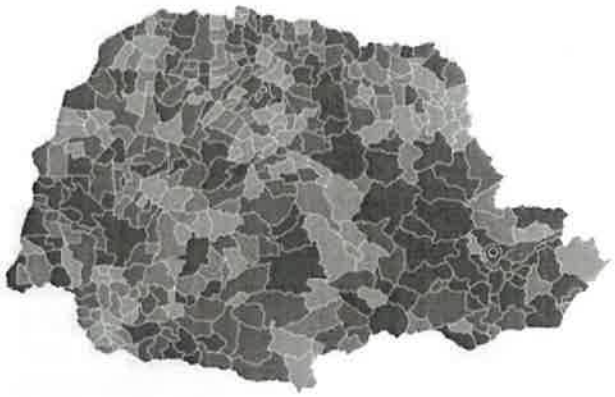
Acessar página de ranking

Pessoal ocupado [2021]
16.218 pessoas

População ocupada [2021]
13,36 %

Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]
30,3 %

Salário médio mensal dos trabalhadores formais



Legenda
até 2 salários mínimos | até 2,1 salários mínimos | até 2,3 salários mínimos | mais que 2,3 salários mínimos

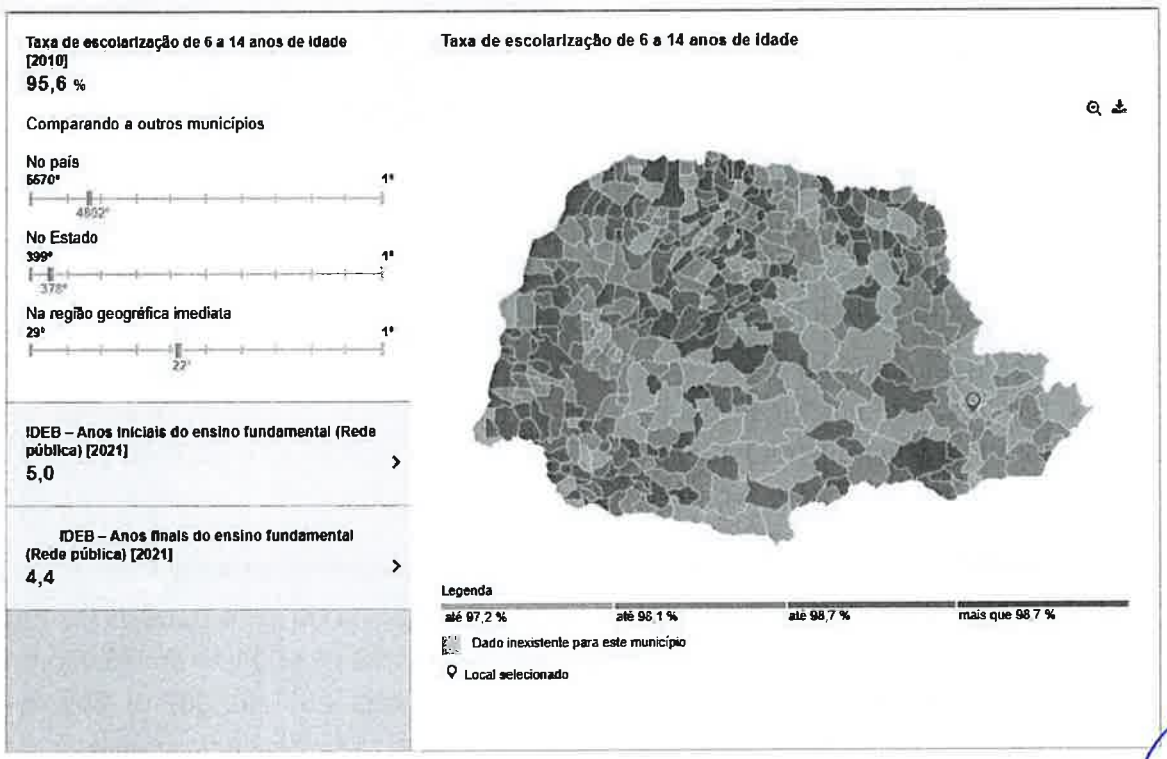
Dado inexistente para este município

Local selecionado

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Educação

Em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 95,6%. Na comparação com outros municípios do estado, ficava na posição 378 de 399. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava na posição 4802 de 5570. Em relação ao IDEB, no ano de 2021, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 5 e para os anos finais, de 4,4. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 365 e 379 de 399. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 3649 e 3595 de 5570.

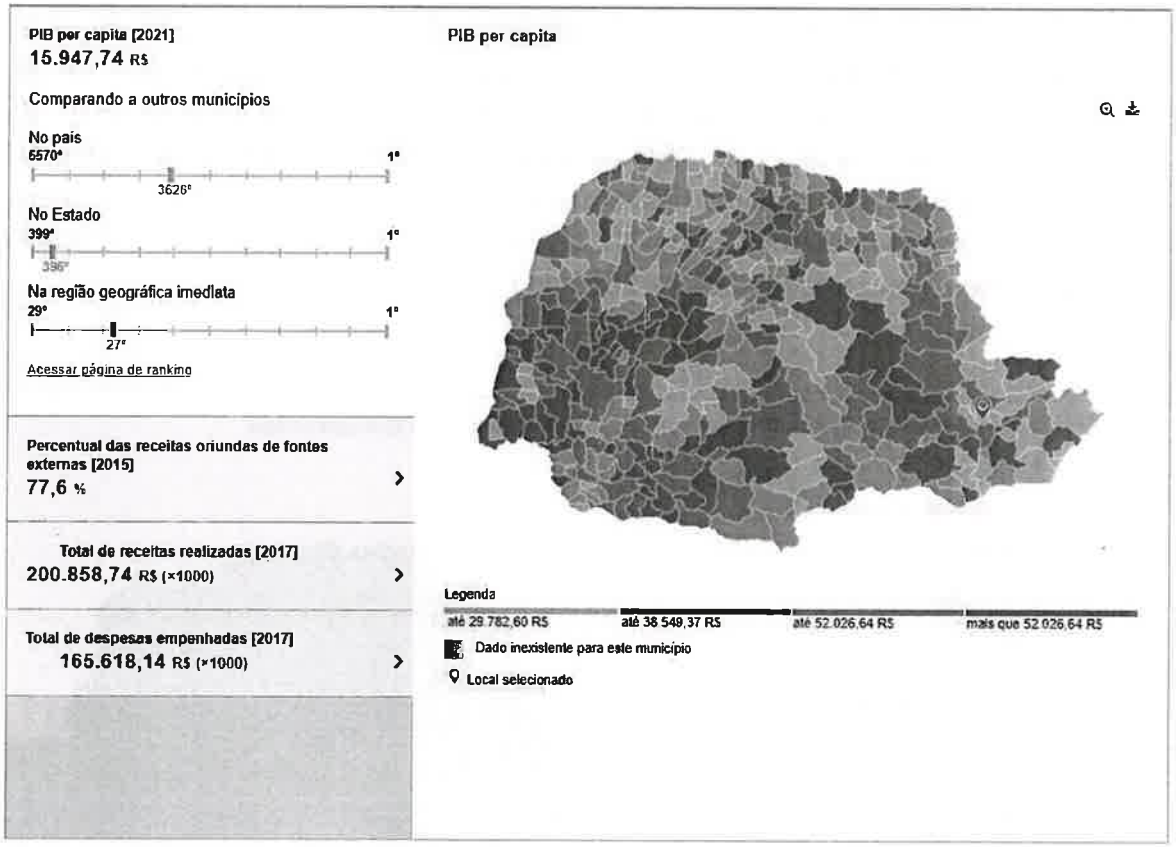


Economia

Em 2021, o PIB per capita era de R$ 15.947,74. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 396 de 399 entre os municípios do estado e na 3626 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2015 era de 77,6%, o que o colocava na posição 300 de 399 entre os municípios do estado e na 4015 de 5570. Em 2017, o total de receitas realizadas foi de R$ 200.858,74 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R$ 165.618,14 (x1000). Isso deixa o município nas

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

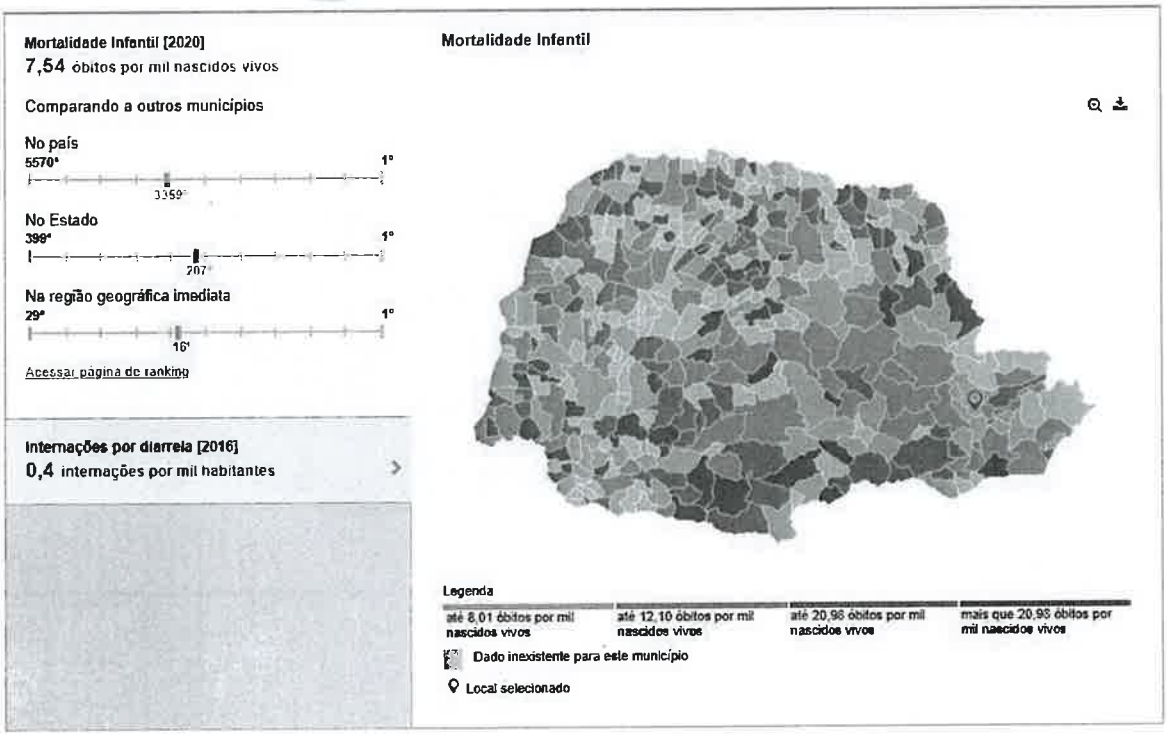
posições 32 e 31 de 399 entre os municípios do estado e na 436 e 473 de 5570 entre todos os municípios.



Saúde

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 7,54 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 207 de 399 e 302 de 399, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3359 de 5570 e 3606 de 5570, respectivamente.

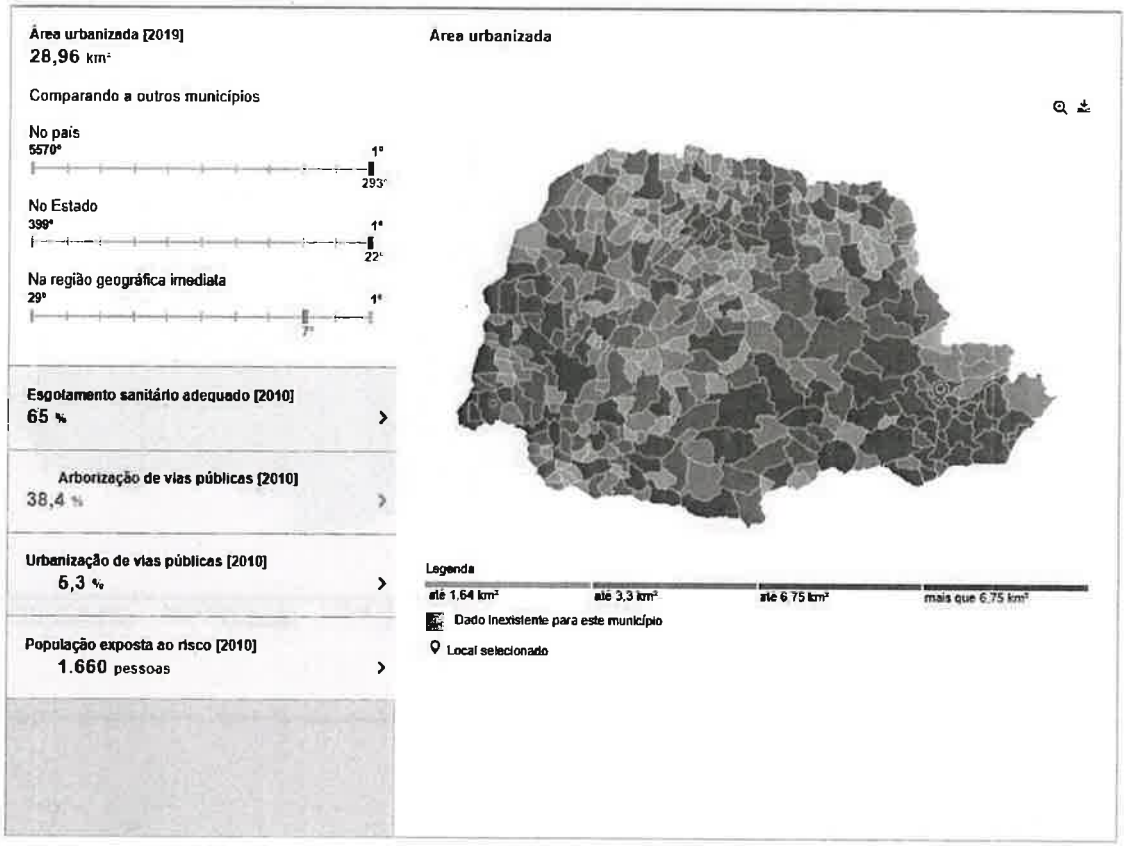
31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



Meio Ambiente

Apresenta 65% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 38,4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5,3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 60 de 399, 356 de 399 e 380 de 399, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1598 de 5570, 4583 de 5570 e 3427 de 5570, respectivamente.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



História do Município de Almirante Tamandaré/PR

Os aventureiros pesquisadores e exploradores de ouro se estabeleceram com arraiais no Atuba e na chapada do Cubatão, inícios da formação de Curitiba. Deixaram-se ficar pelas imediações desses primeiros núcleos de população branca e foram serviçais das explorações auríferas, dos sítios de criação de gado etc. Seus mestiços ainda constituem parte da população de vários municípios acima citados e se ufanam de sua ascendência. Não vai longe o tempo em que o caboclo de Araucária e de Tamandaré avisava o contendor nas suas rixas: "Cuidado que eu sou Tingüi!" Assim, é inquestionável o fato desses silvícolas terem sido os primeiros senhores destas terras que, por sua índole dócil e pacífica, cederam depois aos brancos exploradores.

Uma das primeiras bandeiras exploradoras de ouro de que temos notícia ter passado pelas terras de Tamandaré, conforme conta Alfredo Ellis Júnior, foi a comandada pelo famoso bandeirante Antônio Raposo Tavares, no ano de 1631. No entanto, o primeiro explorador aurífero a realmente estabelecer-se na região, foi o Capitão Salvador Jorge Velho, sertanista de Rio Pardo, em 1680, por ocasião de suas pesquisas mineradoras que resultaram no chamado" Descoberto da Conceição", no Quarteirão de Conceição, Distrito

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

de Campo Magro, segundo relata o historiador paulista Pedro Taques, confirmado por Ermelino Agostinho de Leão no seu "Dicionário do Paraná". Ainda hoje existem, naquela localidade, vestígios da exploração aurífera ali realizada por aquele sertanista e continuada, mais tarde, pelo Guarda-mór Francisco Martins Lustosa.

Finda a febre do ouro, com o esgotar dos ricos filões, as pequenas povoações serviram apenas de local de descanso, para renovação de provisões e pousada para os tropeiros e seus animais, quando estes, provindos de São Paulo e a caminho da Província de São Pedro do Rio Grande, Uruguai ou Argentina – onde iam em busca de cavalos, muares ou gado bovino – aqui resolviam acampar.

Mais tarde, outros povoadores buscaram esta região. Não mais os aventureiros nômades, inconstantes e visionários do ciclo do ouro, mas pessoas afeitas ao trabalho, que buscavam a fertilidade destas terras com intenção de cultivo permanente e de trabalho honesto, para nela fixar-se e aqui produzir concretamente, sem alimentar sonhos mirabolantes e desvaneios visionários... assim, aqui forma surgindo novas povoações, como Pacotuba, Botiatuba, Cercado, Mato Dentro e outras mais, muitas delas frutos da colonização alemã, italiana e polonesa, como Antonio Prado, Boixininga, Tranqueira, Lamenha Pequena, Lamenha Grande, Santa Gabriela, São Miguel etc.

Com o desenvolvimento constante da região o Governo Provincial criou, em 10 de maio de 1875, a Freguezia de Pacotuba, a pedido de seus habitantes, pela Lei nº. 438. Assinada pelo Presidente Adolpho Lamenha Lins. O progresso da região não cessa, havendo constante desenvolvimento dos povoados, particularmente do chamado Cercado, situado entre morros e às margens do aprazível Rio Barigüi. O desenvolvimento desse povoado motivou a sua elevação à condição de sede da Freguezia, em 6 de setembro de 1888, pela Lei nº. 924, com a nova denominação de Nossa Senhora da Conceição do Cercado; mais tarde a povoação foi elevada a Villa, pela Lei nº. 957, de 28 de outubro de 1889, tendo sido o último município criado pelo regime monárquico no Paraná, desmembrado do Município de Curitiba.

Pelo Decreto Estadual nº. 15, datado de 9 de janeiro de 1890, baixado pelo Governador José Marques Guimarães, tomou o nome de "Villa Tamandaré", que lhe foi dado em homenagem ao grande vulto nacional Joaquim Marques Lisboa, o consagrado Almirante Marquês de Tamandaré, patrono da Marinha do Brasil.

Pelo Decreto Estadual nº. 16, da mesma data acima, o Governador Marques Guimarães nomeava o cidadão João Alberto Munhoz para presidir a Intendência Municipal, sendo que os cidadãos Eloy Artigas de Christo, Antônio Ennes Bandeira, Antônio Vieira Bittencourt, João Cândido de Oliveira e Antônio Cândido de Siqueira foram designados membros, e o cidadão Vidal José de Siqueira designado Vice-Presidente da aludida corporação Municipal. Dessa forma, já no período republicano, o primeiro prefeito da Villa Tamandaré foi o cidadão curitibano João Alberto Munhoz, que mais tarde desempenhou

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

também as elevadas funções de Diretor da Secretaria do Interior do Governo do estado do Paraná.

A Villa Tamandaré foi solenemente inaugurada em data de 25 de janeiro de 1890, ocasião em que se procedeu a instalação oficial da Intendência Municipal, sob a presidência de João Alberto Munhoz, conforme Ata lavrada na ocasião.

Em 14 de julho de 1932, suprimiu-se a Villa Tamandaré pelo Decreto nº. 1702, passando o seu território a pertencer ao Município de Rio Branco (atual Rio Branco do Sul), do qual foi posteriormente desmembrado pelo Decreto nº. 931, de 3 de abril de 1933, restabelecendo-se o município.

O Governo Estadual, estabelecendo as divisas territoriais do Paraná, extinguiu o município em 20 de outubro de 1938, pelo Decreto-lei nº. 7573, e anexou ao município de Curitiba.

Pelo Decreto Estadual nº. 199, de 30 de dezembro de 1943, o Distrito de Tamandaré passou a denominar-se "Timoneira" e foi transferido para a jurisdição do Município de Colombo. A nova Divisão Territorial do Estado, estabelecida pela Lei nº. 2, de 10 de outubro de 1947, desmembrou do Município de Colombo os Distritos Judiciários de Timoneira (ex-Tamandaré) e Campo Magro, formando ambos um novo município com a denominação de Timoneira.

Inconformada com a nova denominação com que foi restabelecido o município, que absolutamente nada lhe dizia em termos de evocação histórica ou de afetividade, a população que tanto amou esta terra, tendo à frente a figura carismática do seu velho líder e tradicional chefe político, Cel. João Cândido de Oliveira, juntamente com o Prefeito João Wolf, conseguiu sensibilizar o Governador Moisés Lupion no sentido da reintegração do nome antigo e tradicional, o que foi obtido através da Lei Estadual nº. 2644, de 24 de março de 1956, pela qual passou a denominar-se MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ, seu nome atual.

Através das lutas e dos sacrifícios dos pioneiros desbravadores, hoje o Paraná pode orgulhar-se deste Município de Almirante Tamandaré, não só pelo volume sempre crescente da produção agrícola municipal, onde se destacam, além dos hortigranjeiros aqui produzidos em grande quantidade para abastecimento da Capital do Estado, e dos produtos como batata, milho e feijão, também a apreciável produção de minérios – de grande importância para a economia paranaense – notadamente cal virgem, cal hidratada e minerais calcários para correção de solos agricultáveis, dos quais o município é um dos mais importantes produtores do Estado, graças ao grande número de indústrias desse ramo que aqui foram implantadas e que contribuem para a produção desses ricos elementos que são distribuídos por todo o Brasil, para a fertilização e o revigoramento de terras inaproveitáveis e cansadas.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

O nosso povo se envaidece por este Município de Almirante Tamandaré que, embora minúsculo pontinho no mapa do Estado do Paraná, embeleza o dadivoso solo paranaense com suas grandes áreas verdes e que enlanguesce os olhos dos visitantes com a beleza e o frescor de suas matas, a limpidez de suas águas e as singelezas das peculiaridades provincianas que ainda lhes são características marcantes.

Seus ares hibernais lhe dão conotações similares a um cantinho da Europa encravado no solo do Brasil, clima ideal para a saúde e recuperação de energias, particularmente dos anciãos.

Tanto isso é verdade, que existem aqui a Clínica Estância do Lago, um estabelecimento modelar destinado ao descanso e ao tratamento de pessoas estressadas, doentes e obesas, onde através de um tratamento especializado e com base em técnicas modernas encontram os pacientes a cura dos seus problemas de saúde.

Também o Hospital Oásis Paranaense, que funciona na localidade de Botiatuba, há cerca de 3 km da sede municipal, emprega técnicas modernas para o tratamento de diversas enfermidades, usando para tantos recursos básicos desenvolvidos através de estudos científicos empregados pela medicina natural, tais como o emprego de plantas medicinais curativas e fazendo uso, inclusive, dos banhos de barro medicinal desta região, com excelentes resultados.

Almirante Tamandaré foi emancipada de Colombo por conta da exploração do ouro e do crescimento da região no dia 28 de outubro de 1947, através da Lei Estadual nº 2.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

13.1.1 CRITÉRIO ATIVIDADE – AVALIA AÇÕES PROPOSTAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Este Plano de Trabalho pretende atender aos requisitos dispostos no Edital de Chamamento Público nº 017/2023, para gestão do da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h, exibindo a prática assistencial do **IDEAS**, que soberanamente obedecerá à normatização atualmente aplicável, de acordo com a as normativas do Ministério de Saúde (MS)/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e as demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do setor e a gestão ativa Serviço obedecendo à literatura aplicável e aos órgão de classe do corpo de profissionais alocados na unidade.

Estabelecer as responsabilidades para a gerenciamento e implantação dos serviços de atendimento da UPA, fortalecendo o desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na Região. O plano operativo, terá como objetivo a gestão do atendimento da equipe multidisciplinar, equipe médica e gestão clínica da referida unidade, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, construindo um serviço de saúde humanizado, eficiente, coerente e embasado nos princípios institucionais e valores do **IDEAS**. Desenvolvendo processos bem definidos, com profissionais habilitados e capacitados por meio de educação permanente, visando a otimização e maximização da qualidade dos serviços.

Visando a delimitação de toda a estrutura organizacional para o Gerenciamento, Operacionalização e Execução da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h do município e Almirante Tamandaré/PR, apresentamos a seguir o Plano de Trabalho de acordo com os parâmetros estabelecidos no Edital:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

13.1.1 ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE

A) IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

A.1 FLUXOS OPERACIONAIS PARA ATENDIMENTO DE USUÁRIOS.

Compreendendo Circulação das áreas

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

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

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

Dentre as linhas de tráfego mais importantes a serem consideradas na UPA 24h, destacam-se as seguintes:

Pacientes externos;

Pacientes internos;

Visitantes ou acompanhantes;

Funcionários de apoio

Pessoal médico e paramédico;

Suprimentos

Remoção de resíduos;

Transporte de Cadáveres.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

Ao analisarmos o elemento circulação dentro da UPA 24h podemos avaliar tanto sob o ponto de vista do visitante e paciente externo, usuários externos, quanto sob o ponto de vista do funcionário e paciente interno, usuários internos. Tendo em vista a complexidade dos sistemas de circulação, sob o ponto de vista dos usuários externos, preocupa-nos primordialmente a questão da orientação.

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

Pacientes externos e visitantes

Assim, para os pacientes externos e visitantes, a questão primordial é a orientação. O modo através do quais as pessoas chegam ao seu destino ou se orientam no espaço tornasse difícil em unidades assistenciais que se parecem com labirintos. Isto é particularmente mais difícil para pessoas com dificuldade em reconhecer padrões e sinais, devido à doença ou estado emocional alterado, como é o caso de pacientes e visitantes. Estes aspectos, somados à falta de familiarização com o edifício, resultam em uma inquietação do usuário no que diz respeito a sua segurança.

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

Funcionários

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Fluxo Operacional de Circulação dos Usuários em Atendimento

Descrição do fluxo de atendimento:

1. Após realização da ficha de atendimento pela recepção da unidade, paciente passa pela classificação realizada pelo profissional enfermeiro, após esta classificação,

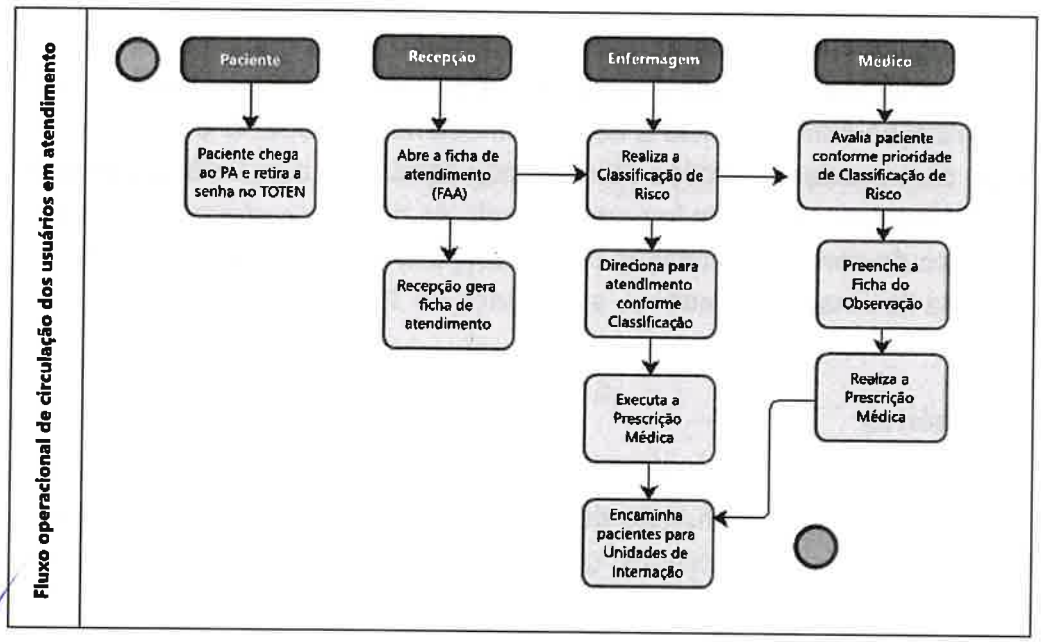
2. O enfermeiro direciona a ficha de atendimento para o consultório médico de acordo com a clínica e classificação de risco do paciente.

3. O médico realiza consulta e/ou atendimento de urgência e emergência, procedendo assim a prescrição e evolução médica.

4. A enfermagem executa prescrição médica e faz lançamento no sistema de materiais e medicamentos utilizados e reabastece o setor.

5. Caso necessário paciente fica em observação na unidade ou transferido para outra unidade.

Diagrama operacional de circulação dos usuários em atendimento



Fluxo operacional de circulação dos usuários em áreas restritas.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Descrição do fluxo:

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

Observações gerais:

Os pacientes devem aguardar por atendimento nas áreas devidamente estabelecidas de acordo com sua classificação de risco.

Somente pacientes que farão algum tipo de procedimento deverão circular pela área da sala de curativo.

Não será permitida a entrada de acompanhantes durante o atendimento emergencial ao paciente grave.

Menores de idade devem estar acompanhados pelo responsável legal.

Idosos devem estar acompanhados.

Acompanhantes de pacientes graves aguardarão na recepção da unidade;

Paciente chega na UPA 24h, realiza cadastro e aguarda classificação de risco.

Enfermagem realiza classificação de risco, classificando em vermelho, amarelo, verde e azul.

Se paciente classificado em Vermelho, direcionamento para sala de emergência para atendimento imediato.

Se paciente classificado em Amarelo, atendimento em até 1 hora.

Se paciente classificado em Verde, retorna à sala de espera pelo atendimento médico em até 2 horas.

Se paciente classificado em Azul, aguarda na sala de espera pelo atendimento médico em até 6 horas.

O médico realiza consulta, procedendo assim a prescrição e evolução médica e determina a observação do paciente

Enfermagem executa a prescrição médica, realiza exames laboratoriais e de imagem e solicita leito na Observação e a medicação solicitada.

Enfermagem encaminha paciente com documentação para unidade de destino.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Enfermagem realiza protocolos assistenciais e registra no sistema e no prontuário

Solicita vaga de Internação através do Sistema de Regulação de Leitos

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Diagrama operacional de circulação em áreas restritas

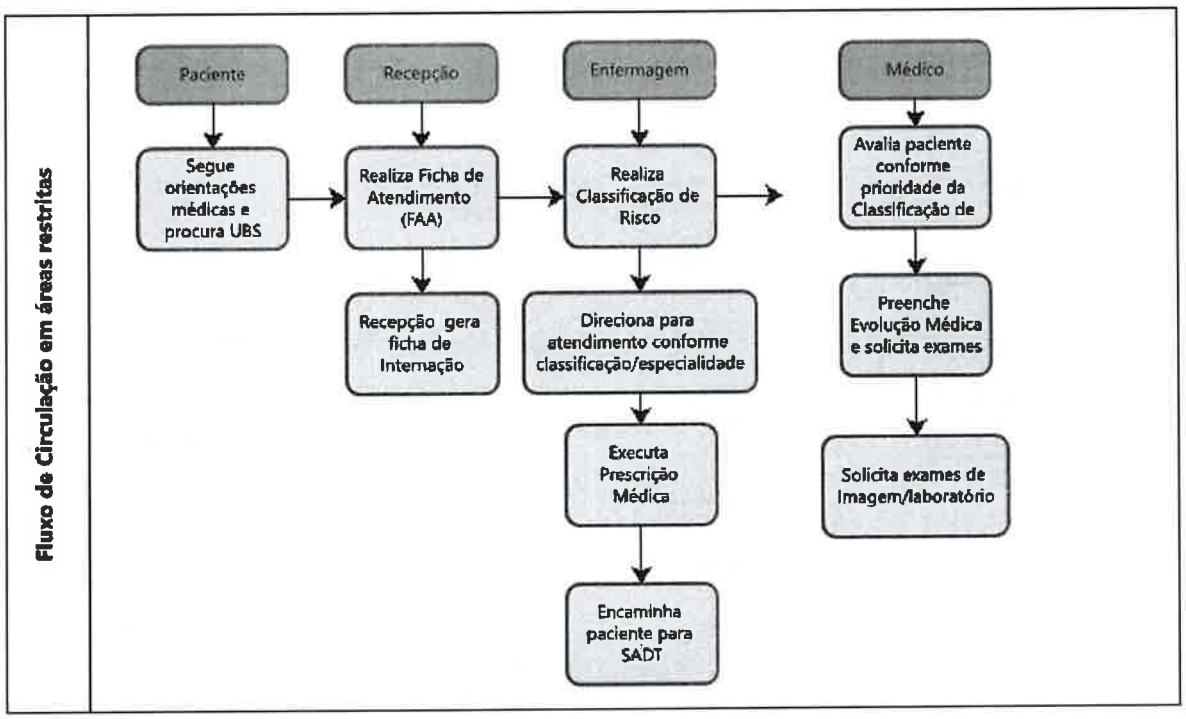
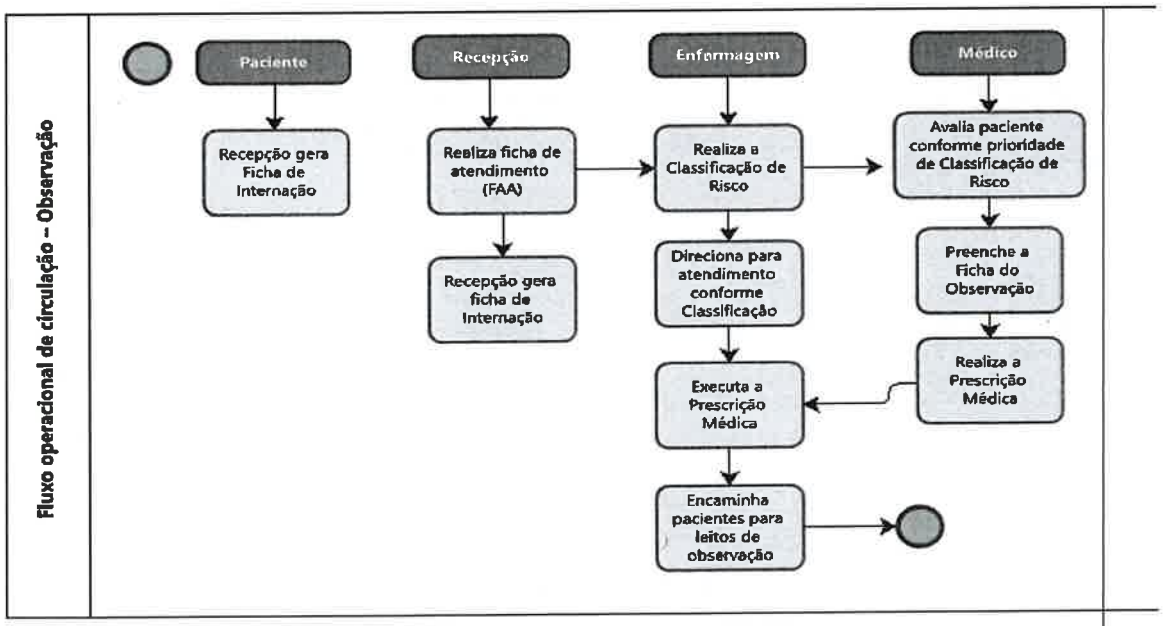


Diagrama operacional de Observação Clínica



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Diagrama Sala de Medicação

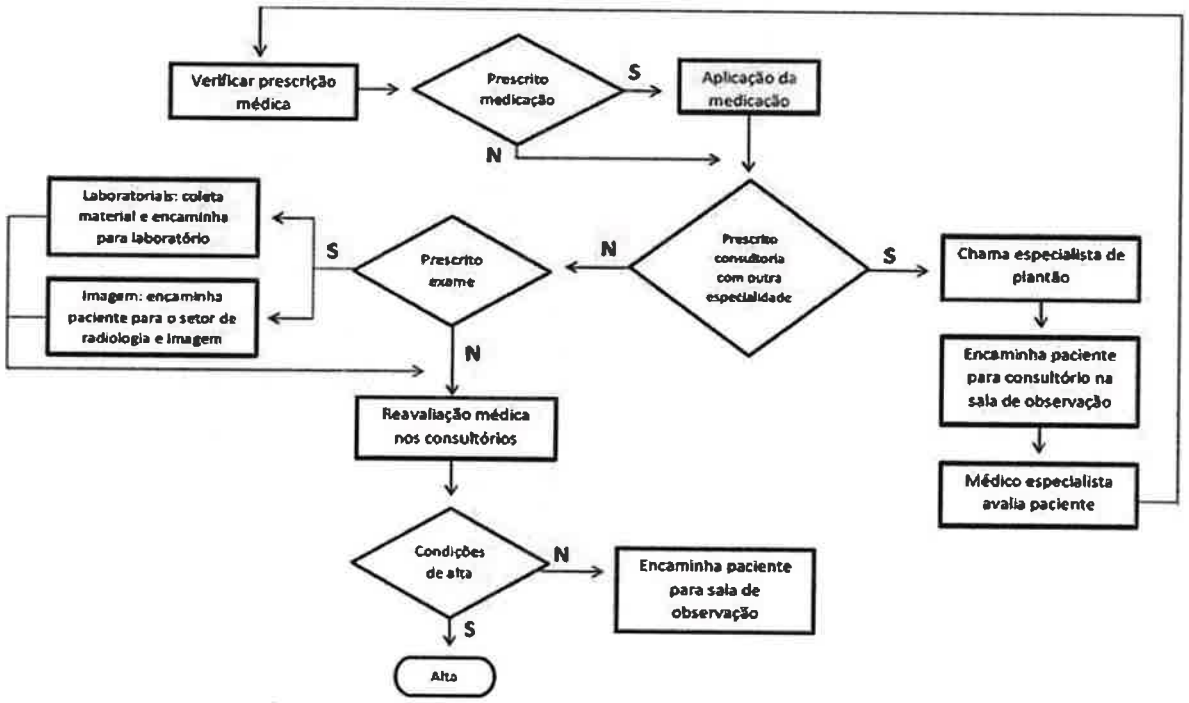
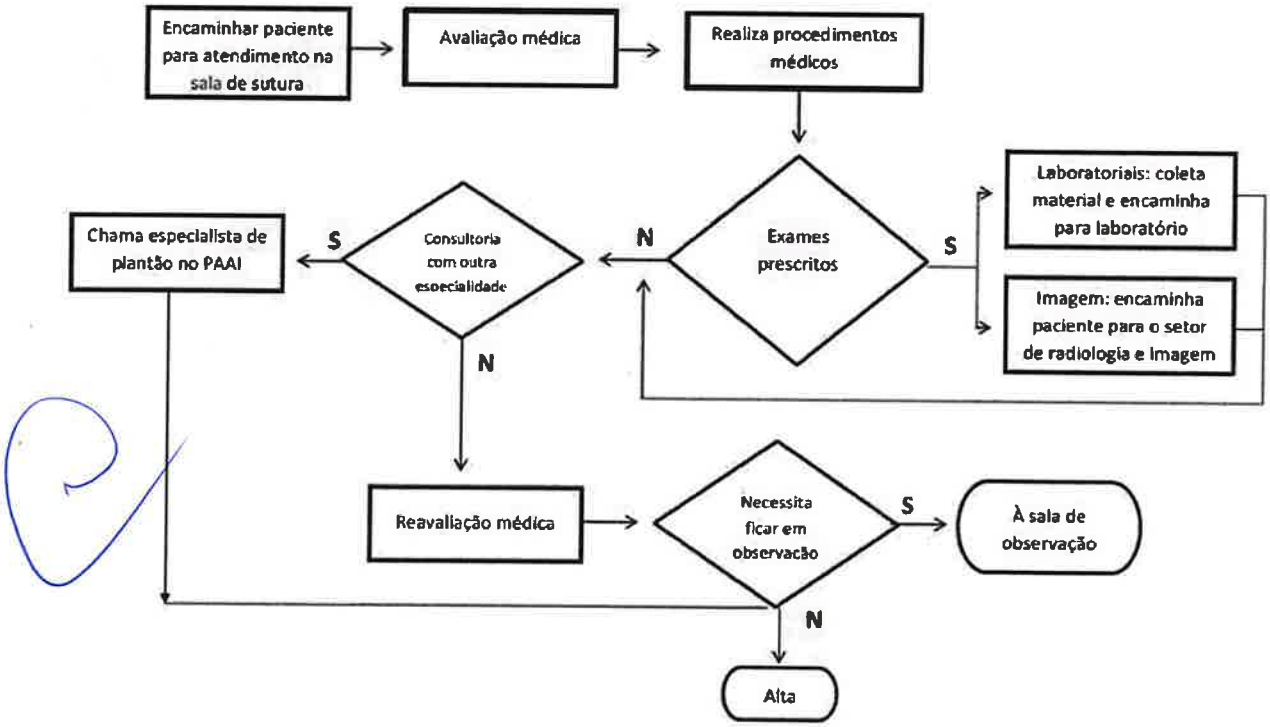


Diagrama Sutura e Curativo



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A.2 FLUXO OPERACIONAL PARA GESTÃO DE MATERIAL MÉDICOS E MEDICAMENTOS

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

Os medicamentos, que costumam receber um tratamento diferenciado devido a sua importância estratégica para as ações de saúde, serão considerados como um grupo igual aos demais, uma vez que essa diferenciação não garante um gerenciamento satisfatório se comparado com os demais grupos de materiais.

Pode-se, atualmente, definir almoxarifado como o local destinado a fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionada à política geral de estoques da empresa.

Impedir divergências de inventário e perdas de qualquer natureza é o objetivo primordial de qualquer almoxarifado, o qual deve possuir condições para assegurar que o material adequado, na quantidade devida, estará no local certo, quando necessário, por meio da armazenagem de materiais, de acordo com normas adequadas, objetivando resguardar, além da preservação da qualidade, as exatas quantidades. Para cumprir sua finalidade, o almoxarifado deverá possuir instalações adequadas, bem como recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

Rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado preservarão os materiais armazenados, protegendo-os contra furtos e desperdícios. A autoridade para a retirada do estoque deve estar definida com clareza e somente pessoas autorizadas poderão exercer essa distribuição. Da mesma forma que a retirada de numerário de um banco se dá mediante apresentação do correspondente cheque, a retirada de materiais do almoxarifado deve estar condicionada à apresentação da respectiva requisição.

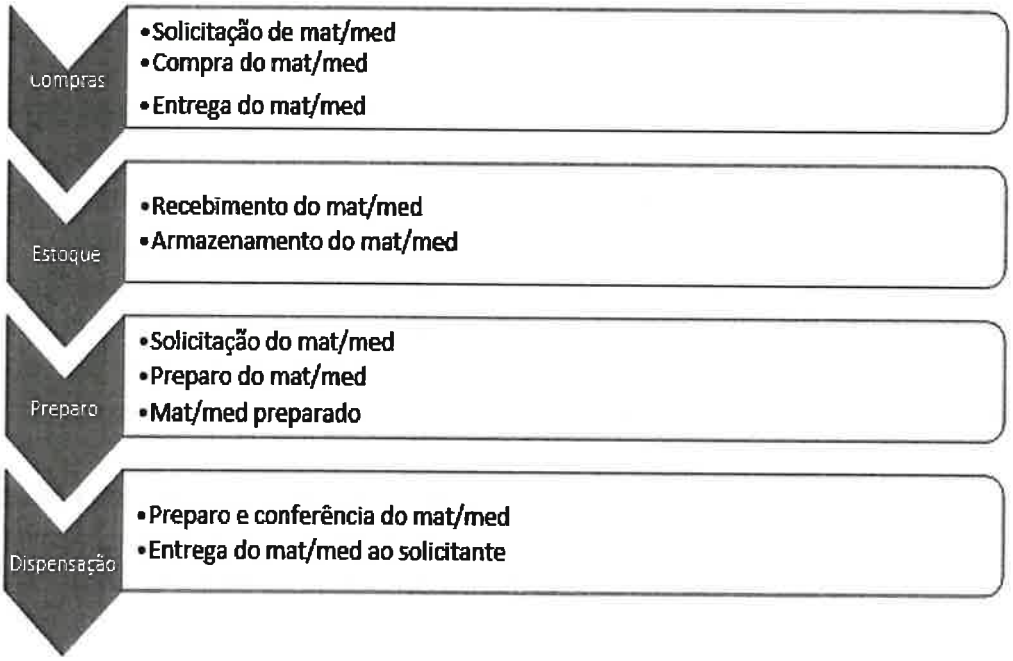
A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento das viagens de ida e volta do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas, da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

O almoxarifado é o reduto onde se encontram os "insumos", materiais necessários à sustentação do processo e do sistema produtivo, seja ele de bens, sejam de serviços.

Segundo o regimento interno do **IDEAS**, o mesmo tem como finalidade controlar e analisar gerencialmente todos os estoques existentes na instituição, provendo todos os materiais e medicamentos necessários ao desenvolvimento adequado das atividades em unidades de saúde. Compreende os setores de: gestão dos estoques, farmácia, almoxarifado, gerenciamento de materiais consignados, recebimento de mercadorias e transportes.

Diagrama



Para garantir maior segurança ao processo de dispensação, o ambientedestinado à dispensação deve:

- Ser reservado e tranquilo;
- Contar com fluxo restrito de pessoas;
- Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados
- os medicamentosdevem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

A dispensação segura nos estabelecimentos de saúde deverá ser precedida pelas seguintes atividades:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Seleção;
- Padronização;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Fracionamento;
- Identificação segura dos medicamentos.

Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

Restrição de acesso

Medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos e aqueles com grafias e embalagens semelhantes.

Procedimento Operacional

O Serviço de Farmácia deve possuir procedimento operacional atualizado para a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática.

O processo de dispensação de medicamentos deve possuir procedimento operacional padrão escrito, homologado, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da Farmácia.

Boas Práticas de Armazenamento

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A farmácia deve seguir as boas práticas de armazenamento de medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação, como o ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos.

Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF)

Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficiente sistema de controle de estoque, preferencialmente eletrônico, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade.

Os medicamentos devem ser corretamente separados, organizados, identificados e realizada a dupla checagem, evitando-se erros, principalmente, os medicamentos potencialmente perigosos.

O transporte deve ser feito de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos tais como aqueles necessários para o transporte de termolábeis.

Durante o recebimento dos medicamentos na unidade de saúde, nova conferência deve ser feita, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

Estratégias para dispensação segura relacionadas à prescrição

Realizar a análise farmacêutica das prescrições, priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição,a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore:

- Triagem para duplicidade terapêutica;
- Alergias;
- Interações medicamentosas;
- Intervalos de dose adequados;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Alerta para doses superiores às máximas;
- Alertas para nomes semelhantes, entre outros.

Para dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:

- O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos;
- Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescriçãose tornem erros de dispensação;
- Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor;
- Analisar os medicamentos prescritos considerando dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;
- O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;
- Manter a organização do ambiente de dispensação;
- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificandose as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição;
- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazermeticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;
- Verificar se na prescrição existem medicamentos com nomes ou embalagenssemelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos;
- Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais comocódigo de barras;
- O farmacêutico deve revisar as prescrições de medicamentos potencialmenteperigosos ou de alta vigilância;
- Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordemverbal;

- Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deve ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação;

- A dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância dispensados deve ser feita na farmácia estabelecimento de saúde.

Responsáveis:

Médicos: prescrever os medicamentos disponíveis na **UPA 24h** na posologia correta,de acordo com as necessidades clínicas de cada paciente, considerando as possíveis interações medicamentosas.

Farmacêuticos: proceder à triagem das prescrições médicas com base nas apresentações farmacêuticas disponíveis no Serviço de Farmácia, avaliando a posologia prescrita, bem como as possíveis interações existentes entre os medicamentos presentes nas prescrições de cada paciente. Atentar, principalmente para os medicamentos potencialmente perigosos.

Técnicos em Farmácia: proceder à separação dos medicamentos de acordo com a triagem realizada por farmacêuticos conforme o que foi prescrito para cada paciente,realizando o processo de dupla checagem.

Enfermeiros: proceder o aprazamento dos medicamentos na via da prescrição que permanece no prontuário do paciente, para tanto o enfermeiro deverá buscar informações quanto à estabilidade e a compatibilidade físico-química dos medicamentos, junto aos farmacêuticos do Serviço de Farmácia.

Técnicos em Enfermagem: proceder à conferência dos medicamentos prescritos por paciente, assim que os medicamentos são disponíveis para às unidades de internação. Verificar atentamente os medicamentos prescritos e as suas respectivas doses antes de segregar os medicamentos para a administração ao paciente. Sempre que possível, deverá ser realizada a dupla checagem dos medicamentos prescritos, principalmente daqueles considerados potencialmente perigosos.

Paciente: quando possível, o paciente deve ficar atento aos medicamentos que lhe são administrados, questionando a equipe de enfermagem sobre a denominação do medicamento e a dosagem do mesmo. Também deverá manifestar a existência de qualquer sinal ou sintoma indesejável relacionado ao uso de algum medicamento.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A.3 FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTAÇÃO.

O Procedimento operacional administrativo para atendimento a pacientes no da UPA 24h, atenderá aos seguintes parâmetros:

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

Responsabilidade:

Recepção

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

Atendimento prioritário a idosos, gestantes e portadores de necessidades:

Segurança: Na entrada da UPA 24h verifica no momento da abordagem ao paciente se o mesmo se enquadra no atendimento prioritário e entrega a senha preferencial e solicita que o mesmo aguarde na espera da recepção.

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

Emissão de Declaração de Comparecimento:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

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

O segurança da entrada recepciona o paciente, verifica o motivo de sua vinda à UPA 24h e entrega uma senha. Em seguida solicita que o mesmo aguarde o chamado do recepcionista acompanhando atentamente pelo painel;

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

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

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

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

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

Visita para Diretoria / Administração:

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

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

Visita para Pacientes Internados:

Observação/Emergência do Pronto Atendimento

O recepcionista da recepção do Pronto Atendimento, antes do início da visita dirige-se até o setor de Emergência/Trauma para a elaboração do censo, entregando-o para a Recepção. A visita será controlada pelo censo e os visitantes serão liberados através de sistema informatizado de gestão o qual emite uma etiqueta ao visitante.

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

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

Unidades de observação/Internação

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

Visita de médicos externos para pacientes internados

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

Visitas extras autorizadas

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

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

Controle e arquivamento de FA:

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

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

Funções frente a gestão e organização documental:

Receber o paciente, registrar, classificar o atendimento, encaminhar dentro da UPA 24h de acordo com a demanda apresentada;

Expedir/produzir documentos em geral (atestados, impressão de guias de encaminhamento, impressões e distribuição de ofícios, normas, protocolos, manuais, etc);

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Manter arquivo informatizado da documentação administrativa emitida e recebida em planilha informatizada;

Realizar expedição de documentos e protocolos visando a manutenção do arquivo administrativo;

Organizar e enviar correspondências aos destinatários quando devido, bem como receber documentos de outros serviços e encaminhá-los aos respectivos setores/profissionais;

Acompanhar a movimentação da documentação na UPA 24h (interno) e nos demais serviços da rede de atenção à saúde (externo);

Promover a guarda e arquivamento dos documentos.

Para o registro:

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

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

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

4º passo: Preencher todos os campos obrigatórios;

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

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

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

Arquivo de documentos ou envio para outros setores:

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

6º passo: salvar o relatório com os arquivos.

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

A.4 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS.

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

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

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

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

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

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

- Receber, desinfetar e separar os artigos médico-hospitalares;
- Realizar a lavagem dos artigos;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

Descrição do Fluxo:

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

Processos CME Limpeza:

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

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;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Desincrustante: proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vezes por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

Desinfecção:

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

Tipo de Desinfecção:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Tipo I 24h.

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

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

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

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

Tipos de Esterilização:

Esterilização Física/Autoclave: Processo de esterilização que utiliza alta temperatura de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia. Devem ser esterilizados por este processo todos os artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: artigos de borracha, tecidos, metais evidros);

Esterilização Química: É o processo de esterilização por meio de imersão dos artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termos sensíveis. Produtos: Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);

Esterilização Físico-Química/Óxido e Etileno: é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60°C (ex: materiais termos sensíveis que não podem passar por esterilização química).

TNT SMS → (
grau cirur.

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);

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Saco plástico / tecido: 24 horas (esterilização química de material de uso ambulatorial);

Tecido: imediato (esterilização química de material cirúrgico).

Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos). Os artigos de uso único não são passíveis de reesterilização, e, portanto, sua reutilização é proibida. (Resolução RDC Nº. 156/2006 e Resolução RE Nº. 2605/2006 ANVISA/MS).

Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;

O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do artigo;

Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;

Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas,detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não os armazenar embaixo da pia e/ou locais úmidos;

Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;

Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;

Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;

Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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 pela UPA 24h, quando buscá-los na CME;

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

Horário de Funcionamento do Expurgo:

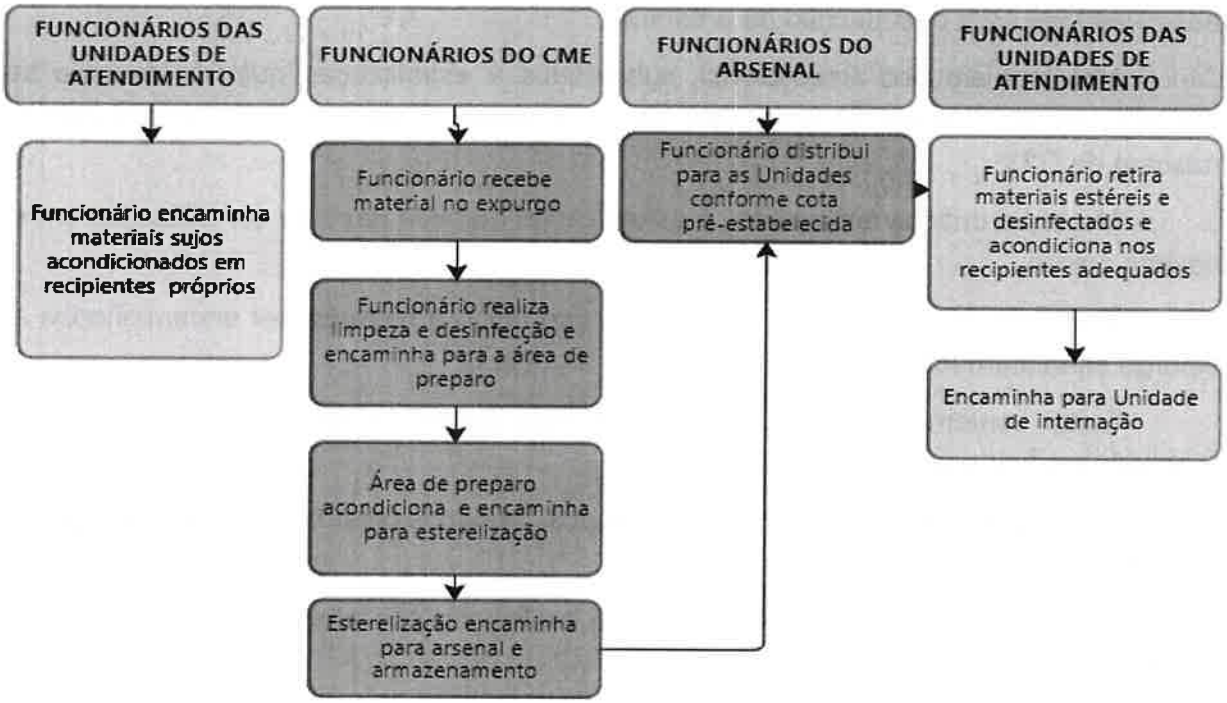
10h – 11:30h; 13h – 14h; 16h – 18h; 24h – 1h; 05:30h – 06:40h.

Coleta de Material:

Unidades de Internação (comadres, compadres e bacias): 10h e 17h; Centro Cirúrgico: 10h, 13h, 16h e 17h.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Diagrama unidirecional de material estéril:



A.5 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS.

Descrição do Fluxo da Rouparia

O Setor de Rouparia tem como finalidade suprir as necessidades básicas de enxoval das diversas unidades da UPA 24h ao nível de sua competência visando sempre à satisfação dos clientes internos e externos.

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

O fluxo do processamento de roupas/ rouparia consiste:

Coleta - recolhimento de roupas sujas

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Separação

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

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

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

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

Pesagem

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

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

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

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

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

Processamento de roupas na área limpa

Processamento na rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa da UPA. A centralização em um único local permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

qualidade, às diversas unidades da UPA 24h. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e baixa.

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

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

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

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

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

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras. Após o conserto, a roupa volta a ser lavada.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval da UPA:

Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte. Isso evitará a contaminação do ambiente, já que não possuímos carros com tampa;

Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;

Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de Enfermarias comum);

A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar: acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia (envolver toda a roupado paciente no lençol do leito fazendo uma "trouxinha");

Evitar que objetos perfurocortantes, instrumentais ou outros artigos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos hampers (aumenta risco de acidentes para os funcionários da lavanderia);

O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário;

O funcionário da lavanderia identifica os sacos plásticos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária paraaquele setor;

* A rotina de identificação dos hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.

Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);

A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados. Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário;

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com micro-organismo presente nas mãos ou roupas dos profissionais;

Não usar lençol e/ou campos como forro de mesas e/ou bancadas, devido ao número reduzido de enxoval e a necessidade de desinfecção frequente destes locais;

O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada na unidade da UPA. É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque;

A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequada em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas;

No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Obs: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfurocortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa. As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadasprincipalmente à não adesão das precauções padrão

Solicitações extraordinárias via telefone

Objetivo: Atender pedidos de quantitativos extraordinários e diversos.

Responsável pelo atendimento: Auxiliar Operacional de Hotelaria.

Atender os pedidos extras via telefone e ou porta.

Separar as peças solicitadas e disponibilizá-las no carro de entrega.

Digitar a quantidade e tipo de peça sistema informatizado de gestão, salvar lançamento e imprimir recibo de entrega.

Efetuar entrega até a unidade e ou pessoalmente (porta) ao solicitante e colher assinatura de recebimento na folha de recibo por unidade.

Arquivar folha assinada por setor, para controle de saídas de peças diárias por setor.

Entrega de uniformes

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

Controle de uniformes: (admissão) o colaborador admitido é encaminhado pelo Depto Pessoal ao setor de distribuição de uniformes juntamente com a Ficha de Liberação de EPI, este setor faz as medidas, se houver disponibilidade de uniforme o mesmo é liberado, e o colaborador assina a ficha de recebimento. (demissão) o colaborador faz a

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

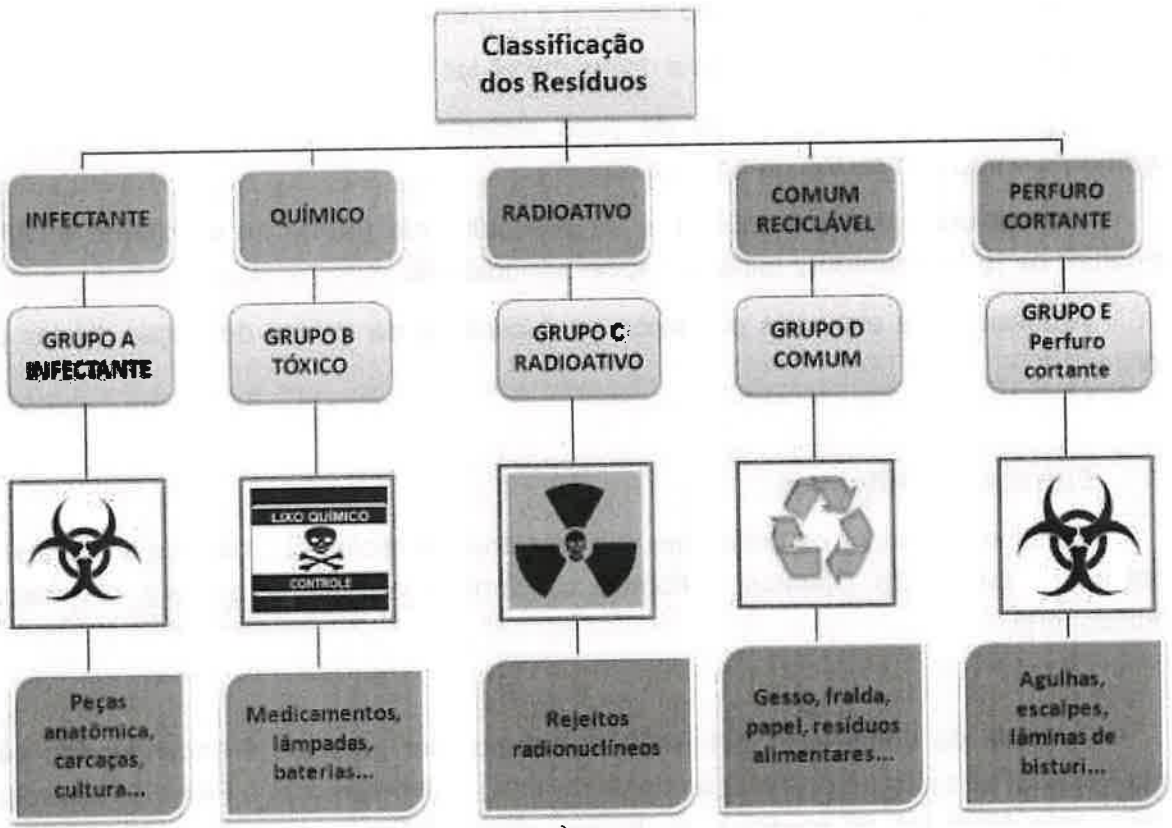
devolução do uniforme e sua Ficha é devolvida ao setor de DP, para dar baixa em seu prontuário.

O IDEAS irá disponibilizar aos médicos e funcionários da enfermagem que trabalhem na UPA 24h uniformes privativos diariamente que serão retirados no início do plantão e na saída serão dispensados em hamperes e destinados a lavanderia, para processo de lavagem.

A.6 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SAÚDE.

Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos da UPA será realizado a identificação por Diagrama/Legenda de toda a Unidade:

Figura:



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Objetivo

Estabelecer os procedimentos para o gerenciamento de resíduos provenientes da UPA 24h baseando-se nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descrevem as ações relativas ao seu manejo, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, transbordo, tratamento e disposição final, bem como à proteção e preservação à saúde pública, ao meio ambiente e à saúde e segurança do trabalhador.

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

Responsabilidades

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

Tratamento: Processo artificial de depuração e remoção das impurezas, substâncias e compostos químicos de água captada dos cursos naturais, de modo a torná-la própria ao consumo humano, ou de qualquer tipo de efluente líquido, de modo a adequar sua qualidade para a disposição final.

Segregação: Consiste na separação do resíduo no momento e local de sua geração, de acordo com características físicas, químicas, biológicas sua espécie, estada físico e classificação.

Acondicionamento: Consistem no ato de embalar corretamente os resíduos segregados, de acordo com as suas características, em sacos e/ou recipientes impermeáveis, resistentes à ruptura e vazamento.

Identificação: Conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos, recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

Transporte Interno: Consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até o local destino armazenamento temporário ou à apresentação para a coleta externa.

Armazenamento Temporário: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

Coleta Interna I: consiste na coleta dos resíduos do ponto de geração e transporte para o expurgo (armazenamento temporário).

Coleta Interna II: consiste no transporte dos resíduos dos expurgos (armazenamento temporário), para o abrigo externo.

Coleta E Transporte Externos: A coleta e transporte externos consistem na remoção dos RSS, do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantem a preservação da integridade física da pessoa, da população e do meio ambiente, de estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

Destinação Final: consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para receber obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e licenciamento em órgão ambiental competente.

Segregação, Manuseio e Acondicionamento

Resíduo Grupo A – Infectantes

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

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

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

Resíduo Grupo – Químico

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Os químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Centro de Diagnósticos por Imagem, são segregados e tratados na própria unidade, por equipamento instalado para a recuperação da prata, que é feita por meio de filtro separador. 27

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

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

Resíduo Grupo – Comum

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

O acondicionamento é feito em sacos plásticos pretos.

Resíduo Grupo D – Comuns Recicláveis

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

A segregação é feita nos pontos de geração.

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

Resíduo Grupo E - Perfurante cortante

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

Armazenamento

a) Temporário

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

b) Final

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

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

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

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

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

Coleta Interna

a) Resíduo Grupo A – Infectantes

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

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

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

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

b) Resíduo Grupo B – Químicos

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

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

A coleta interna II é feita ocasionalmente, conforme necessidade.

c) Resíduo Grupo D – Comum

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

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

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

d) Resíduo Grupo D – Comum Reciclável

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

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

e) Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

A coleta é realizada pelo coletor / auxiliar de higiene nos expurgos de cada unidade geradora, o mesmo coloca os recipientes rígidos com simbologia de infectante dentro do saco branco e é transportado em contenedores com tampas, até abrigo específico onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa contratada pela Prefeitura.

Nota: O funcionário da coleta interna I utiliza: uniforme, calçados de segurança e luvas de borracha para a retirada dos resíduos das alas comuns e em casos de pacientes em isolamento utiliza os EPI recomendados especificamente, nos procedimentos da SCIH, conforme o tipo de isolamento.

O funcionário da coleta II utiliza: uniforme, bota de PVC, luvas de PVC de cano longo e avental impermeável, máscara e óculos de proteção.

O funcionário da coleta interna II é responsável pela pesagem dos resíduos e preenchimento dos formulários.

Tratamento Interno

Resíduo Grupo B – Químicos

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

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

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

Coleta Externa

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada pela Prefeitura do município com caminhão especial, de compactação branda, estanque, com carga lateral.

Acompanha cada coleta o formulário "Manifesto de Transporte de Resíduo de Serviço de Saúde"

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

Nota: EPI da guarnição: Calça e camisa na cor branca; luvas de PVC cano longas botas com biqueira de aço, máscara contra odores e máscara contra partículas tóxicas (eventualmente).

b) Resíduo Grupo B – Químicos

A coleta externa dos resíduos químicos será realizada conforme solicitação, sob a responsabilidade da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré/PR.

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

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

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

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

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

c) Resíduo Grupo D – Comum

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada pela Prefeitura do Município de Município de Almirante Tamandaré/PR.

Empresa:

Endereço:

CNPJ: Telefone:

d) Recicláveis

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

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Tratamento Externo

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

Após o tratamento são encaminhados para disposição final em aterro, sob a responsabilidade da Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré/PR .

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

b) Resíduo Grupo B – Químicos

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

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Telefone:

c) Resíduo Grupo D - Comuns

Os resíduos do grupo D são dispostos em aterro sanitário.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

d) Resíduo Grupo D - Recicláveis

Os resíduos do Grupo D – Recicláveis são encaminhados para reciclagem para empresa contratada cadastrada pela Prefeitura do Município de Almirante Tamandaré/PR.

Empresa:

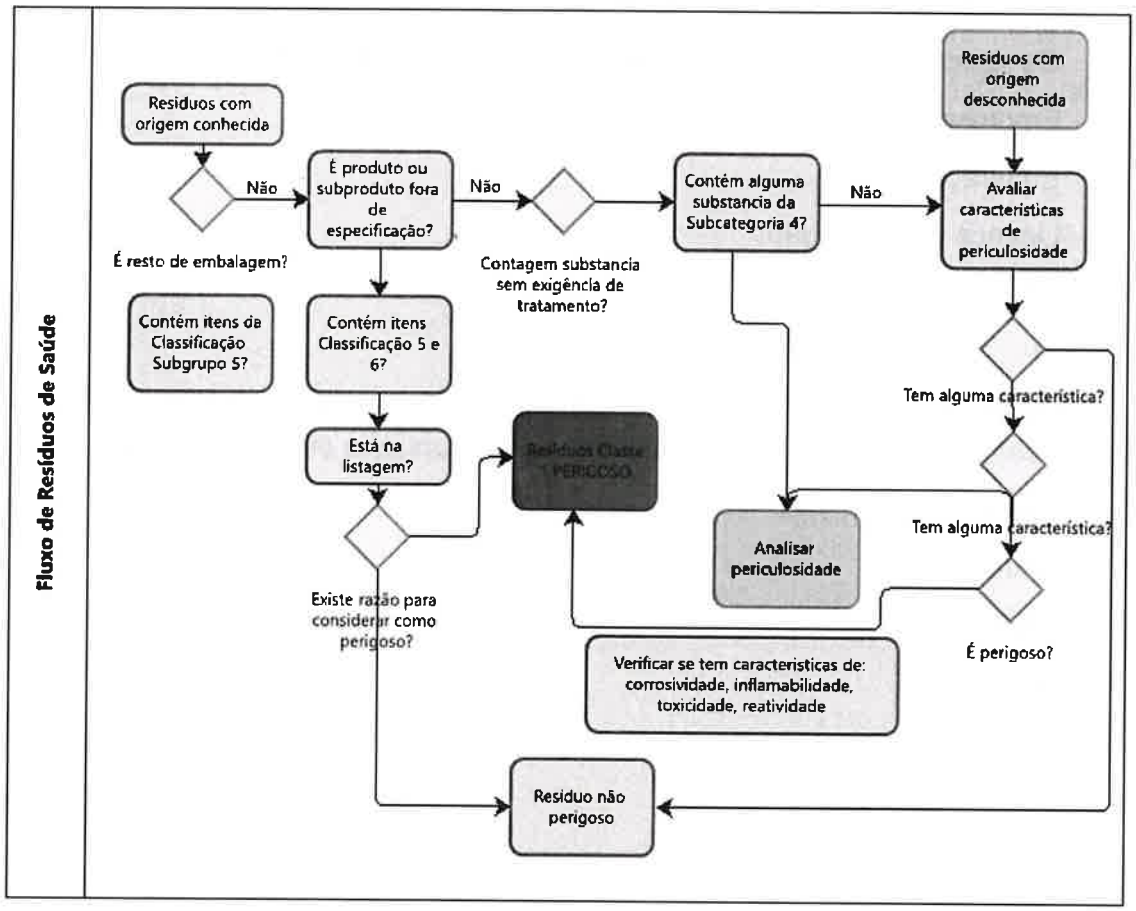
Endereço:

CNPJ:

Telefone:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Diagrama fluxo unidirecional para resíduos



A.7 FLUXO PARA HIGIENIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H

Definições:

Fluxo de Higienização de unidade de saúde, frequentemente é definida como processo de remoção de sujidade de superfícies inanimadas.

Classificação das áreas da UPA 24H:

CRÍTICAS: São aquelas onde há maior número de pacientes graves ou imunologicamente deprimido, maior número de procedimentos invasivos em consequência, maiores riscos de infecções.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

SEMICRÍTICAS: São aquelas onde se encontram pacientes internados e o risco de infecção é menor.

NÃO CRÍTICAS: Todos os setores onde não há risco de transmissão de infecção e não existem pacientes.

Categorias de higienização:

A higiene da unidade saúde é alcançada mediante os procedimentos de descontaminação, desinfecção e/ou limpeza.

LIMPEZA: É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica manual. DEVE PRECEDER OS PROCESSOS DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO.

DESINFECÇÃO: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, MEDIANTE A APLICAÇÃO DE SOLUÇÃO GERMICIDA EM UMA SUPERFÍCIE PREVIAMENTE LIMPA.

DESCONTAMINAÇÃO: É a remoção de materiais orgânicos de uma superfície, COM AUXÍLIO DE UMA SOLUÇÃO DESINFETANTE, APLICADA DIRETAMENTE SOBRE O AGENTE CONTAMINANTE.

Tipos de Higiene de Unidades de Saúde:

HIGIENIZAÇÃO CONCORRENTE: é a limpeza e desinfecção realizadas diariamente, quando o paciente se encontra internado, incluindo pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários, esvaziamento e troca de recipientes de Resíduos de Serviços de Saúde, de roupas e organização geral do ambiente. Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação. Nas salas cirúrgicas, a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada cirurgia e sempre que necessário.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

HIGIENIZAÇÃO IMEDIATA: é a limpeza e desinfecção realizada quando há presença de sujidade e/ou matéria orgânica sempre que necessário.

HIGIENIZAÇÃO TERMINAL: é a limpeza e/ou desinfecção ambiental que abrange pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive mesas de exames e colchões, janelas, vidros, portas, grades de ar-condicionado, luminárias, teto, em todas as suas superfícies externas e internas. Em unidades de internação de pacientes, a limpeza terminal é realizada após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados. Nas salas cirúrgicas, a desinfecção terminal será realizada ao término da programação cirúrgica diária.

Produtos Básicos Utilizados na Higienização

Para a limpeza de pisos e paredes recomenda-se o uso de detergente, e para os diferentes tipos de superfície como mobiliários e equipamentos, existem desinfetantes apropriados para cada um deles. Salvo, em presença de matéria orgânica, a limpeza deverá ser conforme fluxograma no Item 10.

No HULW os produtos padronizados são: Água, Detergente neutro, Álcool a 70%, Hipoclorito a 1%, Glucoprotamina a 0,5% ou 1% e Biguanida Polimérica 3,5% + Quaternário De Amônio 5,2%

ÁGUA - é utilizada para diluição do desinfetante e para remover as sujeiras.

DETERGENTE - substância que facilita a remoção de sujidade, detritos e microrganismo visíveis, através da redução da tensão superficial (umectação), dispersão e suspensão da sujeira.

ÁLCOOL – é amplamente utilizado como desinfetante e antisséptico no ambiente hospitalar, tanto o etílico, 70% (p/v), como o isopropílico, 92% (p/v), pela ação germicida (bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida), pelo custo reduzido e baixa toxicidade. Porém, não é capaz de destruir esporos bacterianos, evapora rapidamente, é inativado na presença de matéria orgânica. É indicado para desinfecção de nível intermediário ou médio de artigos e superfícies, exercendo seu efeito germicida APÓS TRÊS APLICAÇÕES DE 10 SEGUNDOS, INTERCALADAS PELA SECAGEM NATURAL.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

HIPOCLORITO DE SÓDIO A 1% - o hipoclorito está indicado para desinfecção de alto, médio e baixo níveis, conforme concentração e tempo de contato com artigos e superfícies, podendo também ser utilizado para descontaminação. É um agente bactericida, virucida, fugicida, tuberculicida e destrói alguns esporos.

Alguns fatores limitam o uso do hipoclorito, por ser altamente corrosivo para alguns metais (alumínios, cobre, bronze, aço inoxidável e cromo) e mármore, sendo danificados com a exposição prolongada.

ESSAS SOLUÇÕES DEVEM SER ESTOCADAS EM LUGARES FECHADOS, FRESCOS, ESCUROS (FRASCOS OPACOS).

GLUCOPROTAMINA 0,5% ou 1% - substância multicomponente obtida do óleo de coco natural com propriedade antimicrobiana, não volátil, facilmente dissolvido em água, não teratogênico, não mutagênico, biodegradável, não corrosivo e nem tóxico. Indicação: superfícies fixas. Mecanismo de ação: atividade biocida (bactérias e fungos) ocasionada pela destruição da parede e membrana celular.

Após diluído, o produto terá validade de até 30 dias.

BIGUANIDA POLIMÉRICA 3,5% + QUATERNÁRIO DE AMÔNIO 5,2% - Substância

com amplo espectro bactericida, além de comprovada eficácia contra o vírus H1N1 e COVID-19. O produto está associado a presença de tensoativos, o que permite seu uso como limpador e desinfetante, facilitando o processo de limpeza e desinfecção. Facilmente dissolvido em água utilizando dosadores automáticos. Possui baixa toxicidade, não corrosivo, e na presença de matéria orgânica não é inativado.

Após diluído, o produto terá validade de até 30 dias.

Boas Práticas em Higienização da unidade de saúde:

Sempre sinalizar o corredor deixando um lado livre para circulação de pessoas e com materiais organizados para evitar acidentes de trabalho;

Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com o auxílio de luvas;

Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequadamente;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A varredura deve ser realizada utilizando MOP. A VARREDURA SECA COM VASSOURAS É PROIBIDA, POIS LEVANTA POEIRA E MICROORGANISMOS QUE ESTÃO DEPOSITADOS NO PISO.

Na higienização feita com água e detergente neutro utiliza-se, inicialmente, o pano úmido, para recolhimento de resíduos, seguindo de limpeza com água e detergente neutro, retirando toda a sujidade, e enxágue.

Utilizar sempre dois baldes de cores diferentes, sendo: um com água, outro com água e detergente neutro.

A técnica de limpeza utilizando dois baldes tem por objetivo estender o tempo de vida útil do detergente, diminuindo o custo e a carga de trabalho.

Na higienização feita com glucoprotamina ou biguanida utiliza-se, inicialmente, o pano úmido com água, para recolhimento de resíduos, seguindo de aplicação do produto, retirando toda a sujidade.

Não misturar produtos, utilizando-os cada um para sua correta finalidade. ex.: detergente neutro, solução desinfetante etc.

Desprezar água suja em local adequado, nunca em banheiros de pacientes e funcionários, posto de enfermagem e pias utilizadas para higiene das mãos;

Obedecer ao sentido correto para limpeza, da seguinte forma, em sentido unidirecional: teto, paredes de cima para baixo e piso iniciando dos cantos mais distantes da porta;

Princípios do Fluxo de limpeza da UPA:

Do mais limpo para o mais sujo;

Da esquerda para direita;

De cima para baixo;

Do distante para o mais próximo;

Ao proceder a limpeza evitar derramar água no chão;

Usar sempre panos e/ou mops limpos;

Usar sempre mops diferenciados para enfermarias e banheiros;

Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos.

Manter panos e cabeleira alvejadas, baldes e materiais de trabalho limpos;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Nunca deixar panos e mops de limpeza imersos em solução, pois pode diminuir sua vida útil, além de servir de meio de cultura para microrganismos;

Encaminhar panos de limpeza e mops à lavanderia após cada turno de trabalho;

Caso seja necessário utilizar álcool a 70% na desinfecção de superfícies (mobília, computador, bancadas...), realizar a fricção mecânica no mínimo três vezes deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes, longos e em uma só direção.

Nunca substituir escadas por cadeiras;

Utilizar escadas apenas em superfícies planas;

Manter postura corporal adequada;

Não levantar ou carregar objetos muito pesados sem ajuda;

Comunicar ao chefe imediato acidentes logo após a ocorrência;

Proteger tomadas elétricas de paredes que serão molhadas;

Nunca manusear equipamentos elétricos com mãos molhadas;

Recolher o lixo antes de qualquer tipo de limpeza.

As lixeiras deverão ser esvaziadas ao atingir 2/3, ou seja, 80% de sua capacidade.

Lavar as lixeiras semanalmente e sempre que necessário.

O lixo deve ser recolhido sempre que for necessário.

Nunca usar luvas emborrachadas para limpeza de mobília.

Equipamentos e Materiais para Higienização:

Conjunto mops (cabo, armação ou haste ou suporte e luva ou refil);

Rodos;

Baldes;

Panos para limpeza;

Borrifador;

Escadas;

Escova de cerdas duras;

Carro funcional;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Placa de sinalização;

Carros para transporte de resíduos;

Luvas descartáveis;

Luvas emborrachadas;

Outros equipamentos de proteção individual (óculos, gorro, máscara, avental e botas).

Método para Higienização de Superfícies (mobília, bancadas, etc) utilizando água e detergente neutro:

Preparar dois baldes, um com água e detergente e outro apenas com água;

Calçar luvas descartável;

Abrir o pano umedecido, dobrando-o em 2 ou 4;

Limpar toda a superfície com pano umedecido com água e detergente neutro, dobrando o pano para utilizar todas as dobras limpas;

Mergulhar o pano no balde com água e detergente, torcendo-o bem para retirar o máximo possível de água (substitui a operação de remover o pó seco, e ao mesmo tempo promover a limpeza);

Limpar em faixas paralelas, com movimentos ritmados, longos e retos;

Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras, torcê-lo e retirar o detergente de toda estrutura;

Voltar a mergulhar o pano no balde com água e sabão, para se necessário, reiniciar o procedimento de limpeza;

Repetir a operação quantas vezes necessárias para promover a limpeza;

Secar bem toda a estrutura;

Trocar a água dos baldes sempre que visivelmente sujas, quantas vezes forem necessárias.

Método para Higienização de Superfícies (mobília, bancadas, etc) com o uso da GLUCOPROTAMINA 0,5% ou 1% ou BIGUANIDA POLIMÉRICA 3,5% + QUATERNÁRIO DE AMÔNIO 5,2%;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Calçar luvas descartável;

Abrir o pano, dobrando-o em 2 ou 4;

Borrifar a glucoprotamina ou a biguanida em cada face do pano, deixando-o levemente úmido;

Limpar toda a superfície com pano umedecido, dobrando-o para utilizar todas as dobras limpas;

Limpar em faixas paralelas, com movimentos ritmados, longos e retos;

Repetir a operação quantas vezes necessárias para promover a limpeza.

Método e Técnica para Higienização da Unidade do Paciente (mesa de cabeceira, suporte de soro, mesa de refeição, colchão e cama), utilizando água e detergente neutro:

Material:

Balde, detergente neutro, panos para limpeza, luvas de procedimento, álcool a 70%.

Técnica:

Lavar as mãos;

Reunir o material e levá-lo à unidade;

Abrir portas e janelas para arejar o ambiente;

Realizar a limpeza utilizando movimentos simples, amplos, em um só sentido, do mais limpo para o mais sujo, evitando sujar áreas já limpas;

Ensaboar e retirar o sabão com pano úmido, trocando a água sempre que estiver suja;

Iniciar a limpeza pela mesa de cabeceira (tampo, parte interna e externa), mesa de refeição, suporte de soro, escadinha, colchão e cama;

Afastar a cama da parede, deixando um espaço suficiente para execução da tarefa;

Travar as rodas da cama;

Limpar a face superior e lateral do colchão, no sentido da cabeceira para os pés;

Colocar o colchão sobre a guarda aos pés da cama, expondo a metade superior do estrado e limpar a parte posterior do colchão;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Lavar a cabeceira, grades e a parte exposta do estrado, acionar a manivela para limpar a parte posterior do estrado;

Abaixar o estrado, dobrar o colchão dos pés para a cabeceira limpando a parte inferior do estrado, os pés da cama e a metade posterior do colchão;

Acionar novamente a manivela para limpar a parte posterior do estrado nos pés da cama;

Abaixar o estrado e colocar o colchão no lugar na posição horizontal;

Limpar os quatro pés da cama;

Após higienização prévia da unidade do paciente (mesa de cabeceira, suporte de soro, mesa de refeição, colchão e cama), friccionar álcool a 70% em sentido unidirecional, em faixas paralelas, iniciando da face superior, laterais e face inferior, deixando secar e repetir a operação por três vezes.

Posicionar o equipamento da unidade e recolher o material utilizado;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Comunicar ao enfermeiro de plantão e/ou supervisor de área a tarefa executada.

Método e Técnica para Higienização da Unidade do Paciente (mesa de cabeceira, suporte de soro, mesa de refeição, colchão e cama) com o uso da GLUCOPROTAMINA 0,5% ou 1% ou BIGUANIDA POLIMÉRICA 3,5% + QUATERNÁRIO DE AMÔNIO 5,2%

Material:

Borrifador com a solução, panos para limpeza, luvas de procedimento.

Técnica:

Lavar as mãos;

Reunir o material e levá-lo à unidade;

Abrir portas e janelas para arejar o ambiente;

Realizar a limpeza utilizando movimentos simples, amplos, em um só sentido, do mais limpo para o mais sujo, evitando sujar áreas já limpas;

Iniciar a limpeza pela mesa de cabeceira (tampo, parte interna e externa), mesa de refeição, suporte de soro, escadinha, colchão e cama;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Afastar a cama da parede, deixando um espaço suficiente para execução da tarefa;

Travar as rodas da cama;

Limpar a face superior e lateral do colchão, no sentido da cabeceira para os pés;

Colocar o colchão sobre a guarda da parte oposta à cabeceira, expondo a metade superior do estrado e limpar a parte posterior do colchão;

Lavar a cabeceira, grades e a parte exposta do estrado, acionar o controle para limpar a parte posterior do estrado, reposicionar o estrado;

Dobrar o colchão dos pés para a cabeceira, limpar a parte posterior do colchão, lavar parte oposta à cabeceira, grades e a parte exposta do estrado,

Acionar o controle para limpar a parte posterior do estrado, reposicionar o estrado;

Colocar o colchão no lugar na posição horizontal;

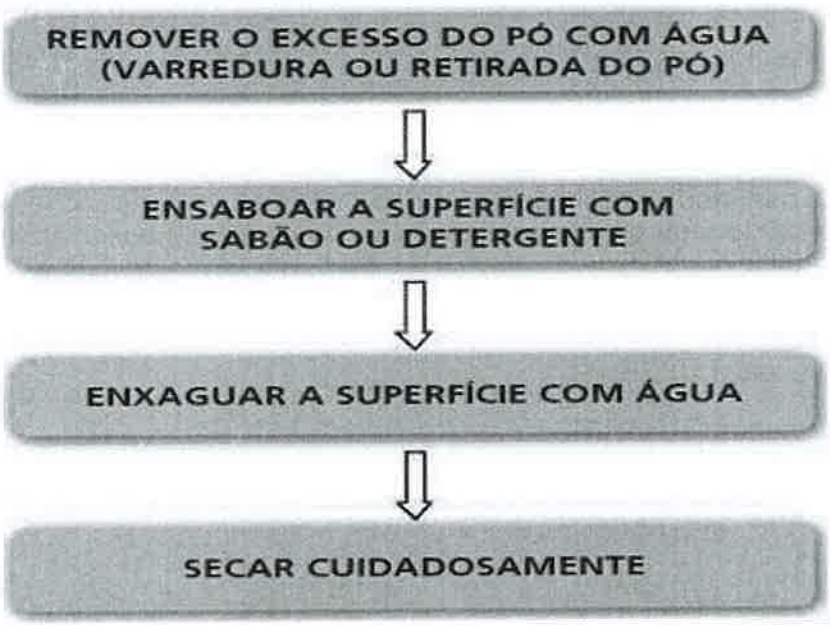
Limpar os quatro pés da cama;

Posicionar o equipamento da unidade e recolher o material utilizado;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Comunicar ao enfermeiro de plantão e/ou supervisor de área a tarefa executada.

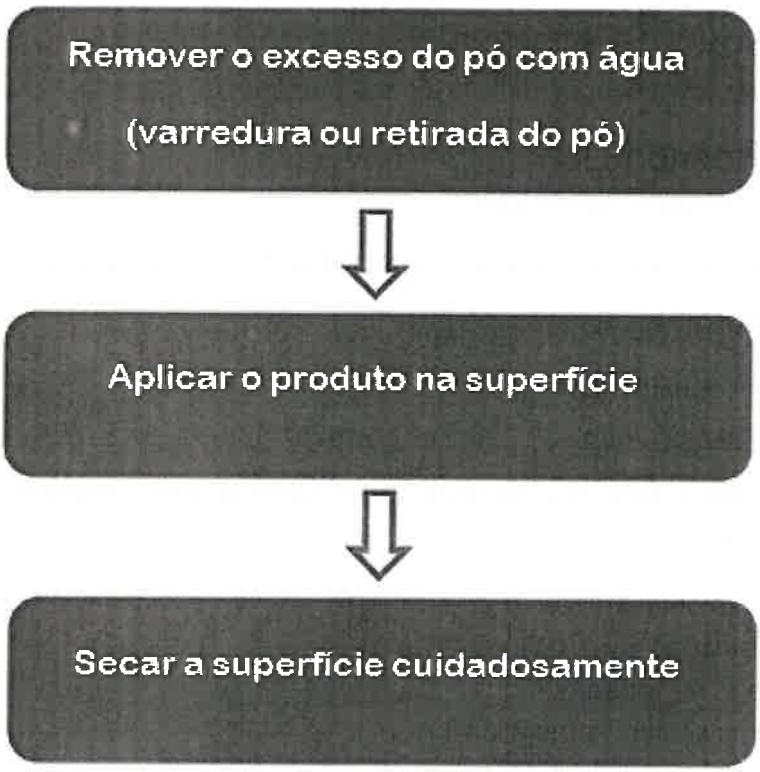
Fluxo para limpeza de superfície SEM matéria orgânica utilizando água e detergente neutro:



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Fonte: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010.

Fluxo para limpeza de superfície SEM matéria orgânica utilizando glucoprotamina ou biguanida:

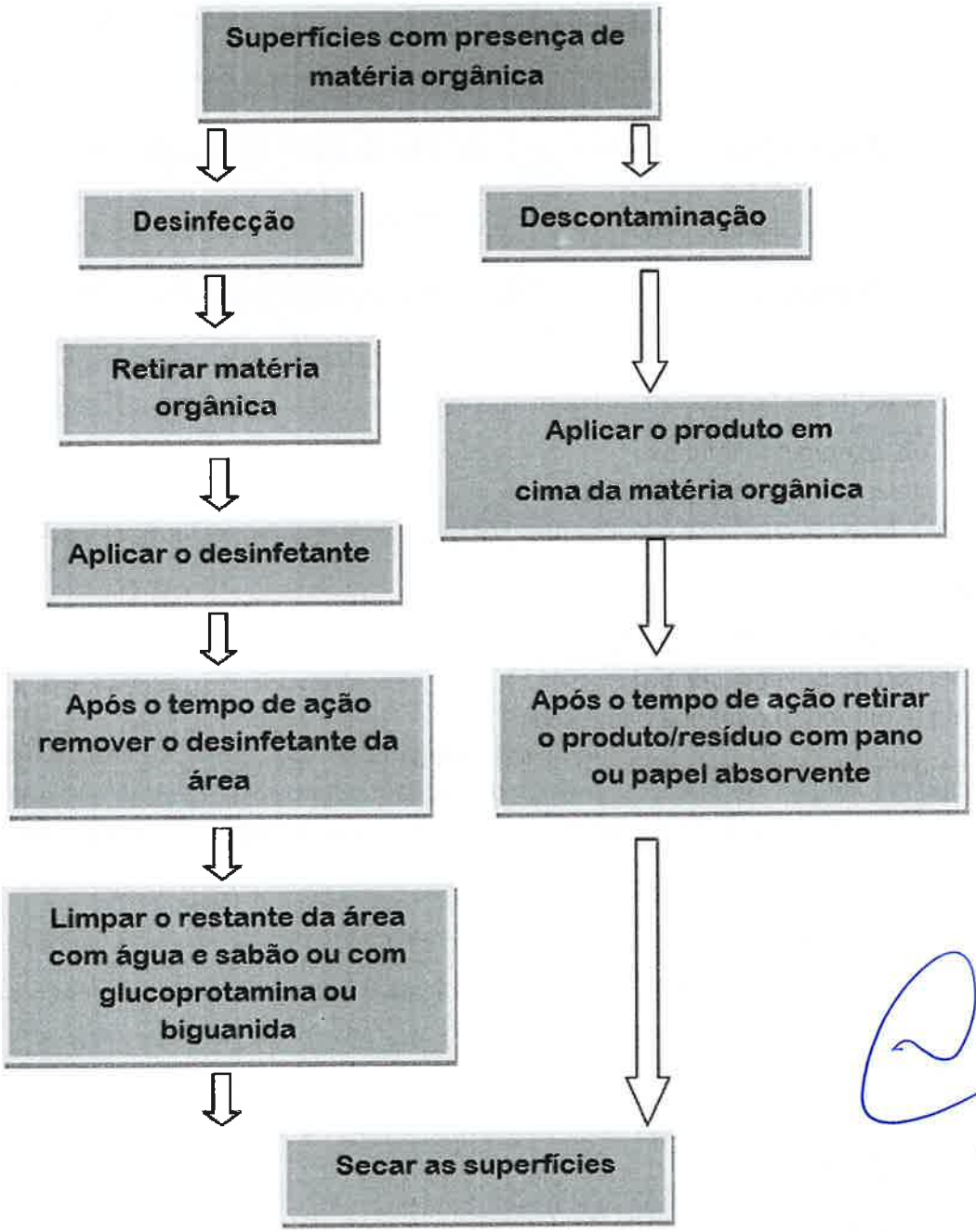


Fonte: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

Fluxo para limpeza de superfície COM matéria orgânica:



Fonte: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Frequência da Higienização Concorrente por Áreas:

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA MÍNIMA
Áreas críticas	3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas não-críticas	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas semicríticas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas comuns	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas externas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Descrição dos Serviços

ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS

LIMPEZA CONCORRENTE

Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação. Nas salas cirúrgicas, a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada cirurgia e sempre que necessário.

Equipamentos

Carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPI´s, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

Método

Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Limpeza molhada para banheiro.

Desinfecção na presença de matéria orgânica.

Técnica

Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.

Utilizar movimento único de limpeza.

Utilizar a técnica de dois baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa, ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

Etapas

Reunir todo o material necessário em carro funcional; preferencialmente, o carro funcional já deve conter um carrinho próprio para limpeza com mop.

Estacioná-lo no corredor, ao lado da porta de entrada do quarto/enfermaria/consultório.

Cumprimente o paciente e explique o que será feito.

Colocar os EPI necessários para a realização da limpeza.

Efetuar, quando necessária, a desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. Após a devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;

Recolher os resíduos recicláveis: garrafas plásticas, jornais, revistas e alojá-los no carro funcional, separados dos demais resíduos. Antes de recolher este tipo de material, deve-se pedir autorização ao paciente ou acompanhante.

Recolher os sacos de resíduos do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carro funcional ou diretamente no carro de coleta interna (dependendo da proximidade), estacionado na sala de resíduos da unidade.

Caso utilize água e detergente neutro, iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para a remoção da sujidade, proceder ao enxágue e realizar fricção com álcool a 70%;

Caso utilize as soluções glucoprotamina e biguanida, iniciar a limpeza pelo mobiliário, com a solução, para a remoção da sujidade.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Realizar a limpeza da unidade do paciente, incluindo as maçanetas das portas de entrada do quarto/enfermarias/consultórios e banheiros. Retirar as partículas maiores, como migalhas, papéis, cabelos etc. com o mop seco, nunca direcionando os resíduos para o banheiro.

Mergulhar o mop úmido em um dos baldes (do sistema mop) contendo solução de água e detergente ou glucoprotamina ou biguanida.

Retirar o mop da solução, colocando sua cabeleira em base própria para torção.

Tracionar a alavanca com objetivo de retirar o excesso de água ou solução do mop sem contato manual. Nesse procedimento, o funcionário deve manter a coluna reta e os joelhos levemente fletidos.

Retirar o mop da base de torção e iniciar a limpeza.

Iniciar do fundo para porta de entrada, delimitando mentalmente a área que será limpa, passando o mop em movimento de "oito deitado" com movimentos firmes e contínuos. O funcionário deve manter a coluna reta durante o desenvolvimento de toda a técnica.

Enxaguar o mop em um segundo balde (do sistema mop) contendo água limpa para enxágue, caso utilize água e detergente para a limpeza.

Repetir a operação quantas vezes for necessário. A água do balde ou a solução devem ser trocadas sempre que houver necessidade.

Repetir essas operações para o restante do piso.

Recolher o material utilizado no quarto/consultório/enfermaria, deixando o ambiente em ordem.

Realizar a limpeza do banheiro (técnica abordada na limpeza terminal).

Encaminhar os panos e mops utilizados na limpeza de cada consultório/enfermaria/quarto para lavanderia e desprezar a água do balde no expurgo. Nunca utilizar o banheiro do paciente usuário ou profissional para este fim.

Lavar os recipientes para resíduos e retorná-los ao local de origem.

Repor os sacos de lixo;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

Realizar checklist no término da limpeza dos procedimentos relativos à limpeza concorrente do piso.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Avisar o paciente ou acompanhante sobre o término da limpeza e colocar-se a disposição ou informar sobre a existência de um ramal próprio de higiene, se for o caso.

Reabastecer carro funcional, se necessário.

LIMPEZA TERMINAL

Em Unidades de Internação de Pacientes, mesmo que parcial ou de transição, a limpeza terminal é realizada a qualquer momento, após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados.

Equipamentos

Carro de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPIs, produtos de reposição e outros que julgar necessário.

Método

Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

Limpeza molhada para banheiro.

Desinfecção na presença de matéria orgânica.

Técnica

Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.

Utilizar movimento único de limpeza.

Utilizar a técnica de dois baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa, ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

Etapas

reunir todo material necessário em carrinho de limpeza;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;

colocar os EPI´s necessários para a realização da limpeza;

efetuar, quando necessária, a desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. Após a devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;

recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carrinho de limpeza;

caso utilize água e detergente neutro, iniciar a limpeza interna e externa do mobiliário da unidade, com solução detergente para remoção da sujidade; proceder ao enxágüe e após friccionar com álcool a 70%;

caso utilize as soluções glucoprotamina e biguanida, iniciar a limpeza pelo mobiliário, com a solução, para a remoção da sujidade.

executar a limpeza do teto, luminárias, janela, paredes/divisórias, grades de ar condicionado e/ou exaustor, portas/visores, maçanetas, interruptores e outras superfícies;

proceder à lavagem do piso com solução detergente ou glucoprotamina ou biguanida, preferencialmente com máquina;

realizar a lavagem do banheiro, limpeza do teto, paredes, pia (inclusive torneiras), box, vaso sanitário e, por fim, o piso.

desprezar o conteúdo dos baldes, procedendo à higienização dos mesmos;

proceder à higienização do recipiente de lixo com solução detergente, em local específico;

retirar as luvas e lavar as mãos;

repor os sacos de lixo nos respectivos recipientes limpos;

repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

LIMPEZA TERMINAL DE BANHEIROS

PAREDES EXTERNAS AO BOX E PORTA

Limpar com fibra própria para parede adaptado a um cabo, em sentido longitudinal, de cima para baixo. Deve-se evitar a utilização de produtos abrasivos nas paredes e porta,

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

como por exemplo, sapólio, pois podem remover a pintura deixar ranhuras que servirão de reservatórios para microrganismos.

ACESSÓRIOS

Parte externa do gabinete da pia e pia:

Produtos: solução de água e detergente ou glucoprotamina ou biguanida.

Materiais:

parte interna e externa do gabinete: pano de limpeza manual;

pia e torneira: fibra branca ou esponja de dupla face.

Espelho: deve-se evitar que se jogue água no espelho, pois poderá danificá-lo em curto espaço de tempo. Uma alternativa seria utilizar limpa vidros ou utilizar um pano limpo levemente umedecido, não deixar resíduos de sabão e proceder a sua secagem com papel toalha a fim de evitar manchas.

BOX E PAREDES INTERNAS DO BOX

Limpar com fibra própria para paredes as paredes internas do Box, já para porta do Box, propriamente dito, deve-se avaliar o tipo de revestimento e verificar a possibilidade de utilização do mesmo tipo de fibra, caso risque, devem-se utilizar fibras menos abrasivas.

PISO DO BOX

Limpar com fibra própria para piso (mais abrasiva).

VASO SANITÁRIO

1º tampa e assento; 2ª parte externa; 3º vaso sanitário

Produto: apesar de desinfecção rotineira ser considerada desnecessária algumas situações deverão ser avaliadas:

A utilização de solução detergente desinfetante para limpeza destes acessórios tem se tornado uma prática comum, visto que, em muitos casos e uma imposição do próprio cliente, o qual, por questões culturais, não se sente confortável utilizando um vaso

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

sanitário que não tenha sido desinfetado anteriormente. Os compostos clorados proporcionam clareamento do interior do vaso sanitário.

Outra situação que deve ser considerada é o tipo de assistência a que a instituição se dedica, por exemplo, em serviços de saúde dedicados a pacientes geriátricos, psiquiátricos e infantis, a prática da utilização de desinfetantes é mais intensa e justificada pela presença frequente de matéria orgânica.

Materiais:

- Tampa, assento e parte externa do vaso sanitário: fibra ou esponja dupla face

para limpeza e pano de limpeza manual para secagem.

- Parte interna do vaso sanitário: fricção com escova, solução detergente ou desinfetante e posterior descarga (aproveitando para enxaguar a escova). A finalização da limpeza dos acessórios se dá com o enxágue e secagem com pano de limpeza manual, exceto parte do vaso.

PISO

A limpeza do piso do banheiro, tanto do interior como do restante, deve ser feita com fibra. Finaliza-se a limpeza do banheiro com enxágue, secagem do piso e reposição dos materiais de consumo.

Atenção: Deve-se adotar cores diferentes de fibras ou esponjas dupla face para diferentes superfícies, por exemplo, vaso sanitário e pia devem ser lavados por fibras ou esponjas distintas.

Obs.: para limpeza concorrente, seguir a mesma técnica, exceto:

Limpeza da parte interna do gabinete e porta – limpar na terminal.

Limpeza das paredes extra Box - limpar na terminal.

ÁREAS NÃO CRÍTICAS E ÁREAS ADMINISTRATIVAS

Todas as demais áreas das unidades de assistência à saúde não ocupadas por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, são consideradas como áreas não críticas, tais como: áreas destinadas a refeitórios, área limpa de lavanderia,

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

entre outras. As especificações técnicas e os procedimentos dos serviços de limpeza para essas áreas serão, no presente trabalho, tratados analogamente às áreas administrativas, a seguir descritos:

ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA

As rotinas das tarefas e as frequências de limpeza a serem executadas nestas áreas serão:

Diária

Manter os cestos isentos de resíduos;

Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;

Executar demais serviços considerados necessários à freqüência diária.

Semanal

Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;

Limpar divisórias, portas/visores, barras e batentes com produto adequado;

Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;

Limpar telefones com produto adequado (álcool a 70% ou glucoprotamina ou biguanida);

Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;

Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Mensal

Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;

Remover o pó de persianas, com equipamentos e acessórios adequados;

Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Trimestral

Limpar todas as luminárias por fora;

Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;

Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.

ÁREAS INTERNAS - ALMOXARIFADOS/DEPÓSITOS

Características: Consideram-se como áreas internas – almoxarifados / depósitos – as áreas utilizadas para depósito / estoque / guarda de materiais diversos. Áreas administrativas de almoxarifados

Diária

Manter os cestos isentos de resíduos;

Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos demais móveis existentes, inclusive aparelhos elétricos, extintores de incêndio, etc.;

Limpar/lavar espelhos, bacias, assentos, pias e pisos dos sanitários com saneante domissanitário desinfetante, mantendo-os em adequadas condições de higienização, durante todo o horário previsto de uso;

Efetuar a reposição de papel higiênico, sabonete e papel toalha nos respectivos Sanitários;

Remover os resíduos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local Indicado;

Passar mop pó e depois o mop úmido nos pisos;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Semanal

Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;

Limpar divisórias, portas/visores, barras e batentes com produto adequado;

Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas com produto adequado;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras etc., com produto adequado;

Limpar/lavar os azulejos dos sanitários com saneantes domissanitários desinfetantes, mantendo-os em adequadas condições de higienização;

Limpar telefones com produto adequado;

Limpar a parte externa dos equipamentos com produto adequado;

Passar mop pó e após o mop úmido nos pisos, removendo pó, manchas, etc.

Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Varrer e passar pano úmido nos pisos, removendo pó, manchas etc.

Quinzenal

Remover o pó das prateleiras, bancadas, armários, bem como dos demais móveis existentes;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência quinzenal.

Mensal

Limpar/remover manchas de forros, paredes/divisórias e rodapés;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

Trimestral

Limpar todas as luminárias por fora;

Limpar janelas e portas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.

Áreas operacionais de almoxarifados/depósitos

Diária

Retirar os detritos dos cestos 02 (duas) vezes por dia, removendo-os para local indicado;

Varrer pisos removendo os detritos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

ÁREAS INTERNAS – SETOR DE MANUTENÇÃO/OFICINAS

Características: Consideram-se como áreas internas - oficinas - aquelas destinadas para executar serviços de reparos, manutenção de equipamentos/materiais etc. Áreas administrativas do setor de manutenção/oficina

Diária

Manter os cestos isentos de resíduos;

Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos demais móveis existentes, inclusive aparelhos elétricos, extintores de incêndio etc.;

Limpar/lavar espelhos, pias, assentos e bacias sanitárias e pisos com saneante domissanitário desinfetante, mantendo-os em adequadas condições de higienização, durante todo o horário previsto de uso;

Varrer pisos com mop pó removendo os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;

Passar mop úmido em pisos;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária. Semanal

Limpar telefones com produto adequado;

Limpar atrás dos móveis, armários e arquivos;

Limpar divisórias, portas/visores, barras e batentes com produto adequado;

Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas com produto adequado;

Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras, etc., com produto adequado;

Limpar/ lavar os azulejos dos sanitários com saneantes domissanitários desinfetantes, mantendo-os em adequadas condições de higienização, durante todo o horário previsto de uso;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Mensal

Limpar/remover manchas de forros, paredes/divisórias e rodapés;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Remover o pó de janelas, com equipamentos e acessórios adequados;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

Trimestral

Limpar todas as luminárias por fora;

Limpar janelas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.

Áreas operacionais do setor de manutenção/oficina Diária

Retirar os resíduos dos cestos 02 (duas) vezes por dia, removendo-os para local indicado;

Varrer pisos removendo os resíduos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;

Limpar/remover poças e manchas de óleo dos pisos, quando solicitado;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Semestral

Lavar o piso com solução detergente;

Executar os demais serviços considerados necessários à frequência semestral.

ÁREAS INTERNAS COM ESPAÇOS LIVRES - HALL / SALÃO / AUDITÓRIO

Características: consideram-se como áreas internas com espaços livres, hall, salão, corredores, escadas e escadas externas.

Diária

Manter os cestos isentos de resíduos, acondicionando-os em local indicado;

Remover o pó dos peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos bancos, cadeiras, demais móveis existentes, telefones, extintores de incêndio etc.;

Remover os resíduos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;

Passar mop pó e depois o mop úmido e polir os pisos;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Limpar/remover o pó de tapetes;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Semanal

Limpar portas/visores, barras e batentes com produto adequado;

Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas com produto adequado;

Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras etc., com produto adequado;

Limpar telefones com produto adequado;

Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Mensal

Limpar/remover manchas de forros, paredes/divisórias e rodapés;

Remover o pó de persianas, com equipamentos e acessórios adequados;

Limpar todas as luminárias por fora;

Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência quinzenal. Trimestral

Limpar todas as luminárias por fora;

Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.

ÁREAS EXTERNAS

Consideram-se como áreas externas todas as áreas das unidades de assistência à saúde situadas externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, entre outras.

Diária

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Manter os cestos isentos de resíduos;

Remover os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;

Varrer as áreas pavimentadas, removendo os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;

Retirar papéis, resíduos e folhagens, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita da edificação,

observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Semanal

Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Mensal

Retirar ervas daninhas dos canteiros, acondicionando-as apropriadamente e retirando-as para local indicado;

Executar serviço de jardinagem (poda, adubação etc.) para manutenção dos canteiros;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

LIMPEZA DE VIDROS

Características:

vidros externos são aqueles localizados nas fachadas das edificações;

vidros externos com exposição à situação de risco são somente aqueles existentes em áreas consideradas de risco, necessitando, para a execução dos serviços de limpeza, a utilização de balancins manuais ou mecânicos, ou ainda, andaimes;

os vidros externos se compõem de face externa e face interna;

a frequência de limpeza deve ser definida, de forma a atender as especificidades e necessidades características da unidade.

FACE INTERNA

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Frequência quinzenal: Limpar todos os vidros - face interna, aplicando-lhes produtos antiembaçantes.

FACE EXTERNA

Frequência trimestral: Limpar todos os vidros - face externa, aplicando-lhes produtos antiembaçantes.

LIMPEZA DE ELEVADORES

A utilização dos elevadores, quanto à sua destinação, caracterizará as frequências de limpeza como sendo:

DESTINAÇÃO EXCLUSIVA COMO ELEVADOR SOCIAL	Frequência diária e sempre que necessária: • Remover os resíduos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado; Limpar/remover o pó do chão; • Limpar o teto, paredes, botões, painéis e porta com produto adequado, mantendo-o em condições de higiene;
DESTINAÇÃO COMO ELEVADOR DE SERVIÇOS	Após cada tipo de operação (transporte de resíduos de serviços de saúde e infecto contagiantes - cadáveres, roupas, etc.: • Remover os resíduos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado; Limpar/remover o pó do chão; • Limpar o teto, paredes, botões, painéis e porta com produto adequado, mantendo-o em condições de higiene;

B) IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

B.1 Implementação da Logística de Suprimentos

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter intersetorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

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

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

As modalidades são:

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

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

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Quadro:

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

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, uma equipe técnica especializada da UPA participa da avaliação dos produtos no processo de compras, onde ocorre quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade, visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e testes com o material para avaliação da qualidade.

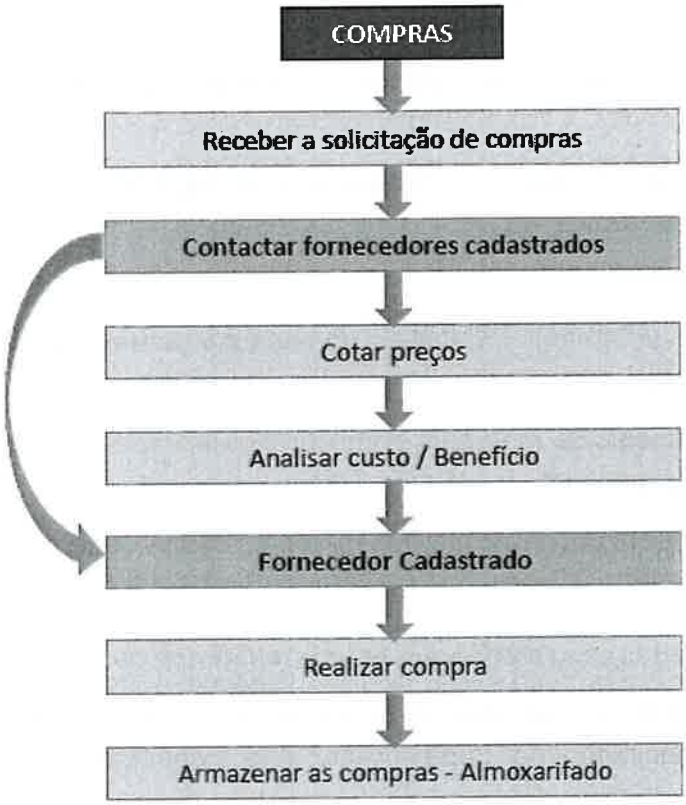
Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Material e Suprimentos.

A Central de Compras e Suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos clientes e profissionais.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Fluxograma:



Atividades de Compras e Suprimentos:

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

b) examinar as solicitações de compras;

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

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

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

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

k) preparar:

1. O levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento da **UPA**;

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

l) zelar pela conservação dos materiais em estoque

Atividades em relação à Gestão de Contratos

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

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

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

d) controlar e acompanhar a prestação de contas;

e) preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

Aspecto Legal

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

Base Legal de Licitações e Contratos

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

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

2 - Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;

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

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

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

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

São modalidades:

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

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

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

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

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

Premissas

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

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

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

Contratos

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

1- Caução em dinheiro;

2 - Fiança bancária;

3 - Seguro-garantia.

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

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

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

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

1 - Perda do direito à contratação;

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

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

Estabelecimento do Procedimento de Compras

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

1. Solicitação de Compras devidamente autorizada;
2. Seleção de Fornecedores;
3. Apuração da Melhor Oferta;
4. Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;
5. Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

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

1. Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;
2. Especificações técnicas;
3. Quantidade a ser adquirida;
4. Regime de compra: rotina ou urgente.

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

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

1. Custos de transportes e seguro até o local da entrega;
2. Forma de pagamento;
3. Prazo de entrega;
4. Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

5. Durabilidade do produto;

6. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;

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

8. Eventual necessidade de treinamento de pessoal;

9. Assistência técnica;

10. Garantia dos produtos.

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

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

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

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

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

1. Uma via para o fornecedor;

2. Uma via para o Setor requisitante;

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

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

Serviços Técnico-profissionais Especializados

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

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

2. Pareceres, perícias e avaliações em geral;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

5. Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

6. Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

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

8. Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;

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

Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações.

Além do fluxo processual / físico, paralelamente também há o controle / registro eletrônico de todas as compras e contratações do ***IDEAS***, aplicáveis para gestão da **UPA 24h.**

Tal controle se faz por meio se software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo / contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

Serviços Terceirizados

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

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

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

Regulamento de Compras e Contratações:

IDEAS
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47360-B99L
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

Jaguaruna
Dezembro de 2020

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47361-PFOM
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Art. 1º . O presente regulamento tem como objetivo estabelecer as diretrizes para todas as Unidades administradas pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – Ideas ao executarem ações relacionadas à aquisição de bens e produtos, bem como a contratação de obras e serviços em contratos firmados com entes públicos no alcance de proposta mais vantajosa para o Ideas, considerando custos e benefícios a partir de uma avaliação objetiva.

Art. 2º. Todas as despesas realizadas pelo Ideas, deverão estar fundamentadas nos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, boa fé, eficiência, publicidade, economicidade, isonomia e razoabilidade, tudo em consonância com os objetivos estatutários da entidade.

Art. 3º. Para efeito deste Regulamento considera-se:

I. **Departamento de Suprimentos (DSUP)**: Estrutura organizacional do Ideas, com seu conjunto de políticas, procedimentos e processos para operacionalizar as funções de suprimentos, no âmbito da sede e unidades;

II. **Solicitação de Compra (SC)**: documento com a descrição objetiva das necessidades da unidade;

III. **Coleta de Preços (CP):** Modalidade de Seleção de Fornecedores na qual será admitida a participação de qualquer interessado que cumpra as exigências estabelecidas publicadas na plataforma digital ou no site do Ideas;

IV. **Pedido de Cotação de Preços (PCP)** – Modalidade de Seleção de Fornecedores dirigida a pelo menos 03 (três) fornecedores;

V. **Obra: toda** construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação realizada por execução direta ou indireta;

VI. **Serviço:** toda a atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para o Ideas, tais como: conserto, instalação, montagem, **conservação**, reparação, manutenção, **transporte**, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais;

VII. **Produto**: Produto deve ser considerado como o alvo de suprimentos, é saída de processo **produtivo**, pode ser bens, duráveis ou não, serviços e soluções compostas para atendimento de uma necessidade do Ideas. **Exemplos**: medicamentos, equipamentos, móveis, obras, serviços especializados entre outros;

VIII. **Fornecedor:** Não somente o fabricante do produto (bens e/ou serviços), mas também seus **representantes**, grupo de fornecedores, e distribuidores autorizados;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47362-NVG5
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IX. **Banco de Dados de Potenciais Fornecedores (BDPF):** potenciais fornecedores, ou seja, que podem fornecer os produtos necessários para as operações do Ideas.

Art. 4º. Todo o processo de compras/contratação de serviços deve ser documentado de modo físico ou digital.

CAPÍTULO II

DA SELEÇÃO DE FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 5º. A aquisição de materiais de consumo e bens, a contratação de obras e serviços serão efetuadas a partir da seleção de fornecedor, sendo dispensável a mesma nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 6º. O Ideas promoverá a seleção dos fornecedores da seguinte forma:

I. **Coleta de Preços**: modalidade admitida a partir da participação de qualquer pessoa física ou jurídica que cumpra com os requisitos solicitados para a aquisição de materiais de consumo, bens, obras e serviços, devendo ser realizada com a utilização da plataforma digital e/ou publicação no site do Ideas, como também do **Banco de Dados de Potenciais Fornecedores**.

II. **Pedido de Cotação de Preços**: modalidade dirigida a pelo menos 03 (três) fornecedores quando o valor global da aquisição/contratação não seja superior a R$ 17.600,00 (dezessete mil e seiscentos reais).

Parágrafo Primeiro: O prazo de publicação da Coleta e Pedido de Cotação de Preços não poderá exceder a 05 (cinco) dias úteis, contados da data de publicação ou do envio direto aos potenciais fornecedores/prestadores de serviços, devendo no mínimo contar com 03 (três) propostas de preço.

Parágrafo Segundo: Diante da impossibilidade de atingir o número de mínimo de 03 (três) propostas de preços a aquisição/contratação deverá ser devidamente justificada pelo Departamento de Suprimentos do Ideas.

Parágrafo Terceiro: As empresas de comércio eletrônicos /e-commerce que não contam com equipes de profissionais para responder às cotações, serão cadastradas e a pesquisa de mercado realizada junto ao seu sítio eletrônico, será considerada como coleta de preços, para todos os efeitos e fins deste Regulamento.

Art. 7º. Todo procedimento de compras e contratação de serviços deverá compreender as seguintes etapas:

I. Existência de solicitação de aquisição de materiais de consumo/bens ou contratação de obras/serviços com descrição pormenorizada do que deve ser adquirido ou contratado, quantidade e prazos de entrega ou início para a execução dos serviços;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.canad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47363-XYOM
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

II. Coleta de Preços ou Pedido de Cotação de Preços;

III. Seleção da proposta mais vantajosa;

IV. Emissão da Ordem de Fornecimento.

Art. 8º. O Departamento de Suprimentos do Ideas deverá selecionar a proposta mais vantajosa a partir da verificação e comparação da somatória de fatores para se considerar o menor preço final, que além do termo monetário envolva os critérios e parâmetros abaixo relacionados:

I. Custos de transporte e seguro até o local da entrega;

II. Forma de pagamento;

III. Prazo de entrega;

IV. Custos para operação do produto, eficiência e compatibilidade;

V. Durabilidade do produto;

VI. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;

VII. Disponibilidade de serviços;

VIII. Eventual necessidade de treinamento do pessoal;

IX. Qualidade do produto;

X. Assistência técnica;

XI. Garantia dos produtos;

XII. Qualidade no serviço executado;

XIII. Mão de obra qualificada;

XIV. Capacitação Técnica;

XV. Desempenho na prestação de serviço;

XVI. Registro nos órgãos competentes;

XVII. Impedimentos na Anvisa ou que conste na relação de Empresas Inidôneas e Suspensas.

CAPÍTULO III

DA DISPENSA DE SELEÇÃO DE FORNECEDORES

Art. 9º. Ocorrerá a dispensa de seleção de fornecedores nos seguintes casos:

I. Operação envolvendo concessionárias de serviços públicos quando o objeto do contrato for relativo ao da concessão;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.689-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47364-3V88
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

II. Compras, execução de obras ou serviços de bens que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a **R$** 1.000,00 (mil reais), que deverão ser adquiridas mediante emissão de Nota Fiscal;

III. Nos casos que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto;

IV. Nos casos de emergência ou de calamidade pública;

V. Para a compra ou locação de imóvel destinado ao atendimento das finalidades estatutárias do Ideas;

VI. Operação envolvendo empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de pesquisa científica e tecnológica, organizações sociais, universidades ou centros de pesquisa públicos nacionais;

VII. Aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia;

VIII. Quando o valor do produto/material for disciplinado por tabela oficial;

IX. Para a contratação de serviços técnicos profissionais especializados, tais como:

a) estudos técnicos, planejamento e projetos básicos ou executivos;

b) pareceres, perícias e avaliações em geral;

c)assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas, contábeis e auditorias financeiras;

d) fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

e) patrocínio ou defesa de causas jurídicas ou administrativas;

f) treinamento ou aperfeiçoamento de pessoal;

g) prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;

h) informática e sistema de informatização, inclusive quando envolver aquisição de programas.

X. Em se tratando de aditivo contratual, em comum acordo entre as partes, quando:

a) houver modificação das especificações do projeto, para melhor adequação técnica aos seus objetivos, desde que não haja desconfiguração do objeto inicial contratado;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47365-2E0A
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

b) necessária adequação do valor contratual em decorrência de acréscimos ou diminuição quantitativa de seu objeto;

c) necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes;

d) necessário reestabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos do contrato e a retribuição da administração para justa remuneração da obra, serviço ou fornecimento, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, na hipótese de superveniência de fatos imprevisíveis, ou previsíveis da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior e caso fortuito.

Parágrafo Primeiro: A comprovação de exclusividade deve ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria o procedimento de aquisição ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes

Parágrafo Segundo: Considera-se de emergência quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos de forma geral em especial a população, ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos.

Parágrafo Terceiro: O Departamento de Suprimentos responsável pela contratação 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

CAPÍTULO IV

DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS DOS FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 10. Serão exigidos dos fornecedores a título de qualificação os seguintes documentos:

I. CNPJ;

II. Inscrição Estadual;

III. Contrato Social com as devidas alterações ou Requerimento de Empresário Individual;

IV. Autorização de Funcionamento Municipal;

V. Certidão Negativa de Débitos Municipais;

VI. Certidão Negativa de Débitos Estaduais;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito da Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47366-982N
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

VII. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;

Parágrafo Primeiro: No que concerne ao fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e hospitalares são necessários os documentos abaixo listados, bem como qualquer outro que seja exigido pelo Departamento de Suprimentos para melhor atender a aquisição:

I. Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;

II. Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório para fabricante e distribuidor;

III. Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;

IV. Autorização de Funcionamento (AFE), expedida pela ANVISA;

V. Autorização Especial (AE) para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.

Parágrafo Segundo. Para a prestação de serviços são necessários também os documentos listados abaixo:

I. Certidão Negativa de Débitos com o FGTS;

II. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

Parágrafo Terceiro: Poderá ser exigido de fornecedores e prestadores de serviços outros documentos/certidões que sejam necessários para o cumprimento do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO V

DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS

Art. 11. Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente os projetos básicos ou executivos, bem como cronograma físico-financeiro, de acordo com os critérios e limites das tabelas de preços vigentes no mercado.

Art. 12. Na elaboração dos projetos básicos ou executivos deverão ser considerados os seguintes requisitos:

I. Segurança;

II. Funcionalidade e adequação ao interesse público;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4° Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47367-73O8
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

III. Economia na execução, conservação e operação;

IV. Facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou de serviço;

V. Acessibilidade;

VI. Adoção das normas técnicas adequadas;

VII. Avaliação do custo, definição de métodos e prazo de execução.

VIII. Respeito às regras de segurança do trabalho;

Art. 13. O início da execução da obra contratada deverá se precedida de análise e aprovação pela correspondente Secretaria de Saúde a que se refere o contrato de gestão.

Art. 14. O processo de contratação deverá obedecer às seguintes etapas:

I. Seleção;

II. Apuração da melhor proposta, contemplando técnica e/ou preço.

III. Celebração do contrato.

Parágrafo Único: A empresa selecionada deverá apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, indicando o prazo de execução e o custo total.

Art. 15. A execução da obra ou reforma deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pelo Ideas de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificações previstas no contrato e no projeto de execução.

CAPÍTULO VI

DOS PROCEDIMENTOS POR IMPORTAÇÃO DIRETA

Art. 16. Quando se tratar de Importação Direta de mercadorias, equipamentos e serviços o procedimento deverá conter:

I. Solicitação de Compras com as especificações e justificativas necessárias que serão encaminhadas ao Departamento de Suprimentos com as especificações e justificativas necessárias para a abertura do processo de importação com descrição detalhada do produto a ser adquirido por Coleta de Preço, Pedido de Cotação de Preço ou por dispensa de seleção de fornecedores, quando for o caso;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabellonato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47368-8ID1
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

II. A *Proforma Invoice* trará a descrição da mercadoria em português ou em inglês, sendo suficiente anexar a *Proforma Invoice* apenas da empresa selecionada no processo realizado;

III. Deverá conter justificativa para escolha do fornecedor, contendo o detalhamento, a necessidade e a finalidade de aquisição produto para os itens novos que não estão em contrato ou produtos já adquiridos anteriormente;

IV. Carta de exclusividade para quando o fornecedor for exclusivo e/ou único fabricante do produto;

V. Ao início do processo de importação direta é realizada uma grade comparativa do valor final da importação e do valor praticado no mercado nacional.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. O fornecimento de materiais de consumo, a venda de bens e a prestação de serviço para o Ideas implica na aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados, bem como a observância deste Regulamentos e demais normas aplicáveis.

Art. 18. O Contrato reger-se-á pelas suas cláusulas, pelo Direito Civil e pelos princípios da Teoria Geral dos Contratos.

Art. 19. A critério do Ideas poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 20. Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento somente será válido se devidamente documentado de modo a permitir o seu acompanhamento, controle e fiscalização.

Art. 21. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, com base nos princípios gerais de direito e caso necessário com questionamento ao setor técnico competente.

Art. 22. As normas e valores estabelecidos no presente Regulamento poderão ser revistos e atualizados conforme necessidade.

Art. 23. O presente Regulamento entra em vigência na data de sua assinatura.

Jaguaruna, 15 de dezembro de 2020.

JOÃO PAULO SALES SEGALLA
Presidente do Conselho de Administração do Ideas

MATRIZ
Rua Deputado Joaquim Ramos, 125, Centro, Jaguaruna – SC. CEP 88.715-000
CNPJ: 24.006.302/0004-88 | 48 – 3091 0306 | www.ideas.med.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Aquisição e Entrega de uniformes

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

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

O **IDEAS** irá disponibilizar aos médicos e funcionários da enfermagem que trabalhem na **UPA 24h** uniformes privativos diariamente que serão retirados no início do plantão e na saída serão dispensados em hamperes e destinados a lavanderia, para processo de lavagem.

B.2 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.

O Instituto IDEAS desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do TEM.

O Instituto Ideas garantirá a contratação de profissionais qualificados para atendimento, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência. Que todos os profissionais que executam ações e/ou serviços de saúde por ela empregados e ativos estejam devidamente cadastrados no CNES. Como também adotará valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado, para o pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e funcionários da UPA 24H, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

Para a contratação pessoal serão utilizados critérios técnicos, inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias. Serão mantidos os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

continuada e permanente. Serão contratados serviços de terceiros para atividades de apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes e o serviço por ela prestado estar em conformidade com a legislação vigente.

Os profissionais contratados para a prestação dos serviços na UPA 24h, deverão terão comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe. Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional. E os profissionais de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem para a realização das atividades específicas de Enfermeiro(a).

Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS).

Os contratos entre a Unidade e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público. A Secretaria poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços objeto do Contrato, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira.

Todos os empregados e terceiros contratados pelo Instituto IDEAS para a unidade portará identificação (crachás) e estarão devidamente uniformizados, quando estiverem no exercício de funções nas dependências da unidade. A seleção de pessoal para a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, será conduzida a partir de processo seletivo de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio. O Instituto Ideas disporá de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população.

O Instituto Ideas se responsabilizará pelo pagamento do pessoal contratado diretamente pela organização, aqueles necessários à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando o contratante de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar sempre que necessário a relação dos profissionais da unidade, responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, identificando as alterações que, por ventura, ocorram. Vale observar que será mantido controle do ponto biométrico de todos os profissionais em serviço na unidade.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Na Unidade de Pronto Atendimento será adotado um projeto de desenvolvimento humano, com pesquisa periódica do clima organizacional. Trata-se de uma estratégia para combater o absenteísmo e estimular a produção será a de realizar a coleta de dados para a pesquisa absenteísmo por meio de questionários. Estes questionários têm a finalidade de caracterizar o perfil dos trabalhadores, identificar gênero, tempo de serviço, faixa etária, grau de escolaridade, cargos e natureza das ausências, bem como avaliar a satisfação dos mesmos com relação ao trabalho que exercem, identificando principalmente as características indesejáveis do trabalho. Em posse destes dados cabe a administração tomar as medidas cabíveis para melhor o ambiente de trabalho. Ressaltamos que o controle de ponto do pessoal contratado será através de Ponto Biométrico.

Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial tem por objetivo definir a forma de capacitação dos Gestores e coordenadores, aplicando um plano de desenvolvimento de forma estratégica.

Alinhar a política de Treinamento e Desenvolvimento às estratégias da empresa assegurando que em todos os treinamentos, o conteúdo ministrado esteja de acordo com às estratégias e aos valores. Introduzir na cultura organizacional e nas práticas de gestão que o ambiente de trabalho é o ambiente de aprendizagem por excelência e o gestor é o maestro do ambiente e da aprendizagem.

O Treinamento no trabalho ou on the job, é aquele que ocorre no dia a dia, com a realização de tarefas rotineiras e orientação da chefia, através de feedbacks. Adotar estratégias de Treinamento e Desenvolvimento de curto, médio e longo prazo no planejamento estratégico anual da empresa. Utilizar o treinamento e desenvolvimento como moeda de troca na Retenção de talentos. Disseminar o compromisso corporativo com o processo de desenvolvimento do Capital Humano e com a efetividade dos resultados organizacionais.

E por fim, estimular os profissionais da Organização a buscarem o autodesenvolvimento e o protagonismo na condução de sua formação e carreira.

O detalhamento do programa de trabalho apresenta as Políticas e Diretrizes institucionais de todo o processo de contratação de pessoas, bem como avaliação de desempenho. Estas regras garantem o adequado funcionamento das atividades previstas, por meio de fluxos operacionais.

Para que sejam adequadamente seguidos por todos os colaboradores dos serviços, é importante que as políticas e diretrizes sejam de acesso fácil e de conhecimentos de todos. Neste sentido é que o instituo torna pública as principais políticas norteadoras das atividades, em site próprio.

Estão no **ANEXO III** as Políticas de Gestão de Pessoas do IDEAS:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção;
- Política de Gestão de Pessoas – Banco de Talentos;
- Política de Gestão de Pessoas – Avaliação de Desempenho;
- Política de Gestão de Pessoas – Gestão de Cargos e Salários;
- Política de Gestão de Pessoas – Plano de Fortalecimento da Saúde do Trabalhador.

Abaixo disponibilizamos links para acesso aos documentos no site do IDEAS, bem como estão no **ANEXO III** as cópias na integra de todas as Políticas citadas:

Link **Política de Gestão de Pessoas – Banco de Talentos**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/01/Politica-de-Edital-de-Banco-de-Talentos-Padr%C3%A3o-IDEAS.pdf

Link **Política de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/01/Politica-de-Recrutamento-e-Sele%C3%A7%C3%A3o-Padr%C3%A3o-IDEAS.pdf

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Link **Política de Gestão de Pessoas – Avaliação de Desempenho**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2021/02/POLITICA-DE-AVALIACAO-DE-DESEMPENHO-IDEAS-2021.pdf

Disponibilizamos links para acesso aos documentos no site do IDEAS, de acesso a **Edital de Seleção Simplificada de Pessoal** de determinado contrato de gestão celebrado anteriormente com ente governamental.

Link do processo de seleção simplificada de pessoal da unidade

https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2022/01/ABERTURA-DE-EDITAL-023.2022-_-ade.pdf

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas.

Acesso: https://www.ideas.med.br/chamamentospublicos/

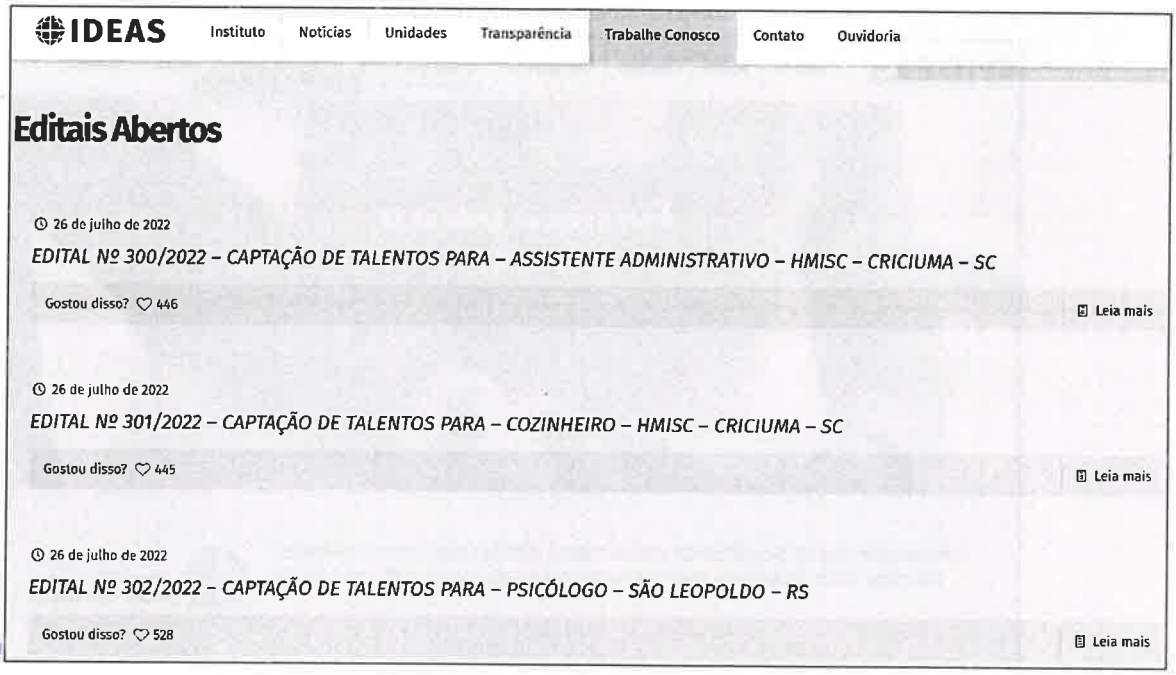
Campo "Trabalhe Conosco"



Item "Editais Abertos" ficam listados todos os editais abertos.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0





Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas e resultados.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

B.3 ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA O REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE.

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

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

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

No **ANEXO XIV** apresentamos a proposta de Regimento Interno para implantação na UPA 24h.

B.4 ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é o compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com seus clientes internos ou externos.

Art. 1 - O Serviço de Enfermagem tem como finalidades:

I. Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

II. Planejar, supervisionar e a executar todas as atividades de enfermagem existentes na Instituição, conforme a Legislação vigente.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º O serviço de Enfermagem do Instituto Ideas está subordinado diretamente ao diretor geral e será coordenado exclusivamente por enfermeiro; ou o serviço de Enfermagem da instituição, que está subordinado diretamente à direção administrativa e será coordenado exclusivamente por enfermeiro.

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem é representado por uma Gerência, que possui autonomia, e está subordinado à Diretoria Administrativa.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

I - Enfermeiro Responsável Técnico (RT);

II - Enfermeiro Supervisor de área;

III - Enfermeiro Assistencial;

IV - Técnicos de Enfermagem;

V - Auxiliares de Enfermagem;

CAPÍTULO IV

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Art. 5º - Ao Enfermeiro Responsável Técnico compete:

Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho;

Organizar o Serviço de Enfermagem de acordo com a especificidade de cada Instituição elaborando e fazendo cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem, que deve ser de conhecimento de todos os profissionais de enfermagem e estar atualizado;

Realizar reuniões periódicas com a Equipe de Enfermagem, com registro em Ata.

Manter o quantitativo necessário de profissionais de enfermagem, na escala de trabalho, observando o disposto na Resolução COFEN N° 293/2004, disponibilizando seu conhecimento em local acessível aos profissionais de Enfermagem;

Manter registro das atividades administrativas e técnicas de Enfermagem,

devidamente assinadas, com número da inscrição no COREN, e carimbo

individual e / ou institucional, conforme a Decisão COREN-SP115/2006;

Participar proativamente em projetos de reforma ou construção de unidade ou serviços.

Art. 6º - Ao Enfermeiro Supervisor de Área compete:

Supervisionar área de trabalho sob sua responsabilidade;

Auxiliar o Enfermeiro Responsável Técnico nas avaliações periódicas dos funcionários;

Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da Enfermagem;

Art. 7º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

Prestar assistência de enfermagem conforme sua qualificação;

Prestar os cuidados de Enfermagem conforme prescrições médicas e de

Enfermagem.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Assistir ao Enfermeiro: no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º do Decreto 94.406/87, sendo:

Verificar os sinais vitais e medidas antropométricas;

Aspirar o trato respiratório;

Atender a ressuscitação cardiopulmonar.

Art. 8º - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º do Decreto 94.406/87, sendo:

Verificar os sinais vitais e medidas antropométricas;

Realizar curativos de menor complexidade técnica;

Proceder a limpeza, empacotamento e esterilização de materiais.

Zelar pela manutenção e organização da unidade;

Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

CAPÍTULO V

DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO, AVALIAÇÃO E DESLIGAMENTO.

Art. 9º - O processo de seleção para contratação de profissionais de Enfermagem, independente da forma de contratação, deverá ser realizado prioritariamente em conjunto com o Enfermeiro Responsável Técnico.

Art.10º - Os requisitos necessários para a atuação dos profissionais de Enfermagem são:

I - Enfermeiro Responsável Técnico:

registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

experiência profissional comprovada;

possuir especialização em Administração Hospitalar (dentre outros).

II - Enfermeiro Supervisor de área:

registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;

experiência profissional comprovada;

capacidade de liderança (dentre outros).

III – Enfermeiro Assistencial:

Registro do profissional de Enfermagem no COREN;

Perfil profissional em acordo com o requisito da vaga.

IV - Técnico de Enfermagem:

registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;

experiência profissional comprovada;

aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, autocontrole (dentre outros).

V - Auxiliar de Enfermagem:

registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;

experiência profissional comprovada;

aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, autocontrole (dentre outros).

Art 11º - Os profissionais de Enfermagem deverão ser periodicamente avaliados, a cada 6 meses, no mínimo, mediante instrumento de Avaliação de Desempenho Previamente elaborado.

Parágrafo Único – A avaliação de Desempenho poderá ser realizada sob diversas formas, sugerindo-se primeiramente a autoavaliação e, posteriormente, avaliação pela chefia direta.

CAPÍTULO VI

DO HORÁRIO DE TRABALHO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Art. 12º O Serviço de Enfermagem da UPA "Y" obedecerá aos seguintes turnos de trabalho:

I - unidade de internação: 7h às 19h, 19h às 7h;

II - unidade de ambulatório: 7h às 17 (segunda a sexta-feira).

CAPÍTULO VII

DAS NORMAS E DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN.

Art. 14° - O funcionário não poderá deixar o ambiente de trabalho uniformizado.

Art. 15º - Anualmente, no mês de Abril, o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal ou ao Enfermeiro Responsável Técnico, a certidão de regularidade do COREN.

Art. 16º - O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que "Dispõe sobre a Regulamentação do

Exercício de Enfermagem".

Art. 17° – O Enfermeiro Responsável Técnico poderá tomar decisões não previstas no presente Regimento, desde que respaldadas pela Legislação vigente.

Art. 18°– O presente documento será de conhecimento de todos os profissionais de Enfermagem e permanecerá disponível de forma impressa em local acessível a toda a equipe de Enfermagem.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I – CONCEITUAÇÃO

Art. 1º - Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o (estabelecimento de saúde, hospital, clínica etc.), respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Art. 2º - Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em ____,____,____.

CAPÍTULO III – OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO.

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:

I – a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

II – o desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;

III – a implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO IV – DIRETORIA CLÍNICA

Art. 4º - A Diretoria Clínica é o órgão de administração do Corpo Clínico.

Art. 5º - Integram a Diretoria Clínica:

- Diretor Clínico.
- Assistentes Clínicos.
- Comissão de Ética Médica.
- Comissões Técnico-Científicas.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Gerência de Enfermagem.

Art. 6º - O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Parágrafo Único: O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas.

Art. 7º - O Diretor Clínico será escolhido pelo Diretor Técnico após votação secreta entre os membros efetivos do Corpo Clínico através de lista tríplice.

Parágrafo único: O mandato do Diretor Clínico terá duração de (quatro) anos, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 8º - São atribuições do Diretor Clínico:

I – A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal.

II – A responsabilidade ético profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina, Sistema Único de Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados o âmbito da Unidade de Saúde;

III – A coordenação da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;

IV – A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

V – O estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para a realização de controle e avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na instituição.

VI – Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização do CRM;

VII – Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento.

VIII – Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;

IX – Credenciar o médico com cadastro apreciado e aprovado, para uma das categorias de médico efetivo do Corpo Clínico, pelo Departamento ao qual se relaciona pela especialidade que exerce.

X – A orientação das atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

XI – Constituir as Comissões Técnico-Científicas.

XII – Designar os representantes de clínica, dentre os membros efetivos

Art. 9º - Os Assistentes Clínicos tem as seguintes atribuições:

I – Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;

II – Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos.

III – Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento.

IV – Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica.

V – Elaborar normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;

VI – Manter os serviços necessários ao preenchimento das finalidades e possibilidades do Estabelecimento de Saúde em regime de (emergência, internação, ambulatório, unidade-dia etc)

VII – Organizar as atividades relativas a atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico-Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos clientes.

VIII – Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

Art. 10º - As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, serão constituídas pelo Diretor Clínico;

Parágrafo único – A Comissão de Ética Médica, será eleita e homologada conforme a Resolução nº 169/99 do CRM.

Art. 11º - As Comissões Técnico-Científicas tem sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos Regimentos Internos.

Art. 12º - As Comissões Técnico-Científicas tem por finalidade proporcionar subsídios ao Diretor Clínico no que se refere a:

Protocolos de conduta.

Controle de infecção hospitalar.

Normas e procedimentos operacionais.

Registros médicos.

Avaliação de desempenho.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Farmácia e terapia.

Qualidade de assistência médica.

Publicações periódicas.

Residência médica.

Credenciamentos.

Procedimentos complexos.

Análise de óbitos.

Art. 13º - As comissões devem ter o caráter multidisciplinar.

Art. 14º - Os médicos, legalmente habilitados para suas atividades pelo CRM, prestam serviços aos pacientes de forma individual ou coletiva, dentro do escopo de suas áreas de habilitação.

Art. 15º - Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

CAPÍTULO V – DOS MÉDICOS

Art. 16 – Os médicos que se encontram em pleno direito de exercitar a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem na Unidade de Saúde são distribuídos nas seguintes categorias:

I – Efetivos.

II – Temporários.

III – Consultores.

IV – Estagiários.

V – Autônomos.

Art. 17 – São membros efetivos os médicos que tenham integrado o grupo de membros temporários pelo período mínimo de (seis) meses e após aprovação do cadastro se declararem em concordância com todas as exigências inerentes às suas atividades como participante do Corpo Clínico nesta categoria.

Art. 18 – São membros temporários os médicos aprovados pelo Diretor Clínico para internar seus pacientes, podendo voluntariamente seguir os protocolos de conduta estabelecidos pelo Corpo Clínico para as áreas de sua habilitação.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Parágrafo único: O período para solicitação de cadastramento como membro efetivo do Corpo Clínico não poderá exceder à (doze) meses.

Art 19 – São membros consultores os médicos de reconhecida capacidade técnica, que aceitam colaborar com o Corpo Clínico quando solicitado pelo Diretor Clínico, na forma deste Regimento.

Art. 20 – São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc) os médicos devidamente inscritos no CRM, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a instituição.

Parágrafo único – Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico.

Art. 21 – São membros autônomos os médicos autorizados pelo Diretor Clínico a atuarem atendendo, dentro do estabelecimento, clientela privada ou de convênios próprios, recebendo seus honorários desvinculados da instituição.

Art. 22 – Por autorização do Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.

CAPÍTULO VI – DO CREDENCIAMENTO

Art. 23 – O credenciamento consiste na aprovação pelo Corpo Clínico do cadastro de um membro temporário, candidato a membro efetivo.

Parágrafo único: Todas as solicitações para credenciamento serão feitas por escrito e enviadas para apreciação em formulário próprio.

Art. 24 – São pré-requisitos para credenciamento:

Atuação como membro temporário do Corpo Clínico há pelo menos (seis) meses.

Competência, experiência e atualização comprovadas relevantes.

Estado de saúde assegurando que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas.

Art. 25 – Cabe a Diretoria a exigência da documentação necessária para instruir o processo de ingresso no Corpo Clínico.

Parágrafo Único: Informações necessárias para cadastramento

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

registro profissional e de qualificação pelo CRM;

certificados e atestados de qualificações;

relação dos programas de treinamento e nome dos responsáveis dos serviços que tenha participado;

declaração do candidato sob pendências éticas ou jurídicas presentes e passadas;

declaração de aceite em cumprir o Regulamento da Instituição e o Regimento do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VII – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 26 – Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:

Votar e ser votado.

Integrar e presidir comissões.

Representar clínicas e/ou serviços.

Parágrafo único: É vedado o voto por procuração.

Art. 27 – O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO VIII – DA ORGANIZAÇÃO

Art. 27 – As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços com regimentos próprios nas seguintes especialidades:

a) (Clínica Médica)

b) (Clínica Cirúrgica)

c) (Pediatria)

d) (Gineco-Obstetrícia)

Art. 28 – Cada serviço terá um médico efetivo como representante e responsável pelo planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento.

Art. 29 – Ao representante do serviço compete:

supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade

aos pacientes;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as

situações mais frequentes no serviço;

identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade

verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO IX – DAS PENALIDADES

Art. 30 – As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

Advertência escrita reservada.

Suspensão temporária do credenciamento.

Descredenciamento.

Art. 31 – A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

Art. 32 – No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Parágrafo único: A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedida de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

CAPÍTULO X – DAS REUNIÕES

Art. 33 – As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de (dez) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 34– As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 30 – As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

Advertência escrita reservada.

Suspensão temporária do credenciamento.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Descredenciamento.

Art. 31 – A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

Art. 32 – No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Parágrafo único: A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedida de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33 – Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades na Unidade de Saúde estão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento.

Art. 34 – As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Art. 35 – O presente Regimento aprovado em reunião de ___/___/_____, entrará em vigor na data de sua publicação.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

C) IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

C.1 MANUAL PARA ATUAÇÃO EM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.

O IDEAS, visando o pleno atendimento do requisito exigido pelo Edital, apresente os seguintes anexos correspondentes aos Protocolos Assistenciais necessários ao desenvolvimento das atividades da UPA 24h do Município de Almirante Tamandaré/PR, que representam os seguintes:

- **PROTOCOLO CLÍNICO PARA IAM – Anexos V; VI, VII e VIII**
- **PROTOCOLO CLÍNICO PARA AVC - Anexos V; VI, VII e VIII**
- **PROTOCOLO CLÍNICO PARA TRAUMAS - Anexos V; VI, VII e VIII**

ANEXO V – Manual de Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco

O manual corresponde à sistemática de acolhimento humanizado dos pacientes considerando todos os aspectos operacionais, **contendo 49 (quarenta e nove)** protocolos implantados nas unidades de gestão do IDEAS, conforme os seguintes itens:

PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO

OBJETIVOS

RECLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FLUXO DE ATENDIMENTO

PRIORIDADES DE ATENDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE IDOSO

PARÂMETROS UTILIZADOS NO PROTOCOLO

TEMPERATURA

PRESSÃO ARTERIAL

SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO

GLICEMIA

AVALIAÇÃO DA DOR

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SEPSE

FORMULÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

AGRESSÃO FÍSICA

ALTERAÇÕES GLICÊMICAS

COMPORTAMENTO SUICIDA

CORPO ESTRANHO

CONVULSÕES

CRISES PSIQUIÁTRICAS

DESMAIO

DIARREIA E/OU VÔMITOS

DISPNEIA

DOR ABDOMINAL

DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR

CEFALEIA

DOR DE OUVIDO OU GARGANTA

DOR TESTICULAR OU ANAL

DOR TORÁCICA

ERUPÇÃO CUTÂNEA/ALERGIA

FERIDAS E ABSCESSOS

MAL-ESTAR

GRAVIDEZ

INTOXICAÇÃO/ENVENENAMENTO

MORDEDURAS OU PICADAS

PALPITAÇÕES

QUEIMADURAS

QUEDAS

PAIS PREOCUPADOS PROBLEMAS DENTÁRIOS

PROBLEMAS OCULARES

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

PROBLEMAS URINÁRIOS

RECÉM-NASCIDO

SANGRAMENTO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

SITUAÇÕES DE BAIXA COMPLEXIDADE

TRAUMA DE CRÂNIO

TRAUMA GERAL

ANEXO VI – Manual de Procedimentos Operacionais Padrão das Atividades Assistenciais (Enfermagem e Equipe Multidisciplinar).

O manual apresentado corresponde a todos os protocolos assistenciais a serem realizados pelas equipes de enfermagem e multidisciplinar, **compreendendo 89 (oitenta e nove)** protocolos padrões implantados nas unidades de gestão do IDEAS, conforme listagem:

PROTOCOLO ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA TÓPICA

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL

APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRADÉRMICA

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR TÉCNICA EM Z

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA VENÓCLISE PUNÇÃO

RETIRADA DE INSERÇÃO DE VENÓCLISE

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA NASAL

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA OCULAR

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBLINGUAL

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SONDA NASOGÁSTRICA OU NASOENTERAL

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA NEBULIZAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA VENÓCLISE PREPARO DE SORO

APLICAÇÃO DE BOLSA DE ÁGUA QUENTE

CÁLCULO DE GOTEJAMENTO DE SORO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

TABELA PARA CONTROLE DE GOTEJAMENTO DE SORO

DESINFECÇÃO DE MACAS, CADEIRAS DE RODAS, HAMPER, SUPORTE DE SORO

AUXÍLIO MÉDICO AO PROCEDIMENTO DE SUTURA

ADMISSÃO DE PACIENTE COM PROCESSO DE INTERNAÇÃO ADULTO PARA OBSERVAÇÃO

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINA

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININA

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA PARA COLETA DE SANGUE

COLETA DE URINA E UROCULTURA

TESTE GLICÊMICO

DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINARIA MASCULINA

MUDANÇA DE DECÚBITO

ASPIRAÇÃO DE CÂNULA TRAQUEAL

CURATIVO SIMPLES

CURATIVO EM FERIMENTO CORTE-CONTUSO

CURATIVO EM PÉ DIABÉTICO

CURATIVO EM QUEIMADURA DE 1° E 2° GRAU

POSIÇÃO E TIPOS DE DECÚBITO

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO E FEMININO

LAVAGEM GÁSTRICA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ALTA DE PACIENTE

AVALIAÇÃO PUPILAR

ELETROCARDIOGRAMA

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

PASSAGEM DE PLANTÃO

REMOÇÃO DE SONDA VESICAL DE DEMORA

CUIDADOS COM O DRENO DE TÓRAX

RETIRARA DE VENÓCLISE

RETIRADA DE PONTO

LAVAGEM INTESTINAL

CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

CONFERÊNCIA DA CAIXA DE PSICOTRÓPICO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

IRRIGAÇÃO VESICAL

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SEGURANÇA DO PACIENTE

SEGURANÇA DO PACIENTE IDENTIFICAÇÃO NO LEITO

PROTOCOLO CLÍNICO

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

O ABCD SECUNDÁRIO:

O ECG / BRADIARRITMIAS

DOR TORÁCICA

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

CRISE HIPERTENSIVA/ EDEMA AGUDO DE PULMÃO

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS DEFINIÇÕES E DILEMAS

EPIDEMIOLOGIA

TAQUIARRITMIAS

EMERGÊNCIAS NEUROLÓGICAS

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA

O EXAME NEUROLÓGICO DO PACIENTE EM COMA

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALEIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA

VENTILAÇÃO MECÂNICA

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMATIZADO

VIAS AÉREAS

CHOQUE NO TRAUMATIZADO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CHOQUE TRAUMATIZADO

TRAUMA TORÁCICO

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

TRAUMA RAQUIMEDULAR ATENDIMENTO INICIAL

TRAUMA MUSCULO ESQUELÉTICO

ABDOME AGUDO SEPSE

TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO

DIARREIA

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE GRAVE NAS

DENGUE, ZIKA, FEBRE AMARELA E CHIKUNGUNYA

GRIPE (H1N1) E COVID-19

ANEXO VII – Manual de Protocolos Clínicos de Urgência e Emergência (Corpo Clínico)

O manual apresentado corresponde a todos os protocolos assistenciais a serem realizados pela equipe médica, **compreendendo 279 (duzentos e setenta e nove)** protocolos padrões implantados nas unidades de gestão do IDEAS, conforme listagem:

ANESTESIA.

ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA

POLITRAUMATISMO

POLITRAUMATIZADO I

POLITRAUMATIZADO II

ESCORE DE TRAUMA ADULTO

ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

POLITRAUMATISMO - CONDUTA IMEDIATA

CHOQUE: - DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO

HIPOVOLÊMICO I

HIPOVOLÊMICO II ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUÍDOS OU SANGUE NO PACIENTE ADULTO

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE E NO PACIENTE CARDIOPATA

RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

CHOQUE PERSISTENTE

TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)

RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO

TCE LEVE MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

TCE LEVE (GLASGOW 15 A 14) EM LACTENTES

TCE MODERADO (GLASGOW 13 A 9)

TCE GRAVE (GLASGOW 8 A 3)

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

TRAUMATISMO ABDOMINAL _ AVALIAÇÃO E RESSUSCITAÇÃO INICIAL TRAUMATISMO DE FACE PARTES MOLES E FRATURA I - RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

TRAUMATISMO DE MÃO

PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS.

ESCORES DE TRAUMA

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS ORGAN INJURY SCALE)

SISTEMA LOCOMOTOR (ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA)

ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

MONOARTRITE AGUDA

POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS

LOMBALGIA AGUDA

LOMBALGIA POSTURAL

REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS

LUXAÇÃO DO OMBRO

ENTORSE DO JOELHO

ENTORSE DE TORNOZELO

TORCICOLO

SISTEMA VASCULAR

URGÊNCIAS VASCULARES

TRAUMAS VASCULARES

TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)

PÉ DIABÉTICO

ANEURISMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM:

ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO

ASSISTOLIA

BRADIARRITMIA

TAQUICARDIA VENTRICULAR

TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO

EDEMA AGUDO DE PULMÃO

CRISE HIPERTENSIVA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ANAFILAXIA

URTICÁRIA E ANGIOEDEMA

ASMA

ANGINAS

OTALGIAS

SINUSITE

SURDEZ SÚBITA

TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

CORPO ESTRANHO

ROLHA CERUMINOSA

EPISTAXE.

LABIRINTITE AGUDA

PNEUMONIAS

PNEUMONIAS I E II

PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

PNEUMONIA HOSPITALAR

EMBOLIA PULMONAR:

TERAPÊUTICA

MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA.

ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MACIÇO

ALGUNS ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA

VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO

ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO

DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA) E CHOQUE SÉPTICO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) / SDRA

CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO

MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR NO ADULTO

HIPERCAPNIA MANEJO FISIOTERÁPICO

SISTEMA DIGESTÓRIO

DOR ABDOMINAL AGUDA

CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA

ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL AGUDA.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL

ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

PERITONITES

DIARREIA AGUDA

DIARREIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS

PANCREATITE AGUDA I E II

ICTERÍCIA

COLANGITE

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I, II E III

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

HEMATOQUEZIA

MELENA

INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

INGESTÃO DE CÁUSTICOS

ASCITE NO PRONTO-SOCORRO

TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA

DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS

ABSCESSO ANORRETAL

DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA

FISSURA ANAL IDIOPÁTICA

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

HEMORROIDAS

FECALOMA

VOLVO

9- SISTEMA GENITOURINÁRIO

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO

CÓLICA URETERAL

HEMATÚRIA

HEMATÚRIA MACIÇA

ANURIA OBSTRUTIVA

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

PRIAPISMO

PARAFIMOSE

ESCROTO AGUDO

TRAUMA RENAL

TRAUMA URETRAL

TRAUMA VESICAL

FRATURA PENIANA

TRAUMA GENITAL

FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS

TRAUMA DE TESTÍCULO

SAÚDE DA MULHER

CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE

CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO

ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

PARTO E NASCIMENTO

GESTAÇÃO PROLONGADA

TRABALHO DE PARTO

CONDUTA NA AMNIORREXE PROLONGADA

PLACENTA PRÉVIA

PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE

ECLÂMPSIA

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO.

DROGAS NO ATENDIMENTO AO RN.

SISTEMA NERVOSO

DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR AGUDA

ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO (EME)

TRATAMENTO - ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRATÁRIO

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILÉPTICA NA EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

DROGAS

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE

DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA

ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALEIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

QUEIXA DE CEFALEIA

INFECÇÃO INTRACRANIANA (SUSPEITA); AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA

SAÚDE MENTAL

ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL

PACIENTE VIOLENTO

GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS

QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL

OLHO E ANEXOS

TRAUMAS QUÍMICOS

LACERAÇÕES OCULARES

CORPOS ESTRANHOS CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS

TRAUMA OCULAR

OLHO VERMELHO

UVEÍTES

DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

ABRASÕES CORNEANAS

ÚLCERA DE CÓRNEA

GLAUCOMA

TUMOR PALPEBRAL

CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO, CELULITE ORBITÁRIA, DACRIOCISTITE)

CONJUNTIVITE BACTERIANA

CONJUNTIVITE VIRAL

CONJUNTIVITE POR HERPES SIMPLES

CONJUNTIVITE ALÉRGICA

CONJUNTIVITE PRIMAVERIL / ATÓPICA

HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL

HORDÉOLO / CALÁZIO

BLEFARITES E ESPISCLERITES

SISTEMA ENDÓCRINO

HIPERCALCEMIA

CRISE TIREOTÓXICA

COMA MIXEDEMATOSO - ABORDAGEM E TRATAMENTO

HIPOGLICEMIA

CETOACIDOSE DIABÉTICA

ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO

INSUFICIÊNCIA ADRENAL

SISTEMA HEMATOLÓGICO

CRISE FALCÊMICA

TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)

TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO

INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS

REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

REAÇÕES FEBRIS

REAÇÃO ALÉRGICA

REAÇÕES HEMOLÍTICAS

NEUTROPENIA FEBRIL I

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

NEUTROPENIA FEBRIL II

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO

COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA

DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS

HIPONATREMIA I E II

HIPOCALEMIA I E II

HIPERCALEMIA I E II E III

HIPERMAGNESEMIA

HIPOMAGNESEMIA

DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS NO RN

DISTÚRBIOS DO CÁLCIO NO RN

DISTÚRBIOS DO SÓDIO NO RN

DISTÚRBIOS DO MAGNÉSIO NO RN

DISTÚRBIOS DA GLICEMIA NO RN

PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO

PIODERMITES

CELULITE E ERISIPELA

FURÚNCULO

HERPES VÍRUS: SIMPLES E ZOSTER

ECTIMA

REAÇÕES HANSÊNICAS

NEURITE HANSÊNICA

ERITEMA NODOSO HANSÊNICO

DOENÇAS INFECCIOSAS

DOENÇA MENINGOCÓCICA

LEISHMANIOSE VISCERAL

DENGUE DIAGNÓSTICO E CONDUTA

HANTAVIROSE - SÍNDROME CARDIOPULMONAR

CUIDADOS INTENSIVOS NA CRIANÇA - ALGUNS ASPECTOS

ESTADO DE MAL CONVULSIVO

CRISE EPILÉTICA AGUDA - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

UTI PEDIÁTRICA

HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

NORMAS PARA ALTA

NORMAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES

DRENAGEM TORÁCICA FECHADA

SEDAÇÃO E ANALGESIA NOS PACIENTES INTERNADOS EM U.T.I. PEDIÁTRICA

INTOXICAÇÃO EXÓGENA

ABORDAGEM INICIAL

ATENDIMENTO INICIAL INTRA-HOSPITALAR

SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS

EFEITOS DAS TOXINAS

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO

DESCONTAMINAÇÃO

DESCONTAMINAÇÃO GASTROINTESTINAL.

- INDUÇÃO DA EMESE

- LAVAGEM GÁSTRICA.

CATÁRTICOS

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

ADSORVENTES

MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO

ANTÍDOTOS

ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA E ENVENENAMENTO

PROCEDIMENTOS RELATIVOS À DECLARAÇÃO DE ÓBITO

ACIDENTE DE TRABALHO

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

MEDICAMENTOS DROGAS VASOATIVAS CARDIOVASCULARES

DROGAS INFORMAÇÕES GERAIS

ANEXO VIII – Manual de Protocolos Clínicos e Terapêuticos Médico e Assistencial e Procedimento para Áreas de Apoio.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

O manual apresentado corresponde a todos os protocolos assistenciais a serem realizados pelas equipes médica, de enfermagem e multidisciplinar, **compreendendo 27 (vinte e sete)** protocolos padrões implantados nas unidades de gestão do IDEAS, conforme listagem:

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PROTOCOLO DOS SERVIÇOS MÉDICOS

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

PROTOCOLO PARA MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO GERAL

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES - SETOR DE FARMÁCIA

ATIVIDADE DE APOIO

FARMÁCIA CLÍNICA

FISIOTERAPIA

FONOAUDIOLOGIA

PSICOLOGIA

ODONTOLOGIA

TERAPIA OCUPACIONAL

PROPOSTA DE ATUAÇÃO NA NUTRIÇÃO CLÍNICA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS - ANATOMOPATOLOGIA

HEMOTERAPIA

CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO

SERVIÇO DE HOTELARIA

LAVANDERIA

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DO SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO

SEGURANÇA PATRIMONIAL

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE - REGISTROS ELETRÔNICOS

MANUAL DE FATURAMENTO

ARQUIVO DE PRONTUÁRIO DE USUÁRIO (SAME)

PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO

MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA CONTROLE PATRIMONIAL E FUNCIONAMENTO DO ALMOXARIFADO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Informamos que toda a estrutura operacional para implementação dos protocolos e políticas estarão de acordo com o cronograma da execução do Plano de Trabalho, conforme exigido no Edital.

Para complementação dos protocolos descritos e aprofundamento do exigido no Edital, paresentados os Protocolos Clínicos e Assistenciais de Arboviroses, considerando as mazelas de saúde que afetam a população de Almirante Tamandaré.

PROTOCOLO CLÍNICO DE ARBOVIROSES

INTRODUÇÃO

As arboviroses são um grupo de doenças virais que infectam hospedeiros vertebrados através de um vetor inseto, como mosquito ou carrapato. Abarca membros dos vírus da família Togaviridae, Flaviviridae, Bunyaviridae, Rhabdoviridae, Reoviridae e Orthomyxoviridae. Dentre tantas, quatro surgiram em ambos os hemisférios durante os últimos séculos e passaram a ter grande relevância em termos de saúde pública: Febre amarela (YFV), Dengue (DENV), Chikungunya (CHIKV), Zika (ZIKV) e Coronavírus (COVID-19). Esses vírus, todos flavivírus, são transmitidos por mosquitos da espécie Aedes aegypti.

Diante do número de casos em face das sérias complicações que essas epidemias causam à população, torna-se importante a intensificação das ações de controle vetorial e o reconhecimento precoce das novas áreas com transmissão para minimizar o impacto dessas doenças na população. Para tanto é necessária à realização de ações coordenadas entre múltiplos órgãos governamentais, além da mudança comportamental da população.

OBJETIVOS

✓ Normatizar as condutas no cuidado das pacientes com suspeita de arboviroses atendidas na UPA de Almirante Tamandaré;

✓ Garantir que sejam realizadas as melhores práticas no tocante ao tema;

✓ Garantir acompanhamento das pacientes;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

JUSTIFICATIVAS

A implantação do protocolo de arboviroses justifica-se pela necessidade de melhor manejo por parte da equipe médica no que diz respeito ao tema. Por se tratar de doenças com capacidade de causar graves prejuízos ao binômio materno-fetal e adulto.

Este documento contempla o protocolo clínico inicial de pacientes com suspeita de dengue de todas as faixas etárias na atenção primária e unidades de pronto atendimento. De acordo com Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saú de (2019), considera-se como caso suspeito de dengue o indivíduo que resida em área onde se registram casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presen ça de Aedes aegypti.. Deve apresentar febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e duas ou mais das seguintes manifestações:

- Náusea/vômitos.
- Exantema.
- Mialgia/artralgia.
- Cefaleia/dor retro-orbital.
- Petéquias/prova do laço positiva.
- Leucopenia.

Dengue com sinais de alarme pode ser definida como todo caso de dengue que, no período de defervescência, apresente um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.
- Vômitos persistentes.
- Acúmulo de líquidos (ex: ascite, derrame pleural).
- Hipotensão postural e/ou lipotímia.
- Hepatomegalia.
- Letargia/irritabilidade.
- Sangramento de mucosa.
- Aumento progressivo do hematócrito. A dengue grave contempla todo caso de dengue que apresenta uma ou mais das condições abaixo:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

• Choque ou desconforto respiratório em função do extravasamento grave de plasma.

• Sangramento grave segundo a avaliação do médico (hematêmese, melena, metrorragia, sangramento de SNC).

• Comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ ALT > 1.000), do SNC (alteração da consciência), do coração (miocardite) ou outros órgãos.

A fase crítica da doença tem início com o declínio da febre (de fervescência), entre o 3° e o 7° dia do início da doença. Os sinais de alarme, quando presentes, decorrem do aumento da permeabilidade capilar e sinalizam o início da piora clínica do paciente e sua possível evolução para o choque, por extravasamento plasmático. Sem a identificação e o correto manejo nessa fase, alguns pacientes podem evoluir para as formas graves e óbito

Epidemias de dengue sobrecarregam os serviços de saúde e acarretam aumentos consideráveis de gastos. A doença acarreta importante morbimortalidade com milhares de internações e dezenas de óbitos nos anos epidêmicos

Os casos suspeitos de dengue podem ser confirmados por meio dos seguintes exames laboratoriais:

• NS1 reagente.

• Isolamento viral positivo.

• RT-PCR detectável.

• Detecção de anticorpos IgM ELISA.

• Aumento ≥ 4 vezes nos títulos de anticorpos no PRNT ou teste IH, utilizando amostras pareadas (fase aguda e convalescente)

Baseia-se principalmente na reposição volêmica adequada, levando-se em consideração o estadiamento da doença (grupos A, B, C e D) segundo os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, assim como no reconhecimento precoce dos sinais de alarme.

O tratamento poderá ser realizado na UPA de Almirante Tamandaré, no atendimento dos pacientes, deve-se levar em consideração a classificação de risco e o estadiamento da doença

• Média de tempo de acompanhamento clínico: 7 dias.

• Média internação em leito de enfermaria: 4 dias.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

• Média internação em leito de terapia intensiva: 5 dias.

Ausência de identificação de sinais de alarme que permite a identificação precoce de agravamento e adequação da via e volume de reposição volêmica

Suspeita clínica de dengue, abordagem inicial na UPA de Almirante Tamandaré, exames necessários, estratificação de risco, volume de hidratação, critérios de encaminhamento a unidade de terapia intensiva.

ABORDAGEM DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Intervenção e Estratégia Consideradas

- Suspeita clínica e diagnóstico diferencial
- Estratificação de risco / Estadiamento Clínico
- Diagnóstico específico (teste rápido, exames sorológicos)
- Manejo clínico inicial

Intervenções e Estratégias não Consideradas

- Uso de testes rápidos combinados antígeno-anticorpo e PRNT.
- Investigação etiológica dos diagnósticos diferenciais
- Mmanejo de outras arboviroses
- Manejo de complicações decorrentes de internação, como aquelas decorrentes de sobrecarga de volume, distúrbio hidroeletrolítico e infecções secundárias.
- Uso de hemoderivados
- Intervenções ventilatórias invasivas

NÍVEIS ZERO E 1:

a) Protocolo de atendimento

Quanto a classificação de risco, habitualmente, os pacientes são classificados, segundo a classificação de risco geral vigente no município, através das cores AZUL,

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

VERDE, AMARELA e VERMELHA. Porém, para a classificação de risco de pacientes com suspeita de Dengue será adotada a seguinte medida de precaução:

✓ Pacientes com suspeita de Dengue NÃO serão classificados nas cores AZULe VERDE, APENAS nas cores AMARELA e VERMELHA.

Justificativas:

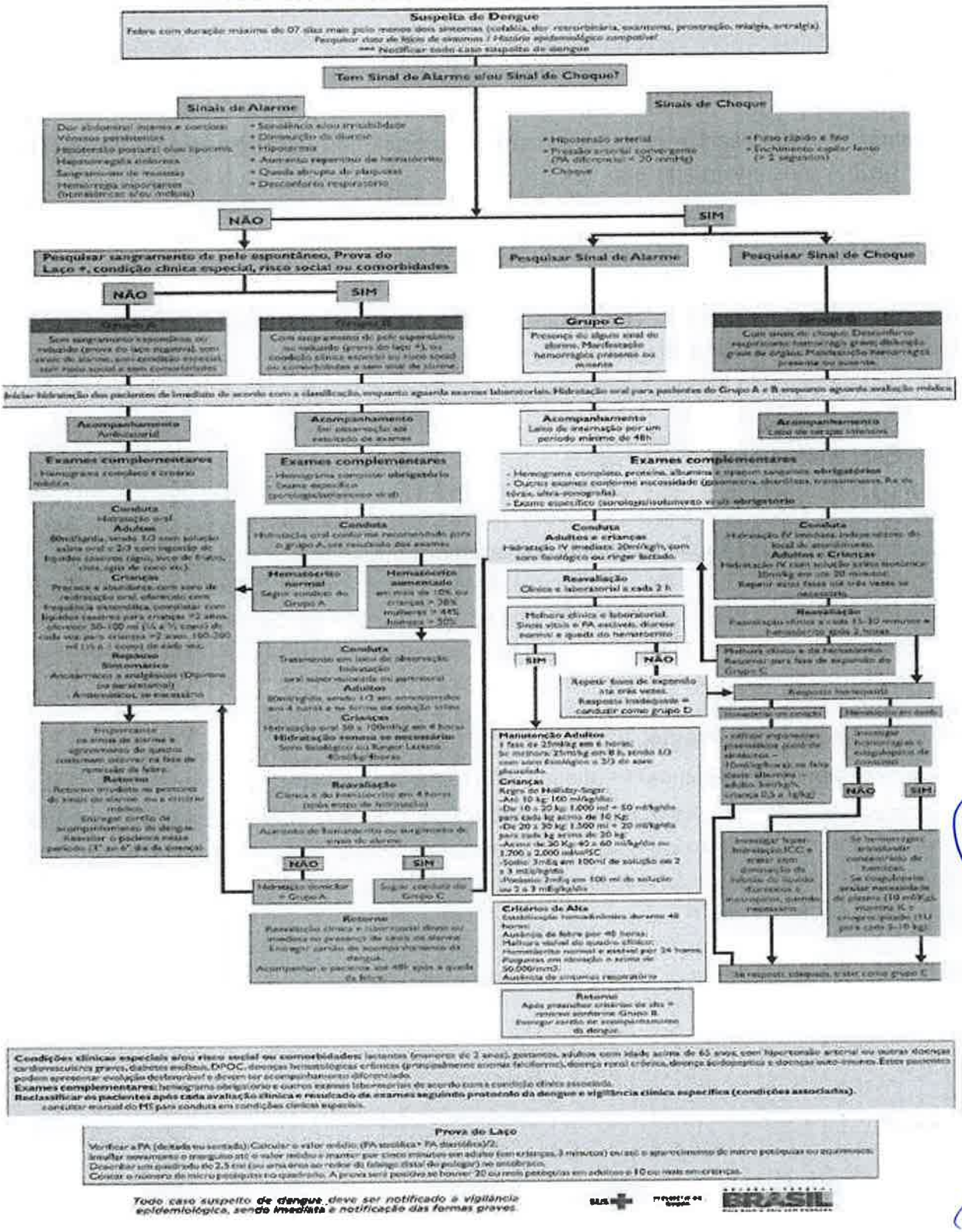
- A Dengue é uma doença dinâmica, condição que implica em agravamento e requer atenção e vigilância constantes;
- Considerando a gama de doenças que perfazem diagnóstico diferencial com aDengue e que no período sazonal o número de casos não se configura de modo expressivo como nas epidemias instaladas, a medida de precaução supra exposta visasensibilizar o médico assistente durante o nível zero de resposta;
- Otimizar o tempo resposta do atendimento para evitar o agravamento da doença e a ocorrência de óbitos.

PROTOCOLO PARA MANEJO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

DENGUE
Classificação de Risco e Manejo do paciente



Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemias falciformes), doença renal crônica, doença hepatopática e doenças auto-imunes. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.
Exames complementares: hemograma obrigatório e outros exames laboratoriais de acordo com a condição clínica associada.
Reclassificar os pacientes após cada avaliação clínica e resultado de exames seguindo protocolo da dengue e vigilância clínica específica (condições associadas).
Consultar manual do MS para conduta em condições clínicas especiais.

Prova do Laço
Verificar a PA (deitado ou sentado). Calcular o valor médio: (PA sistólica + PA diastólica)/2.
Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos em adultos (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de micro petéquias ou equimoses.
Desenhar um quadrado de 2,5 cm (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço.
Contar o número de micro petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver: 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

*Todo caso suspeito **de dengue** deve ser notificado a vigilância epidemiológica, sendo **imediata** a notificação das formas graves.*

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

b) Regulação do fluxo interno

Utilizando-se do protocolo de atendimento do Ministério da Saúde e dos dispositivos propostos como norteadores da organização da rede de urgência e emergência para assistência ao paciente com suspeita de Dengue, propõe-se padronização para regulação do fluxo interno na UPA Almirante Tamandaré para os níveis zero e 1 de resposta.

Descrição:

- **Portas de Entrada:**

A UPA Almirante Tamandaré dispõem atualmente de duas portas de entrada: Área de Pronto Atendimento (Recepção) e Área de Emergência.

- **Área de Emergência:**

Adentram diretamente a Área de Emergência pacientes trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e seus correlatos e pacientes trazidos por meios próprios, porém com gravidade emergencial presumida. Paciente com suspeita de Dengue trazido pelo SAMU e seus correlatos ou por meios próprios com gravidade presumida, será acolhido inicialmente por equipe da Área de Emergência e atendido de acordo com o fluxograma municipal vigente.

- **Área de Pronto Atendimento:**

Paciente com suspeita de Dengue que procurar a UPA Almirante Tamandaré por demanda espontânea será acolhido; na Recepção o agente administrativo fará o registro do seu atendimento através da abertura de ficha atendimento. Após, o paciente aguardará serchamado pela equipe de enfermagem na Sala de Espera e então ser conduzido a Sala de Classificação de Risco.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- **Conduta Interna:**

Para definir a prioridade do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada (e não segundo a ordem de chegada), humanizar e organizar a assistência, e garantir um atendimento rápido e efetivo de todos os usuários que procurarem o serviço, a equipe de enfermagem procederá a classificação de risco utilizando-se de protocolo municipal vigente.

Uma vez chamado pela equipe de enfermagem, o paciente será conduzido para Sala de Classificação de Risco.

- **Sala de Classificação de Risco:**

Na avaliação do paciente para classificação de risco serão coletadas na ficha de atendimento as seguintes informações:

- ✓ Queixa principal
- ✓ Início – evolução – tempo de doença
- ✓ Estado físico do paciente
- ✓ Escala de dor e de Glasgow
- ✓ Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- ✓ Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2, glicemia (dextro),frequência cardíaca, frequência respiratória.

Uma vez identificados sinais e sintomas de febre, náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, sangramentos e sinais de alarme, compatíveis com a suspeita de Dengue, a equipe de enfermagem na Sala de Classificação de Risco:

- ✓ Preencherá o "Instrumento de Acolhimento para Paciente com Suspeita de Dengue noPronto Atendimento";
- ✓ Documentará o peso do paciente;
- ✓ Procederá classificação do paciente com suspeita de Dengue em

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

GRUPO A/B, GRUPO C e GRUPO D;

- ✓ Iniciará hidratação oral imediata para os casos pertinentes.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE NO PRONTO ATENDIMENTO

Sinais e Sintomas:

- ☐ Febre (duração máxima de 07
- ☐ Cefalé
- ☐ Mialgi
- ☐ Prostraç

+ pelo menos

- ☐ Dor
- ☐ Artralgi
- ☐ Exante

Sinais de Alarme:

- ☐ Dor Abdominal Intensa e
- ☐ Vômitos
- ☐ Hipotensão postural e/ou
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Sangramento de
- ☐ Hemorragias importantes
- ☐ Sonolência e/ou
- ☐ Diminuição da
- ☐ Hipotermi
- ☐ Aumento repentino de
- ☐ Queda abrupta de
- ☐ Desconforto

Sinais de Choque:

- ☐ Hipotensão
- ☐ Pressão Arterial Convergente (PA diferencial <20mmHg)
- ☐ Pulso rápido e
- ☐ Enchimento capilar lento

Classificação de Risco ☐ A / ☐ C ☐ D

.....

Hematócri

Data da Coleta__/___/____

Hematócrito

Prova do

- ☐ Positiv
- ☐ Negati
- ☐ Não

Reclassificação ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Para proceder à classificação do paciente com suspeita de Dengue, a equipe deenfermagem utilizará o protocolo do Ministério da Saúde, porém:

- Adotará APENAS as LETRAS correspondentes aos GRUPOS de CLASSIFICAÇÃO (A, B, C, D) e NÃO utilizará as CORES propostas como referência para tempo de espera;

-Classificará, em primeiro momento, os GRUPOS A e B como GRUPO A/B, uma vez que nos níveis zero e 1 a Prova do Laço, item necessário a plena distinção entre os GRUPOS citados, não será realizada na Sala de Classificação de Risco, e sim posteriormente à corroboração da suspeita por parte do médico atendente.

Pacientes com suspeita de Dengue classificados como GRUPO A/B e GRUPO C serão considerados, segundo a classificação de risco geral vigente no município, como cor AMARELA, ou seja, pacientes que necessitam de atendimento médico o maisrápido possível, porém não correm risco imediato de vida.

Após identificação da cor na ficha de atendimento, os pacientes pertencentes ao GRUPO A/B serão encaminhados para Sala de Espera própria para casos classificadosna cor AMARELA e aguardarão consulta pelo médico responsável.

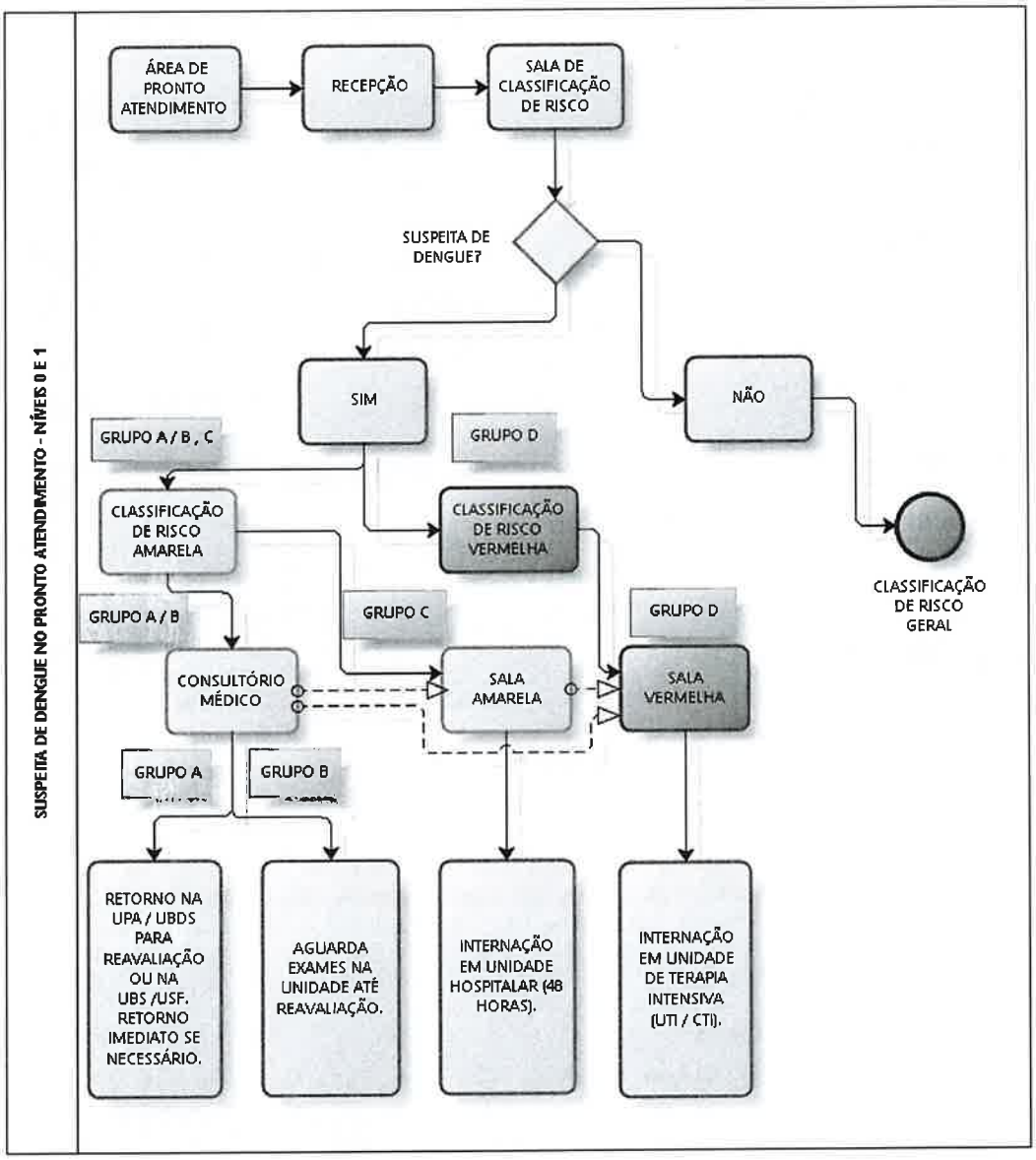
Após identificação da cor na ficha de atendimento, os pacientes pertencentes ao GRUPO C, serão encaminhados para Sala de Observação (Sala Amarela), prontamente atendidos pelo médico responsável.

Pacientes com suspeita de Dengue classificados como GRUPO D serão considerados, segundo a classificação de risco geral vigente no município, como cor VERMELHA, ou seja, pacientes que necessitam de atendimento médico imediato. Serão encaminhados prontamente à Sala de Emergência da unidade (Sala Vermelha) e atendidos em tempo zero pelo médico responsável.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE NO PRONTO ATENDIMENTO:



Níveis Zero e 1

Consultório Médico:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Após recepcionar um paciente com sinais e sintomas de Dengue indicados no "Instrumento de Acolhimento para Paciente com Suspeita de Dengue no Pronto Atendimento", o médico responsável:

✓ Realizará o atendimento e corroborará a hipótese realizada;
✓ Documentará na ficha de atendimento médico, no primeiro item de sua conduta "PROTOCOLO DE DENGUE";
✓ Após execução do "PROTOCOLO DE DENGUE", o médico responsável reclassificaráo GRUPO do paciente através de letras (A, B, C, D). Neste momento, após execuçãoda Prova do Laço, será possível diferenciar, com propriedade, o GRUPO A/B em GRUPO A e GRUPO B.
✓ Seguirá rigorosamente o protocolo de atendimento para manejo clínico dos pacientescom suspeita de Dengue.

***PROTOCOLO DE DENGUE:** Esta medida visa disparar a realização de procedimentoprotocolar pela equipe de enfermagem, a saber:

✓ Prova do laço;
✓ Micro-hematócrito;
✓ Preenchimento do cartão de acompanhamento Dengue;
✓ Aferição da pressão em duas posições;
✓ Notificação da suspeita;
✓ Solicitação de Antígeno NS1 e/ou sorologia para Dengue.

Sala de Coleta de Exames laboratoriais:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Nos níveis zero e 1 de resposta, o médico responsável solicitará durante a consulta os exames pertinentes ao caso, conforme protocolo de atendimento, salvo a solicitação do antígeno NS1 e/ou sorologia para Dengue.

Orienta-se a solicitação mínima obrigatória de Hemograma Completo para TODOS os pacientes com suspeita de Dengue.

Os exames serão coletados pela equipe de enfermagem em sala própria e encaminhados para análise através de transporte adequado. Aguardar-se-á tempo de resposta máximo de quatro (04) horas para os resultados. Os mesmos serão verificados através do Sistema HYGIA e analisados pelo médico assistente.

- **Retorno / Encaminhamento:**

Após hidratação e sintomáticos prescritos, o paciente retornará ao consultório para reavaliação do estado geral e grau de hidratação, verificação do resultado de exames, prescrição de medicações para domicílio, orientações sobre sinais de alarme, sangramentos e choque, confecção de atestado médico e necessidade de novo retorno.

Pacientes pertencentes ao GRUPO A, sob critério médico, poderão aguardar ou não os resultados de exames na unidade de pronto atendimento. Porém, se dispensados após alta, o paciente será orientado a retornar na unidade de pronto- atendimento para reavaliação e verificação de resultado de exames (UPA) ou, será encaminhado através de Guia de Contrarreferência para UBS/USF mais próxima de seu domicílio para seguimento.

Pacientes pertencentes ao GRUPO B, deverão OBRIGATORIAMENTE permanecer na unidade de pronto atendimento até chegada de TODOS os exames solicitados. Serão orientados a retornar no Pronto Atendimento (UPA) para reavaliação clínica e laboratorial diária ou imediata na presença de sinais de alarme; serão acompanhados conforme preconizado pelo protocolo de atendimento.

GUIA DE CONTRARREFERÊNCIA PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

ORIGEM

UPA/UBDS: _ _____

PARA

UBS/USF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Hygia:_____

Data de Nasc.: _/__/__ Idade: ____ Sexo: ( ) F ( ) M C.N.S.:_ _____

Endereço:_ _____ Município: _ _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Responsável: _____

Servimo-nos da presente guia para encaminhar o (a) paciente supracitado (a) sob **SUSPEITA DE DENGUE** pertencente ao **GRUPO A**
para reavaliação clínica, verificação de resultado de exames, conduta e seguimento.

No momento:

- Não apresenta sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos;

- Não apresenta sinais de alarme;

ATENDIMENTO

Data do início dos sintomas:__/ _/__ Dia de sintomas:_ __

Febre ( ) ( ) Não Se não, número de dias sem febre:_

Sintoma ( ) ( ) Dor Retro- ( ) Mialgia ( ) Artragia

( ) ( ) ( ) Outro(s) _____

Pressão Arterial (saída): _____mmHg _____ mmHg (em

Exames realizados: ( ) Hemograma ( ) ( ) Outro(s) _____

Conduta terapêutica:

_____

_____

Orientações para Seguimento:

_____

_____

_____

NOME CRM DATA:__/__/__

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- **Notificações:**

Todo o paciente com suspeita de Dengue será notificado. A equipe de enfermagem será responsável pelo preenchimento e comunicação adequados à Vigilância Epidemiológica.

- **Antígeno NS1 / Sorologias:**

Serão disponibilizadas a pesquisa do antígeno NS1 e a sorologia para Dengue, conforme preconizado pelo Departamento de Vigilância em Saúde para o período vigente. A equipe de enfermagem será responsável pela coleta e orientações ao paciente quanto a disponibilidade dos resultados dos exames solicitados.

- **Impressos:**

Será disponibilizado o cartão de acompanhamento Dengue e demais impressos necessários ao atendimento do paciente com suspeita de Dengue pela Secretaria Municipal de Saúde em quantidade suficiente, conforme demanda.

- **Materiais de consumo e permanentes:**

Serão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde através de programação junto ao almoxarifado a ser estabelecida e conforme demanda.

- **Equipe com quantitativo suficiente:**

Prioridade de reforço de equipe de enfermagem de acordo com a demanda e sob sinalização da gerência de cada unidade de pronto-atendimento.

c) Incorporação de unidades de referência para casos graves através da utilizaçãoda central de regulação

Ao identificar casos suspeitos de Dengue com algum sinal de alarme, com ou sem manifestações hemorrágicas presentes (GRUPO C), o paciente deverá ser internado em leito de internação por no mínimo 48 horas para acompanhamento; o médico assistente responsável procederá a solicitação de internação através do sistema HYGIA e a solicitação de transporte para remoção através do sistema TRUE SAPH.

Através da Central de Regulação, o médico regulador providenciará a unidade hospitalar de referência adequada.

Ao identificar casos suspeitos de Dengue com sinais de choque, desconforto respiratório, hemorragia grave, disfunção grave de órgãos, com ou sem manifestações hemorrágicas presentes (GRUPO D), o paciente deverá ser internado em leito de terapia intensiva; o médico assistente responsável procederá a solicitação de internação através

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

do sistema HYGIA e a solicitação de transporte para remoção através do sistema TRUE SAPH. Através da Central de Regulação, o médico regulador providenciará a unidade de referência adequada e disponibilizará a unidade de suporteavançado.

NÍVEIS 2 E 3:

a) Protocolo de atendimento

Utilização sistemática do protocolo assistencial do Ministério da Saúde para manejo do paciente com suspeita de Dengue, conforme descrito para os níveis zero e 1 de resposta.

b) Regulação do fluxo interno

Utilizando-se do protocolo de atendimento do Ministério da Saúde e dos dispositivos propostos como norteadores da organização da rede de urgência e emergência para assistência ao paciente com suspeita de Dengue, propõe-se padronização para regulação do fluxo interno na UPA para os níveis 2 e 3 de resposta.

Descrição:

- Instalação de Salas de Hidratação nos APH fixos de assistência 24 horas: Uma vez sinalizada a instalação do Nível 2 de resposta pelo Departamento de Vigilância em Saúde, os quatro componentes de APH fixo em atividade serão contemplados com a instalação de Salas de Hidratação.

Características da Sala de Hidratação:

- Área física: Readequação de espaço dentro da própria unidade de pronto atendimento (UBDS/UPA).
- Porta de entrada: Utilização da mesma porta de entrada de casos regulares, porém comabordagem diferenciada.
- Recepção: Utilização da mesma recepção para casos regulares, porém com abordagemdiferenciada.
- Classificação de Risco:

Utilização da mesma Sala de Classificação de Risco, porém com abordagem diferenciada.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Recursos humanos: por turno

✓ Um (01) profissional médico de referência;

✓ Um (01) profissional enfermeiro exclusivo;

✓ Três (03) técnicos de enfermagem exclusivos.

Atribuições da equipe de enfermagem:

✓ Realização da prova do laço;

✓ Realização do micro-hematócrito;

✓ Hidratação oral imediata dos casos pertinentes;

✓ Realização de punção intravenosa e instalação de soro fisiológico 0,9% para manter o acesso venoso, antes do atendimento médico propriamente dito, se o paciente apresentar critérios de hemoconcentração, a saber: homem com Htc > 50%, mulher com Htc > 44%, criança com Htc > 42%;

✓ Notificação da suspeita de Dengue;

✓ Confecção do cartão de acompanhamento Dengue com o número do SINAN;

✓ Pedido do Antígeno NS1 até o 3º dia do início dos sintomas;

✓ Pedido de sorologia para os demais pacientes a ser colhida após o 6º dia do início dos sintomas ou se o Antígeno NS1 for negativo;

✓ Solicitação de Hemograma;

✓ Solicitação de outros exames laboratoriais previstos no "Protocolo de Solicitação de Exames para Casos Suspeitos de Dengue na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2015-2016)", conforme a organização do fluxo de atendimento estabelecido;

✓ Classificação de Risco para paciente com suspeita de Dengue, conforme a organização do fluxo de atendimento estabelecido;

✓ Encaminhamento do paciente para o médico de referência.

IMPORTANTE!

Todos os procedimentos de enfermagem serão realizados sob supervisão do profissional enfermeiro.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Atribuições do profissional médico de referência:

✓ Suporte à equipe de enfermagem da Sala de Hidratação;

✓ Classificação / Reclassificação de Risco para o paciente com suspeita de Dengue, conforme critério clínico;

✓ Solicitação dos exames laboratoriais previstos no "Protocolo de Solicitação de Exames para Casos Suspeitos de Dengue na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2016-2017)", conforme a organização do fluxo de atendimento estabelecido;

✓ Suporte técnico aos demais médicos assistentes para o atendimento do paciente com suspeita de Dengue, se necessário;

✓ Assistência médica propriamente dita;

✓ Avaliação / Reavaliação do paciente com suspeita de Dengue e prescrição de hidratação parenteral, conforme critério clínico;

✓ Encaminhamento do paciente com suspeita de Dengue para Sala Amarela (GRUPO C) ou para Sala Vermelha (GRUPO D) e comunicação ao profissional médico assistente responsável pela Área de Emergência, para seguimento e internação hospitalar.

ATENÇÃO!

Todos os profissionais das unidades de saúde deverão comprometer-se para o suporte do paciente com suspeita de Dengue e colaborar ativamente com as equipes de referência para a organização do fluxo de atendimento estabelecido.

✓ Quatro sorotipos de vírus.

✓ Transmissão se dá através de mosquitos do gênero Aedes, especialmente o A. aegypti.

✓ Há relatos de transmissão vertical.

✓ É uma doença dinâmica, podendo evoluir tanto para a remissão quanto para seuagravamento, neste caso sendo precedida por sinais de alarme.

✓ Aumento de quatro desfechos fetais desfavoráveis quando o a infecção pelo vírus ocorrena gravidez: óbito fetal, abortamento, nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer.

✓ Quanto mais perto do parto ocorrer a infecção, maior a chance do neonato nascerinfectado.

✓ Pode ocorrer sangramento aumentado no parto e pós parto, principalmente quandoeste for cesariana, devendo esta via ter indicação criteriosa nas pacientes com diagnóstico.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

✓ Gestantes que apresentem sangramento, independente do período gestacional, devemser questionadas sobre a presença de febre nos últimos sete dias.

✓ O diagnóstico diferencial deve incluir pré-eclâmpsia, síndrome HELLP e sepse. Lembrarque essas condições podem coexistir.

✓ CASO SUSPEITO: FEBRE (2-7 DIAS) + PELO MENOS 2 DAS SEGUINTES MANIFESTAÇÕES: NÁUSEAS, VÔMITOS, EXANTEMA, MIALGIA, ARTRALGIA, CEFALÉIA, DOR RETROORBITÁRIA, PETÉQUIAS, PROVA DO LAÇO POSITIVA, LEUCOPENIA.

✓ OBS: A FEBRE DA DENGUE É ALTA (39-40° C) E DE INÍCIO ABRUPTO E O EXANTEMA GERALMENTE APARECE COM O DESAPARECIMENTO DA FEBRE, OU SEJA, TEM INSTALAÇÃO MAISTARDIA QUE O DA ZIKA (QUE É MAIS PRURIGINOSO). CONJUNTIVITE É POUCO FREQUENTE NA DENGUE E MAIS FREQUENTE NOS CASOS DE ZIKA.

✓ Fase Crítica: defervescência da febre + surgimento de sinais de alarme.

✓ Sinais de alarme: devem ser SEMPRE pesquisados. Dor abdominal intensa e contínua (referida ou percebida na palpação), vômitos incoercíveis, ascite, derrame pleural ou pericárdico,hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia maior que 2cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia, aumento progressivo do hematócrito. Se não identificados e adequadamente manejados, paciente evolui para formas graves e choque.

✓ As manifestações que ocorrem em consequência do extravasamento plasmático (SINAIS DE ALARME), tais como taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração não serão percebidasprecocemente dada as alterações fisiológicas da gravidez.

✓ As gestantes devem ser tratadas conforme o estadiamento clínico (A, B, C, D). Ver figura

✓ Dar especial atenção aos sinais vitais e fazer exame físico completo (obstétrico + geral), inclusive com prova do laço.

✓ As gestantes, só por esta condição, estão no mínimo no grupo B (sem sinais de alarme).

✓ Grupo C: presença de sinais de alarme. Grupo D: presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos.

✓ Como, às vezes, é difícil fazer a diferenciação entre as três arboviroses, deve-se fazer as três notificações para que seja solicitado o exame laboratorial específico para dengue, Zika e Chikungunya. O tipo do exame deverá ser solicitado na dependência do tempo de evolução dos sintomas. Até o quinto dia, deve ser solicitado o RT-PCR do sangue

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

para Zika, Dengue e Chikungunya. Após esse período, solicitar as sorologias para as três arboviroses.

✓ NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA!!

✓ Solicitar, OBRIGATORIAMENTE, hemograma completo. Sugere-se solicitar TGO, TGP e albumina sérica (exames obrigatórios nos grupos C e D). Caso presença de sinais de alarme (grupo C) e sinais de choque (grupo D), acrescentar: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos e coagulograma

+ RX tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) + ultrassonografia de abdome.

✓ GRUPO B: Avaliar presença de hemoconcentração após resultado de exames. Até lá, iniciar hidratação oral conforme figura 2 + analgesia (dipirona 20 gotas ou 01 comprimido 500 mg até 6/6/h. No caso de alergia: 40-55 gotas ou 01 comprimido 500-750 mg até 6/6h). Não usar doses maiores devido a hepatotoxicidade. Caso pacientes apresentem hematócrito normal, tratar paciente ambulatorialmente, com reavaliação clínica e laboratorial diária até 48h após a queda da febre. Para as que apresentarem algum sinal de alarme, o retorno deve ser imediato. Caso paciente apresente hemoconcentração, continuar hidratação (oral supervisionada ou IV, conforme figura 2)até o término do volume prescrito para 4 horas, com nova reavaliação clínica e laboratorial(hematócrito) após esse período. Se aumento de hematócrito ou surgimento de sinais de alarme, classificar paciente como grupo C. Caso haja resposta, tratar ambulatorialmente com reavaliação diária conforme grupo A.

✓ Grupo C: iniciar hidratação IV 10ml/kg/h, devendo a paciente ser regulada pelo plantonista para maternidade de referência de alto risco dada a possibilidade de evolução para as formas graves da doença. Deverá ser reavaliada clinicamente após a primeira hora, sendo esse mesmo volume de hidratação mantido na segunda hora, quando deverá ser colhido novo hematócrito após o término desta, para que seja avaliada a resposta apresentada pela paciente. Caso não haja melhora do hematócrito ou de parâmetros hemodinâmicos, repetir a fase de expansão (até 20ml/kg em 2 horas) por até 3 vezes, avaliando clinicamente a paciente a cada hora e hematócrito após 2 horas, até que a paciente seja removida para o serviço de referência. Paciente deve ser mantida monitorizada enquanto aguarda transferência.

✓ Grupo D: iniciar hidratação IV 20ml/kg em até 20 minutos, com reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito após 2 horas. A paciente deverá ser regulada imediatamente para serviço de referência de alto risco. Caso necessário, repetir a fase de expansão por até 3 vezes, enquanto a paciente não é removida para o serviço em questão. Paciente deve se manter monitorizada durante todo o tempo e deve ser oferecido suporte de O2.

✓ Em caso de PCR em paciente com >20 semanas, fazer RCP deslocando o útero para esquerda. Caso não haja reversão da PCR após 4-5 min, considerar a realização de cesárea.

✓ As pacientes devem ser sempre orientadas sobre a necessidade de eliminação de criadouros do mosquito.

✓ A classificação nos grupos em questão bem como a conduta está especificada nas figuras 1 e 2 a seguir.

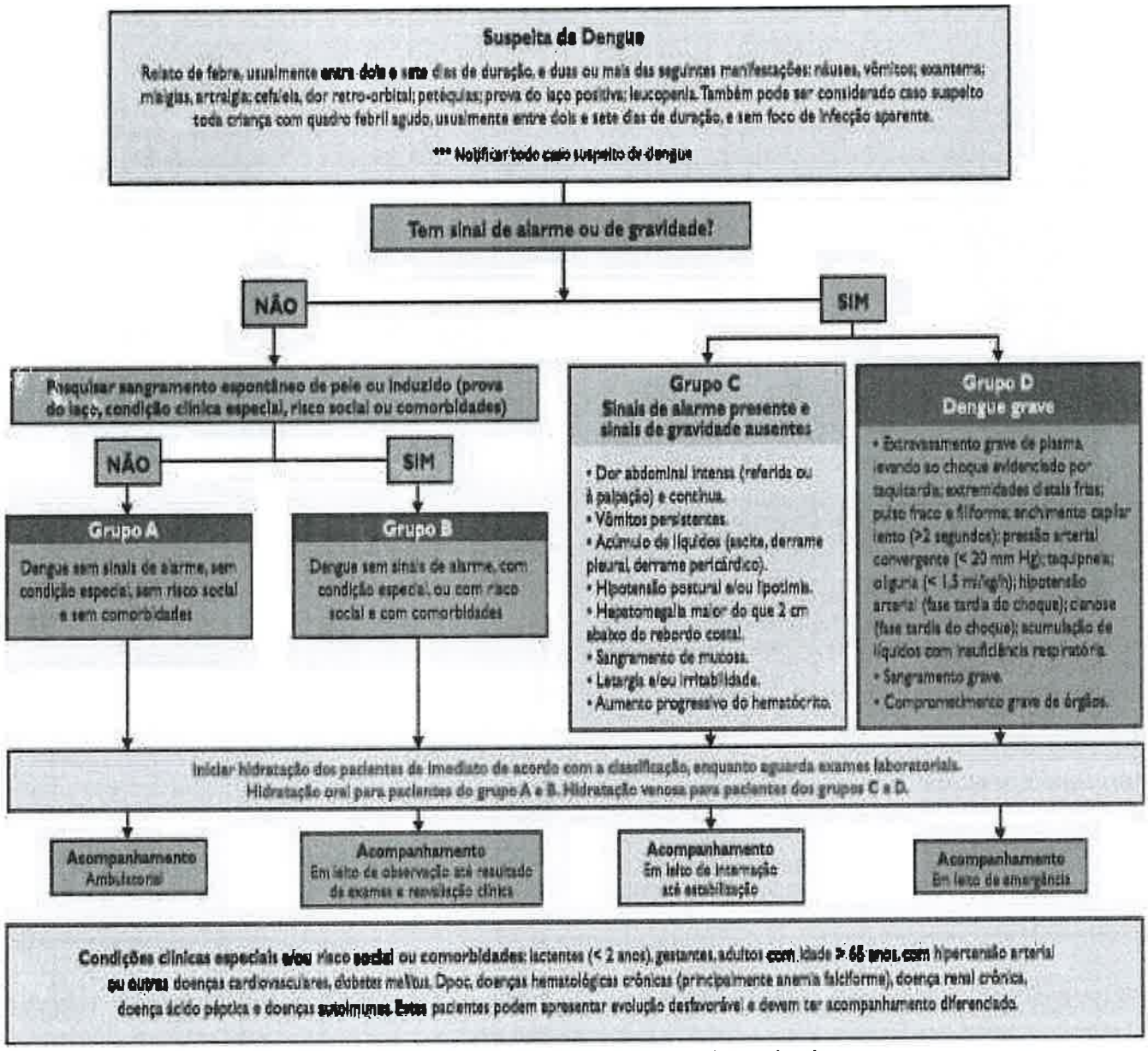


Figura 1 – Fluxograma para classificação de risco de dengue

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

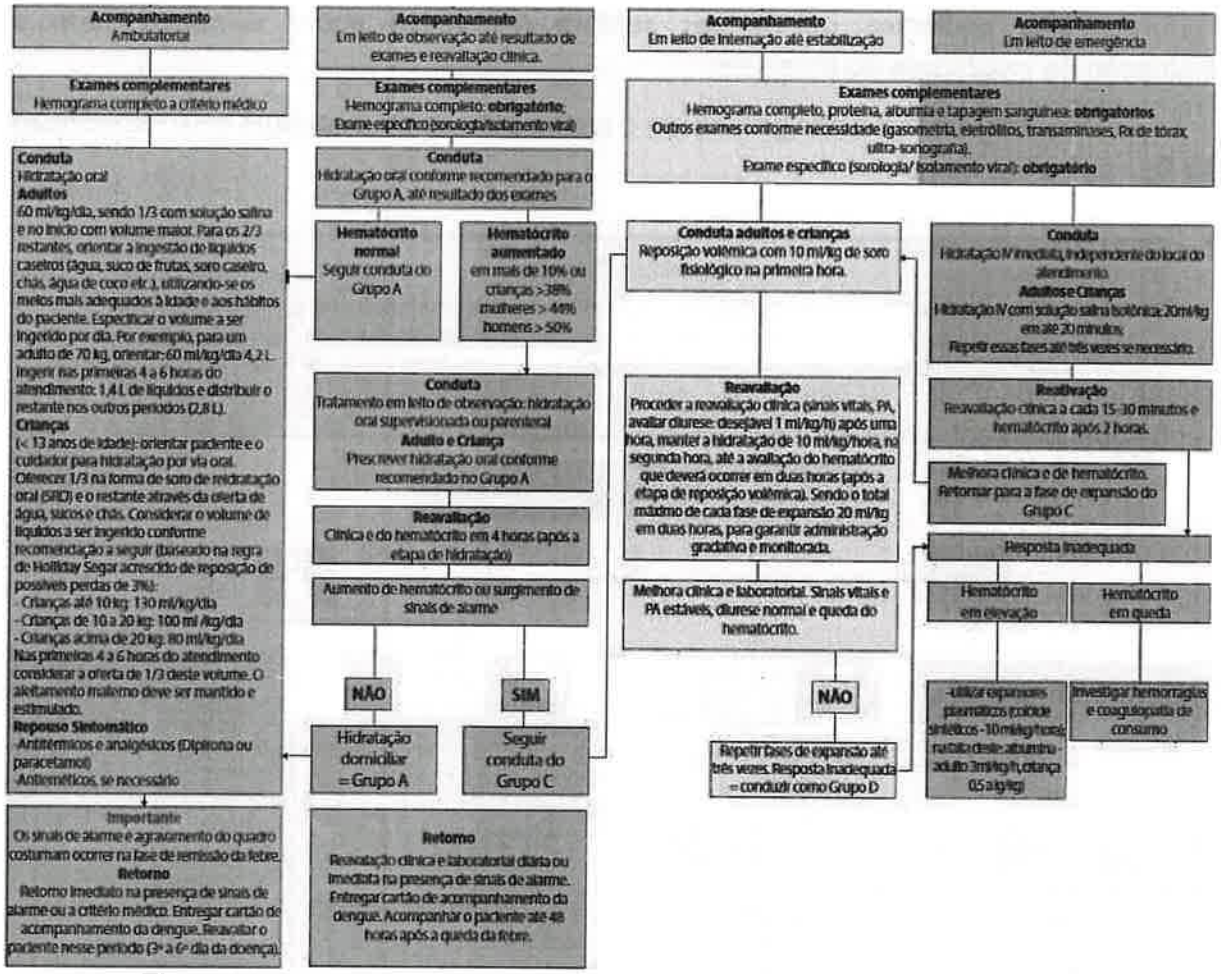


Figura 2 – Fluxograma para classificação de risco de dengue (continuação)

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

ZIKA

INTRODUÇÃO

O vírus zika é um arbovírus do gênero Flavivírus, família Flaviviridae, identificado pela primeira vez em 1947 na Floresta Zika em Uganda durante um programa de monitorização da febre amarela selvagem. Está relacionada com outros flavivírus, incluindo os vírus da dengue, da febre amarela e febre do Oeste do Nilo.

Surtos da doença foram notificados, pela primeira vez, na região do Pacífico, em 2007 e 2013, respectivamente nas ilhas Yap e Polinésia Francesa, e em 2015 nas Américas (Brasil e Colômbia) e na África (Cabo Verde). Uma rápida expansão geográfica vem sendo observada desde então, com mais de 13 países nas Américas reportando transmissão autóctone, com casos esporádicos ou de surtos. Importante mencionar o crescente número de países de outros continentes que vêm notificando a ocorrência de casos importados de infecção pelo vírus zika, demonstrando grande potencial de disseminação em âmbito global.

Com a ocorrência dos surtos de zika, complicações do sistema nervoso central e autoimunes, previamente reportadas na Polinésia Francesa, passaram a ser observadas também nas Américas.

A infecção durante a gravidez tem sido associada a microcefalia congênita, malformações fetais e perdas fetais, levando o Ministro da Saúde do Brasil a declarar estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em novembro de 2015, após constatação de alteração no padrão epidemiológico de ocorrências de microcefalia em Pernambuco e outros estados do Nordeste.

Frente ao significativo aumento da incidência de síndromes neurológicas e de casos de microcefalias potencialmente relacionados ao vírus da zika, em fevereiro de 2016 a OMS declarou Estado de Emergência em Saúde Pública Internacional. A fim de se contextualizar a relevância do evento, essa foi a quarta vez que a OMS declarou estado de emergência global para uma epidemia viral. As decisões anteriores foram tomadas para o H1N1 (2009), poliomielite (2014) e ebola (2014).

Em 18/02/2016, o Ministério da Saúde divulgou portaria que tornou compulsória a notificação de casos suspeitos de zika em todo país. A doença se junta a outras arboviroses, como dengue, febre amarela, febre do Nilo Ocidental, chikungunya, que já pertenciam à Lista Nacional de Notificação Compulsória.

- ✓ Surto teve início em 2015, no Brasil.
- ✓ Transmissão através do mosquito do gênero Aedes, bem como transmissão sexual.
- ✓ No ano de 2015 foi observado aumento na incidência de microcefalia em 20

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

vezes, o que levou a OMS a considerar como verdadeira a relação entre a infecção pelo vírus Zika na gravideze a ocorrência desse desfecho.

✓ As complicações ocorrem em maior grau quando a infecção se dá no primeiro trimestre(55%), em menor proporção no segundo trimestre (52%) e menos ainda no último trimestre da gestação (29%).

✓ Anomalias, principalmente neurológicas, foram observadas em 42% dos neonatos, no primeiro mês de vida. Destacam-se: calcificação cerebral, atrofia cerebral, ventriculomegalia, hipoplasia de estruturas e hemorragia do parênquima.

✓ Microcefalia foi observado em 3,4% dos casos.

✓ Restrição de crescimento fetal foi observado em 9% dos RN.

✓ Apenas 18% das pacientes irão apresentar sintomas. Maioria desenvolverá formas oligo/assintomáticas.

✓ Sintomas: **febre baixa (37,8-38,5)**, **conjuntivite não purulenta**, cefaleia, **artralgia (geralmente em mãos e pés)**, fadiga, mialgia, ***rash* maculopapular (geralmente pruriginoso)**. Dor retro orbitária, anorexia, vômitos podem estar presentes, mas são menos frequentes.

✓ **Principal diagnóstico diferencial é com dengue.** Porém a Chikungunya também entra nas hipóteses (ver tabela 1 com diferenças entre Zika e Dengue).

✓ **Principais diferenças para a dengue: febre da dengue é alta e o exantema é de instalação mais tardia e sem muito prurido.**

✓ A gestante, num primeiro momento, deve ser conduzida como portadora de dengue e o plantonista deve proceder manejando conforme o fluxograma de dengue.

✓ **CASO SUSPEITO: GESTANTE QUE APRESENTA EXANTEMA, INDEPENDENTE DA IDADE GESTACIONAL.**

✓ **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.**

✓ **Como, às vezes, é difícil fazer a diferenciação entre as três arboviroses, deve-se fazer as três notificações para que seja solicitado o exame laboratorial específico para dengue, Zika e Chikungunya. O tipo do exame deverá ser solicitado na dependência do tempo de evolução dos sintomas. Até o quinto dia, deve ser solicitado o RT-PCR do sangue para Zika, Dengue e Chikungunya. Após esse período, solicitar as sorologias para as três arboviroses.**

✓ Tratamento: paracetamol ou dipirona para manejo da dor. Não utilizar AAS e nem INES!

✓ Lembrar sempre de orientar paciente a respeito da eliminação dos criadouros domosquito no domicílio.

✓ Seguimento pré-natal da gestante com diagnóstico laboratorial específico de Zika deverá ser realizado no HUAB.

✓ Os exames realizados no pré-natal devem ser os preconizados para as demais gestantes, com acompanhamento ultrassonográfico do feto para detecção de possíveis malformações neurológicas. Lembrar sempre de excluir toxoplasmose, sífilis, citomegalovírus, rubéola e herpes (STORCH).

✓ Fetos com alterações de SNC, bem como recém nascidos com microcefalia devem ter diagnóstico laboratorial específico solicitado para exclusão ou confirmação de Zika. Tal observação também é válida para os casos de aborto espontâneo e natimorto possivelmente associados a essa infecção.

✓ A confirmação de infecção pelo vírus Zika ou a presença de microcefalia não é indicativo de cesariana.

Tabela 1 – Diagnóstico diferencial: dengue x zika

Manifestação clínica/laboratorial	Dengue	Zika
Intensidade da febre	++	+/ausente
Exantema	+(D5-D7)	++++ (D2–D3)
Mialgia	++	+
Artralgia	+/-	+
Dor retrorbital	+++	++
Conjuntivites	-/+	+++
Sangramentos	++	-
Choque	-/+	-
Leucopenia/trombocitopenia	+++	-

Fonte: (STAPLES et al., 2009 apud BRASIL, 2015, adaptado; HALSTEAD et al., 1969 apud INSTITUTE DE VEILLE SANITAIRE, 2014).

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

CHIKUNGUNYA

INTRODUÇÃO

Chikungunya é uma doença viral causada por um arbovírus da família *Togaviridae*,do gênero *Alphavirus,* cuja transmissão se dá pela picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo vírus chikungunya (CHIKV). O vírus vem se tornando um importante problema de saúde pública nos países infestados por esses vetores.

A origem do nome chikungunya deriva de uma palavra em Kimakonde, idioma falado pelo povo Makonde, que vive na Tanzânia e no Moçambique. A palavra significa "aqueles que se dobram", descrevendo a aparência encurvada de pessoas com artralgia intensa, principal característica do agravo.

O CHIKV foi isolado inicialmente na Tanzânia por volta de 1952. Desde então, há relatos de surtos em vários países do mundo. Nas Américas, em outubro de 2013, teve início uma grande epidemia de CHIKV em diversas ilhas do Caribe. No Brasil, a transmissão autóctone foi confirmada no segundo semestre de 2014, primeiramente nos estados do Amapá e da Bahia. Atualmente casos autóctones são registrados em todas as unidades federativas do país. Em comunidades afetadas, a característica marcante são epidemias com elevadas taxas de ataque, que variam de 31 a 75%.

Transmissão

- ✓ Causada pelo vírus Chikungunya.
- ✓ Transmissão ocorre pela picada de fêmeas do mosquito Aedes infectados pelo vírus.
- ✓ A infecção na gravidez não se associa a teratogenicidade.
- ✓ Risco maior para os recém nascidos de mães sintomáticas: febre, exantema, síndromehiperalgésica, edema das pernas, meningoencefalite e dermatite bolhosa.
- ✓ O risco de transmissão vertical é maior quando a infecção aguda ocorre no períodointraparto (49%).
- ✓ Não existe evidência que a cesariana altera a taxa de transmissão.
- ✓ O vírus não é transmitido pelo leite materno.
- ✓ **Sinais e sintomas são semelhantes aos da dengue, sendo o principal sintoma que asdifere as fortes dores nas articulações acompanhadas de edema.**
- ✓ A doença pode evoluir em 3 fases: aguda (febril), subaguda e crônica.
- ✓ Fase aguda dura até o décimo dia. Se após isso persistirem as dores articulares, tem-se o início da fase subaguda, que pode durar até 3 meses. Se persistência dos sintomas após esse período □ fase crônica.

✓ Nesse caso, a queda da febre não está associada a piora dos sintomas, como ocorre na dengue.

✓ Pode ocorrer exantema, dor retro-ocular e conjuntivite bem como sintomas gastrintestinais.

✓ Podem ocorrer formas atípicas, como, por exemplo: síndrome de Guillain-Barré, meningoencefalite, nefrite, miocardite, entre outras.

✓ CASO SUSPEITO: FEBRE > 38,5° C + ARTRALGIA OU ARTRITE INTENSA DE INÍCIOAGUDO, NÃO EXPLICADA POR OUTRAS CONDIÇÕES.

✓ Gestantes fazem parte do grupo de risco!!

✓ Principal diagnóstico diferencial: dengue!! (VER TABELA 2).

✓ Como, às vezes, é difícil fazer a diferenciação entre as três arboviroses, deve-se fazer as três notificações para que seja solicitado o exame laboratorial específico para dengue, Zika e Chikungunya. O tipo do exame deverá ser solicitado na dependência do tempo de evolução dos sintomas. Até o quinto dia, deve ser solicitado o RT-PCR do sangue para Zika, Dengue e Chikungunya. Após esse período, solicitar as sorologias para as três arboviroses.

✓ **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA!**

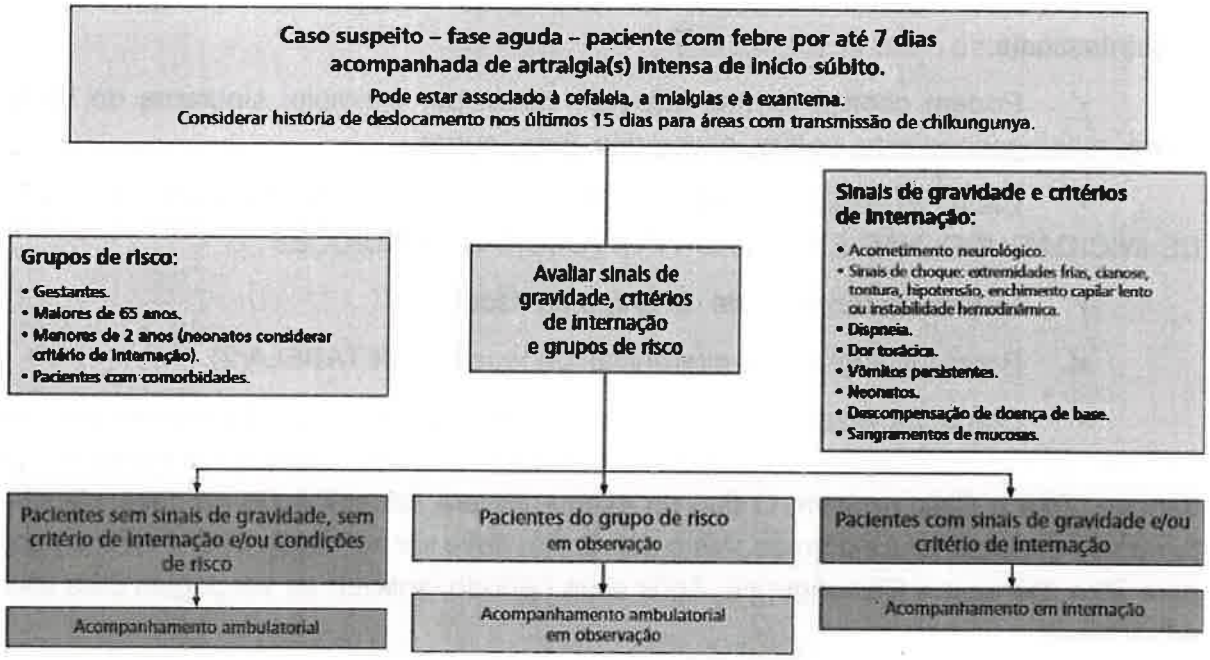
Manifestação clínica/laboratorial	Dengue	Chikungunya
Intensidade da febre	++	+++
Exantema	+ (D5-D7)	++ (D1-D4)
Mialgia	++	+
Artralgia	+/-	+++
Dor retrorbital	+++	+
Sangramentos	++	-/+
Choque	-/+	-
Plaquetopenia	+++	+
Leucopenia	+++	++
Linfopenia	++	+++
Neutropenia	+++	+
Evolução após fase aguda	Fadiga	Artralgia crônica

Fonte: (STAPLES et al., 2009 apud BRASIL, 2015, adaptado).
+++=70-100% dos pacientes; ++=40-69%; +=10-39%; +/-=<10%; -=0%.

Tabela 2 – Diagnóstico diferencial: dengue x chikungunya

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Figura 3 – Classificação de risco do paciente com suspeita de Chikungunya



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

✓ Por fazerem parte do grupo de risco, deve ser solicitado hemograma obrigatoriamentepara todas as gestantes.

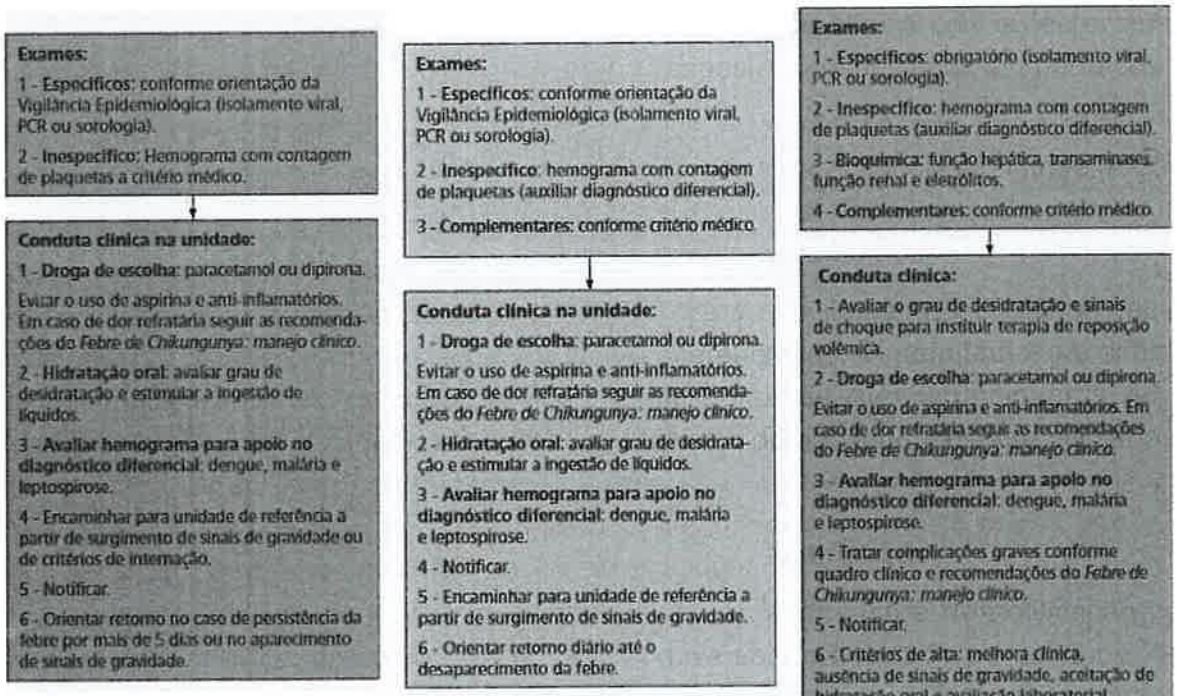
✓ As pacientes sem sinais de gravidade (vide figura 3), após avaliação médica e de hemograma (em caso de comorbidades associadas outros exames podem ser solicitados, a critério médico) devem ser orientadas quanto ao uso de medicações sintomáticas (paracetamol é a droga de escolha, porém a dipirona também pode ser utilizada), hidratação (2 litros em 24h), compressas geladas nas articulações afetadas (a cada 4 horas durante 20 minutos) e repouso (FIGURA 4).

✓ As gestantes que não apresentam sinais de gravidade devem ser acompanhadas diariamente até o desaparecimento da febre. Nesses casos, o acompanhamento é ambulatorial.

✓ Não utilizar AAS, AINES nem corticoides na fase aguda da doença.

✓ Alteração laboratorial mais frequente: leucopenia com linfopenia < 1000 céls/mm3.

✓ Plaquetopenia < 100.000 é rara.



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

Figura 4 – Conduta clínica dos pacientes com suspeita de Chikungunya

✓ **As gestantes que apresentem sinais de gravidade devem receber suporte imediato eserem reguladas para maternidade de alto risco através da central de regulação.**

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

FEBRE AMARELA

INTRODUÇÃO

O potencial epidêmico do vírus amarílico; a frequência de surtos e epidemias de febre ama- rela ao longo da série histórica nacional; a elevada letalidade da doença nas suas formas graves; a recente expansão da área de circulação viral no País; o elevado número de municípios infestados por Aedes aegypti; o elevado contingente populacional não vacinado contra a FA; o grande fluxo de pessoas que migram de áreas onde a FA ocorre para áreas infestadas pelo principal transmissor urbano e com baixas coberturas vacinais (e vice-versa) trazem grandes desafios aos profissionais de saúde no que diz respeito, principalmente, à identificação oportuna e ao manejo correto de casos suspeitos, a fim de reduzir a morbimortalidade pela febre amarela no Brasil. Dessa forma, justifica-se a elaboração de um guia que ofereça orientações aos profissionais de saúde sobre o manejo clínico de pacientes suspeitos de FA ou EAPV e como ferramenta de plano de resposta às emergências de FA.

OBJETIVO

Orientar o manejo clínico do paciente suspeito de infecção pelo vírus selvagem ou por EAPV FA, incluindo a abordagem diagnóstica e terapêutica, nos diferentes níveis de atenção.

DOENÇA

Características gerais

Doença infecciosa febril aguda, imunoprevenível, de evolução abrupta e gravidade variável, com elevada letalidade nas suas formas graves. O agente etiológico é transmitido por artrópodes (vetores), da família Culicidae, habitualmente conhecidos como mosquitos e pernilongos. A impor- tância epidemiológica decorre da gravidade clínica, da elevada letalidade e do potencial de dissemi- nação e impacto, sobretudo quando a transmissão for urbana, por Ae. aegypti.

Agente etiológico

O vírus da febre amarela (FA) é um arbovírus (vírus transmitido por artrópode-vetores) do gênero Flavivirus, protótipo da família Flaviviridae.

Vetores reservatórios

Os mosquitos são reconhecidos como os verdadeiros reservatórios do vírus da febre amare- la, podendo transmiti-lo durante toda a vida após a infecção. No ciclo silvestre, as principais espé- cies de mosquitos implicadas na transmissão são Haemagogus

janthinomys e Hg. leucocelaenus, além de outras espécies dos gêneros Haemagogus e Sabethes, que desempenham papel secun- dário. No ciclo urbano (últimos registros no Brasil em 1942), o Ae. aegypti é o vetor primário.

Hospedeiros

No ciclo silvestre da FA, os primatas não humanos (PNH) são os principais hospedeiros e atuam como amplificadores do vírus, produzindo elevada viremia. Esses animais são vítimas da doença, assim como o homem, que neste ciclo se apresenta como hospedeiro acidental. No ciclo urbano, o homem é o principal hospedeiro com importância epidemiológica, pois atua como fonte de infecção para Ae. aegypti, que pode produzir um ciclo homem – mosquito – homem (urbano).

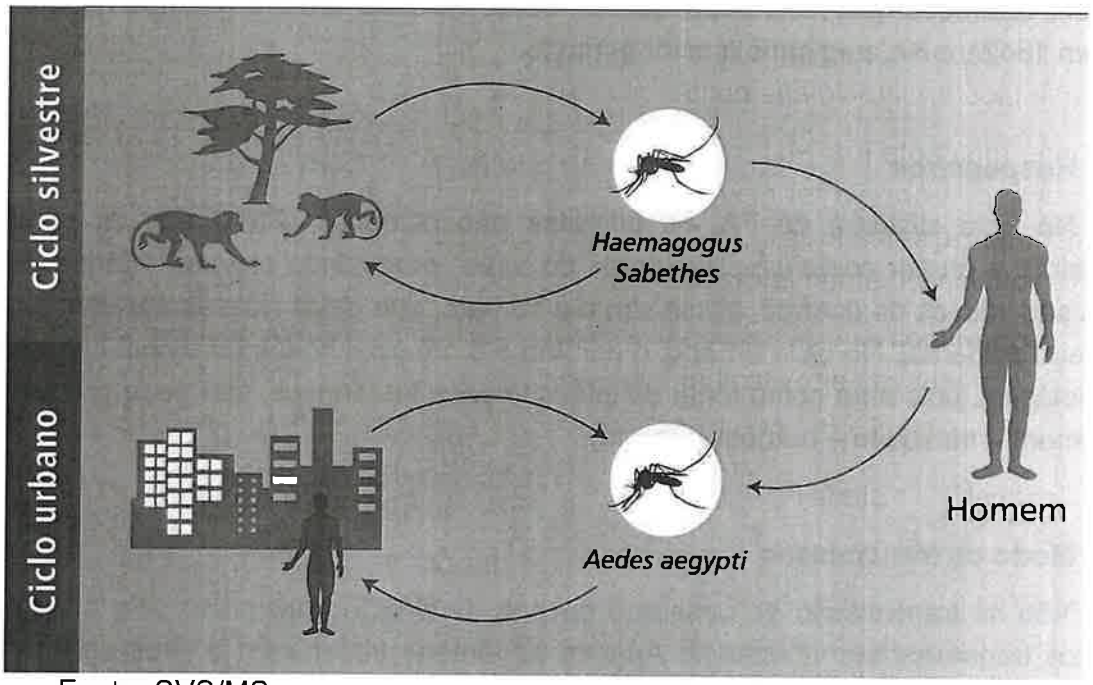
Modo de transmissão

Não há transmissão de pessoa a pessoa. O vírus é transmitido pela picada dos mosquitos transmissores infectados. Apenas as fêmeas transmitem o vírus ao buscar o repasto sanguíneo que provê nutrientes essenciais para a maturação dos ovos e, consequentemente, para a comple- tude do ciclo gonotrófico. Nos mosquitos, a transmissão também pode ocorrer de forma vertical, na qual as fêmeas transferem o vírus para a sua prole e constitui um dos mecanismos de manuten- ção do vírus na natureza.

A febre amarela é considerada uma zoonose silvestre. O homem, não imunizado, infecta-se acidentalmente quando se expõe em áreas de mata rurais e silvestres onde o vírus está disponível. Embora o vírus da FA tenha sido detectado nas maiores regiões metropolitanas nos últimos anos, com elevado número de casos confirmados, nenhuma evidência de um processo de reurbanização foi documentada. Embora o termo "silvestre" se aplique em oposição ao ciclo urbano, em que o ho- mem seria a principal fonte de infecção e o Ae. aegypti seria o vetor primário, não contempla toda a diversidade de cenários e situações em que a transmissão tem sido observada. Fragmentos de mata em matrizes urbanas têm criado corredores funcionais de dispersão e possibilitou a introdu- ção do vírus, de modo que, atualmente, ambientes com características "silvestres" podem ser en- contrados em matrizes urbanas, densamente povoadas, onde também são encontrados primatas não humanos e mosquitos de hábitos silvestres, incomuns à fauna urbana (Figura 1).

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Figura 1 – Ciclos epidemiológicos (silvestre e urbano) da febre amarela no Brasil



Fonte: SVS/MS.

Período de incubação

Compreende dois ciclos: um intrínseco e outro extrínseco. A incubação intrínseca ocorre no hospedeiro, tanto no homem como no PNH (macaco), e corresponde ao período entre a infecção viral dada no momento da picada pelo mosquito infectado até o início dos sintomas. No homem, o período de incubação geralmente varia de 3 a 6 dias (similar nos PNHs) e, em situações esporádi- cas, considera-se que pode se estender por até 15 dias.

A incubação extrínseca ocorre nos vetores (mosquitos) e corresponde ao período entre a infecção a partir do repasto sanguíneo no hospedeiro virêmico e a replicação do vírus nas glândulas salivares, quando passa a transmiti-lo a um novo hospedeiro pela picada. Esse período varia de 8 a 12 dias. A partir desse momento, as fêmeas de mosquitos são capazes de transmitir o vírus por toda sua vida que pode durar entre seis e oito semanas, aproximadamente.

Período de transmissibilidade

No homem, a viremia dura aproximadamente 5-7 dias. Inicia-se entre 24 e 48 horas antes do aparecimento dos primeiros sintomas e se estende até 3 a 5 dias após o início da doença, período em que o homem pode servir como fonte de infecção para mosquitos transmissores. Nos PNH, a viremia pode ser mais intensa dependendo da espécie afetada, mas o período de transmissibilida- de é semelhante ao do homem. Nos mosquitos, após o

período de incubação, a fêmea é capaz de transmitir o vírus até o final de sua vida, que pode variar entre 6 e 8 semanas, aproximadamente.

Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é universal e a infecção confere imunidade duradoura, podendo se estender por toda a vida. Os filhos de mães imunes podem apresentar imunidade passiva e transitória du- rante os seis primeiros meses de vida.

A suscetibilidade também parece ser universal para os PNH, considerando-se a similaridade da infecção com os humanos. Todos os gêneros de PNH do novo mundo, testados das Américas, foram susceptíveis à infecção. Assim como nos humanos, a imunidade é duradoura também para os PNH.

Vigilância epidemiológica

Objetivos

- Detectar precocemente a circulação viral, preferencialmente ainda no ciclo enzoótico, para aplicação oportuna das medidas de prevenção e controle.
- Reduzir o risco de transmissão da febre amarela silvestre à população humana.
- Reduzir o risco da transmissão urbana.

Definição clássica de caso humano suspeito

Indivíduo não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado, que apresen- tou quadro infecioso febril agudo (geralmente até sete dias), de início súbito, acompanhado de ic- terícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ ou em Área Com Recomendação de Vacinação (ACRV) e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em PNH; e/ou de áreas recém-afetadas e suas proximidades.

Em situações de surto

Em situações de surto, recomenda-se adequar a definição de caso suspeito, tornando-a mais sensível para detectar maior número de casos. Uma definição de caso bastante sensível é indicada em nível focal/local, pois existem enfermidades, como outras arboviroses de transmissão urbana, de maior incidência e prevalência, que, além da

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

similaridade clínica com a febre amarela, ainda podem apresentar reações cruzadas ou respostas inespecíficas em parte dos métodos dis- poníveis para o diagnóstico etiológico.

A informação sobre o estado vacinal da FA deve ser coletada, pois é imprescindível para fins de vigilância e controle. A data da vacina é essencial para diferenciar os casos em suspeitos de febre amarela pelo vírus selvagem (incluindo falha vacinal) ou suspeitos de evento adverso pós-

-vacinação (EAPV), uma vez que a ficha de notificação e as ações de controle são diferenciadas. Porém, não há diferença no manejo clínico dos pacientes, sejam eles suspeitos de infecção pelo vírus selvagem ou EAPV, dessa forma, para fins de conduta clínica do paciente, deve-se utilizar as definições de caso do item 8.1.

Notificação

A doença é de notificação compulsória e imediata, portanto, todo caso suspeito deve ser comunicado por telefone, fax ou e-mail às autoridades, por se tratar de doença grave com risco de dispersão para outras áreas do território nacional e internacional. A notificação deve ser registrada em ficha de Investigação da Febre Amarela, disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Febre%20Amarela/Febre_Amarela_v5.pdf e inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

A obrigatoriedade da notificação imediata à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) sofreu alteração com o Regulamento Sanitário Internacional-2005 (RSI-2005). Nesse contexto, a notificação às autoridades internacionais ocorre a partir de uma avaliação de risco, por meio de instrumento de decisão aplicado pelo Ministério da Saúde. O instrumento pode classificar o evento em emergência de saúde pública de importância nacional ou internacional, e determinar a necessi- dade de notificar aos órgãos internacionais de saúde.

Investigação

Imediatamente após a notificação de um ou mais casos de febre amarela, deve-se iniciar a investigação epidemiológica, pois um caso pode indicar a existência de um surto, o que requer adoção das medidas de prevenção e controle, em tempo oportuno. Maiores informações sobre a notificação e a investigação podem ser obtidas junto ao capítulo Febre Amarela, Guia de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E DIFERENCIAL

Os exames laboratoriais específicos para o diagnóstico da FA, em amostras de sangue, soro, LCR, urina ou de tecidos são:

- Sorologia com captura de anticorpos IgM da classe pela técnica ELISA.

- Isolamento viral que consiste na pesquisa de vírus com base na cultura em células de C6/36; vero e/ou em camundongos recém-nascidos.

- Pesquisa de genoma viral realizada pela técnica da transcrição reversa da reação em cadeia da polimerase de (RT-PCR), podendo ser feita em amostras de sangue, soro ou tecidos.

- Pesquisa de antígeno viral que consiste na detecção de antígeno viral pela técnica de imu- no-histoquímica. Pode ser realizada em amostras de tecidos (principalmente do fígado e, adicionalmente, do baço, pulmão, rins, coração e cérebro, coletadas, preferencialmente, até 24 horas após óbito). A pesquisa do antígeno viral deve ser acompanhada do exame histopatológico do fígado e de outros tecidos coletados, em que se espera a apresenta- ção das lesões sugestivas de infecção recente por febre amarela.

Orientações sobre coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas para o diagnóstico laboratorial da FA estão disponíveis no Quadro 1.

As formas leve e moderada da febre amarela são de difícil diagnóstico diferencial, pois podem ser confundidas com outras doenças infecciosas que atingem os sistemas respiratório, digestivo e urinário, tais como: malária, dengue, mononucleose infecciosa, influenza, hepatites virais, rickett- sioses, zika, Chikungunya, febre tifoide e outra síndromes febris agudas.

As formas graves, com quadro clínico clássico ou fulminante, devem ser diferenciadas de malária por Plasmodium falciparum, leptospirose, além de formas fulminantes de hepatites, febres hemorrágicas de etiologia viral, como dengue hemorrágica, sepse e outras doenças com curso íctero-hemorrágico.

Quadro 1 – Orientações para coleta, acondicionamento e transporte de material para diagnóstico laboratorial da febre amarela.

Tipo de Diagnóstico (Humano)	Tipo de Material	Procedimento de coleta	Armazenamento e conservação	Acondicionamento e transporte	Obs.
Sorologia	Soro1 LCR2	Coletar o sangue sem anticoagulante a partir do 7º dia do início dos sintomas (e preferencialmente até 30 dias). Separar no mínimo 3 mL do soro para sorologia. Coletar LCR 3 mL se for adulto e 1 mL criança.	Tubo plástico estéril com tampa de rosca devidamente identificado e conservado em freezer a -20°C.	Colocar a amostra em saco plástico individualizado e dentro de outro saco plástico. Transportar em caixa de transporte de amostra biológica com gelo comum	Acompanha ficha com dados clínicos e epidemiológicos do paciente.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

				ou reciclável.	
Isolamento Viral	Sangue/ soro LCR2 Urina	Coletar o sangue sem anticoagulante entre 1 e 7 dias (ideal até 5°) após o início dos sintomas. Reservar 1 mL de sangue ou separar 2 mL de soro para isolamento viral e RT-PCR. Coletar 5 mL de urina até o 15° dia após o início dos sintomas. Coletar LCR 3 ml se for adulto e 1 mL criança.	Tubo plástico estéril resistente à temperatura ultrabaixa (criotubo), capacidade de 2 mL com tampa de rosca e anel de vedação, devidamente identificado. Conservar em freezer a -70°C	Colocar em saco plástico individualizado dentro de outro saco plástico. Transportar em caixa de transporte de amostras biológicas com gelo seco.	Acompanha ficha com dados clínicos e epidemiológicos do paciente. No caso de óbito puncionar o sangue direto do coração.
	Vísceras	Coletar fragmentos pequenos (8-10 g) do fígado, baço, rim, coração, pulmão e cérebro até 24 horas após o óbito.	Frasco plástico estéril com tampa de rosca resistente a temperatura ultrabaixa, devidamente identificado. Capacidade de 15 mL. Conservar em freezer a -70°C.	Colocar em saco plástico individualizado dentro de outro saco plástico. Transportar em caixa de transporte de amostras biológicas com gelo seco.	Colocar cada fragmento individualmente em frascos separados e devidamente identificados (paciente, data da coleta e vísceras).
PCR	Soro Vísceras Urina	Coletar o sangue sem anticoagulante entre 1 e 10 dias após o início dos sintomas. Separar no mínimo 3 mL de soro para PCR. Coletar 5 mL de urina até o 15° dia após o início dos sintomas.	Tubo resistente a temperatura ultrabaixa (criotubo), capacidade de 2 mL com tampa de rosca e anel de vedação, devidamente identificado. Conservar em freezer a -70°C.	Colocar em saco plástico individualizado dentro de uma canaleta identificada no botijão de nitrogênio líquido ou caixa de transporte de amostras biológicas com gelo seco.	Acompanha ficha com dados do paciente
Histopatológico Imunohistoquímica	Vísceras	Coletar fragmentos pequenos (2 a 3 cm3) de cérebro, fígado, rins, coração, baço, pulmão, sinóvia, musculoesquelético	Colocar os fragmentos de víscera em frasco estéril com tampa boca larga e de rosca contendo	Colocar os frascos em caixa de transporte de amostra biológica, SEM GELO. Conservar em	Usar formalina tamponada a 10%, com volume 10 vezes maior que o volume

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

		e demais tecidos que apresentem alterações macroscópicas até 48 horas após o óbito.	formalina tamponada 10% com volume 10 vezes maior que o volume dos fragmentos, devidamente identificado.	temperatura ambiente. NUNCA CONGELAR.	dos fragmentos. Acompanha ficha com dados do paciente.

Definições de caso para o manejo clínico

A conduta clínica do paciente independe do estado vacinal, uma vez que o manejo do caso será o mesmo para paciente suspeito de infecção pelo vírus selvagem ou vírus vacinal (EAPV).

Cabe relembrar que a informação sobre o estado vacinal da FA deve ser coletada, pois é im- prescindível para fins de vigilância e controle; é essencial para diferenciar os casos em suspeitos de febre amarela pelo vírus selvagem (incluindo falha vacinal) ou suspeitos de evento adverso pós-vacinação (EAPV), uma vez que a ficha de notificação e as ações de controle são diferenciadas em cada situação. Porém, não há diferença no manejo clínico dos pacientes, sejam eles suspeitos de infecção pelo vírus selvagem ou EAPV.

Em área sem evidência de circulação viral

Indivíduo com quadro infecioso febril agudo (geralmente até sete dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ou em Área Com Recomendação de Vacinação (ACRV) e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em PNH; independentemente do estado vacinal.

Em áreas de surto

Indivíduo com até sete dias de quadro febril agudo (febre relatada ou aferida), acompanhada de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaleia, mialgia, lombalgia, mal-estar, calafrios, náuseas, tonturas, dor abdominal, icterícia, manifestaçõeshemorrágicas, elevação de transaminases com exposição em área recentemente afetada (em surto) ou em ambientes rurais destas,

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Avaliação clínica inicial

Atenção especial à aferição de sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura), estado de hidratação (turgor e elasticidade cutânea diminuída, ressecamento de mucosas, sede e diminuição do volume urinário), nível de consciência e sinais de sangramento.

Exames laboratoriais iniciais a serem solicitados

A partir da suspeita clínica, para apoiar na classificação de risco, é necessário solicitar, para todos os pacientes, pelo menos, transaminases, creatinina, RNI e hemograma completo.

Para pacientes internados, formas moderadas/graves, considerar: ECG, EAS, raio-X detórax, plaquetas, glicemia, gasometria venosa ou arterial (a última somente se indicação), TGO, TGP, GAMA GT, LDH, CK total, bilirrubinas total e frações, amilase, lipase, proteínas totais e frações, TAP + RNI e TTPA, lactato, ureia, creatinina, íons, PCR (proteína reativaC), hemograma, ecocardiograma. Caso disponível, dosar a amônia arterial nos casosmoderados e graves. A amônia arterial >70 mcg se mostrou fator de risco independente para encefalopatia hepática de alto grau.

E somente nas formas graves, acrescentar aos exames acima os seguintes: fibrinogênio,hemocultura duas amostras para bactéria e fungo e dosagem de fator Ve

Classificação de risco

• Paciente com sinal de gravidade – forma grave – oligúria, sonolência, confusão mental, torpor, coma, convulsão, sangramento, dificuldade respiratória, hipotensão, sinais de má perfusão e/ou TGO ou TGP≥2.000, CR≥2, RNI≥1,5, plaquetas <50.000.

• Paciente com sinal de alarme – forma moderada – vômitos, diarreia, dor abdominal e/ou

2.000 >TGO ≥500; CR ≥1,3.

• Paciente com forma leve – sem a presença de sinais de alarme ou gravidade.

Manejo clínico forma leve

• Realizar hidratação: via oral (60 ml/kg/dia) de acordo com a aceitação dos pacientes. Em caso de intolerância da hidratação por via oral, utilizar 30 ml/kg/dia de cristaloides (soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato) por via venosa.

• Prescrever sintomáticos: para o manejo da dor e febre, não usar o ácido

acetilsalissílico (AAS) e anti-inflamatórios não esteroides (Aines). No caso de uso de paracetamol, evitar uso de doses superiores a 3,0 gramas por dia. Podem-se utilizar medidas de resfriamen- to físico para a diminuição da temperatura corporal.

- Repetir, pelo menos, os exames de transaminases, creatinina, RNI e hemograma completo com intervalo máximo de 24 horas até o paciente completar 48 horas de remissão da febre.

Atenção a pacientes com transaminases baixas e sinais de gravidade. Essa dissociação clínica/laboratorial pode representar erro de diluição das transaminases. No caso de suspeita de erro na diluição das transaminases, o laboratório deve ser alertado para que refaça o exame e avalie fazer a diluição manualmente, se necessário.

- Manter o paciente em monitoramento clínico e laboratorial por até 48 horas após a re- missão da febre. Realizar busca ativa em caso do não comparecimento do paciente para reavaliação no período máximo de 24 horas.

- Caso não haja possibilidade de monitorizarão clínica e laboratorial dos pacientes com a forma leve, manejá-los como forma moderada.

- Realizar notificação.

- Realizar vacina febre amarela logo após a alta, nos casos não confirmados.

Manejo clínico – forma moderada

- Internar todos os casos suspeitos.

- Realizar hidratação: manter a euvolemia. Iniciar hidratação por via oral de acordo com a aceitação do paciente. Em caso de intolerância da hidratação por via oral, instituir hidrata- ção venosa com cristaloides (soro fisiológico 0,9% ou ringer lactato). Pacientes desidra- tados devem receber expansão volêmica de 20 ml/kg/h com reavaliação de parâmetros hemodinâmicos e urinários após a primeira hora. Caso o paciente permaneça oligúrico ou hipotenso, já considerar encaminhar para a UTI e repetir a infusão de 20 ml/kg/h até estabilidade destes parâmetros. Deve-se manter vigilância para evitar hiperidratação.

- Prescrever sintomáticos: para o manejo da dor e febre, não usar o ácido acetilsalissílico (AAS) e anti-inflamatórios não esteroides (Aines). Suspender AAS e Aines no caso de uso crônico. No caso de uso de paracetamol, evitar uso de doses superiores a 3,0 gramas por dia. Podem-

-se utilizar medidas de resfriamento físico para a diminuição da temperatura corporal.

- Fazer a reavaliação clínica/reclassificação a cada 4 horas e revisão laboratorial no mínimo de 12 em 12 horas.

- Sempre investigar a presença de hemorragia. Avaliar transfusões, conforme anexo e se necessária transfusão, encaminhar para a UTI.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Coletar exame específico de acordo com orientações do item 8.3.
- Realizar notificação.
- Realizar vacina febre amarela após a melhora clínica do paciente, logo após a alta, nos casos não confirmados.

Manejo clínico – forma grave

- Internar em Unidade de Terapia Intensiva.
- Realizar notificação.
- Prescrever dieta por via oral ou enteral de acordo com o protocolo de cada unidade de terapia intensiva, conforme a aceitação do paciente.
- Manter cabeceira elevada entre 30° e 45°.
- Administrar inibidor de bomba de prótons (Omeprazol 40 mg EV de 12 em 12 horas).
- Controlar temperatura corporal – evitar paracetamol.
- Monitorar a diurese e demais dados vitais continuamente. Balanço hídrico (BH) 12/12 horas com o objetivo de mantê-lo próximo a zero, se paciente euvolêmico (evitar BH com balanço muito positivo).
- Realizar hidratação venosa com cristaloides para manutenção da euvolemia.
- Lembrar que o paciente já recebe fluidos indiretamente através de diluições de medicamentos e hemocomponentes. Caso haja disponibilidade de aparelho de ultrassonografia à beira-leito avaliar status volêmico.
- Realizar medidas de prevenção de lesão por pressão, com mudança de decúbito de 3/3 horas.
- Monitorizar e prevenir a hipoglicemia.
- Nos casos em que se fizer necessário o uso de analgésicos ou sedativos de infusão venosa contínua em pacientes com intubação orotraqueal, administrar em doses mínimas suficientes para o conforto do paciente.
- Indicar diálise se nível de bicarbonato sérico menor do que 18 meq/L e/ou hipervolemia e/ou hipercalemia e/ou oliguria (mesmo que o paciente seja classificado como AKIN I e II (vide anexo C). Pacientes com FA grave, mesmo com insuficiência renal grave, não apresentam habitualmente níveis elevados de ureia. Na passagem do cateter de diálise, utilizar o dilatador somente na pele e subcutâneo, evitando a dilatação da veia.
- Quando o paciente estiver euvolêmico, iniciar noradrenalina se pressão arterial média for menor do que 65 mmHg.

- Corrigir distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos.
- Considerar monitorização invasiva de pressão arterial (PIA), evitando punção de artéria femoral.
- Em caso de pacientes intubados, utilizar estratégia de ventilação protetora com atenção para hipertensão intracraniana.
- Monitorar sinais de hipertensão intracraniana (manifesta pelos sinais de bradicardia, de pressão respiratória e hipertensão arterial). Caso haja ultrassonografia disponível a beira leito, aferir medida da bainha óptica. Caso bainha óptica acima de 56 mm, realizar tomografia de crânio (se houver condições clínicas para transporte). Não colocar cateter de PIC, devido ao risco de sangramento.
- Medidas clínicas para manejo de hipertensão intracraniana: cabeceira 30°, ventilar o pa- ciente com pressões menores possíveis no ventilador mecânico, administrar preferen- cialmente solução de salina hipertônica NaCl 20%, 20 ml em bolus (Manitol 0,5-1 g/kg é uma opção, porém deve-se ficar atento a distúrbios hidroeletrolíticos associados). Evitar hipertermia e distúrbios hidroeletrolíticos. Considerar sedação venosa contínua. Manter pressão arterial sistêmica média maior ou igual a 100 mmHg.
- Instituir precocemente o tratamento de encefalopatia hepática: manitol 250 ml em duas horas via oral ou enteral (ou lactulose 20 ml via oral ou enteral 8/8 horas) com bisacodil 10 mg 12/12 horas; se não houver resposta, usar clister glicerinado retal (12% – mínimo de 250 ml até 1.000 ml/dia), com o objetivo de manter três a cinco evacuações diárias.
- Para profilaxia de crises convulsivas em pacientes com encefalopatia hepática de qualquer grau: optar por levetiracetam via oral ou enteral, se disponível (ataque 2.000 mg, manutenção 500 mg 12/12 horas), alternativa fenitoína 100 mg via oral, enteral ou endovenosa de 8/8 horas.
- Controle da crise convulsiva: diazepam na dose 0,15 mg/kg IV seguido de fenitoína en- dovenosa na dose de ataque de 18-20 mg/kg (deixando dose de manutenção de 100 mg EV 8/8 horas) e, se necessária, infusão contínua de midazolam em caso de status com dose de ataque de 0,2 mg/kg IV bolus seguido de infusão contínua com 2 mg/kg/h até supressão de crise.
- Antibioticoterapia: ainda não há consenso sobre a utilização do antibiótico, recomenda-se intensificar a vigilância de infecções secundárias. Havendo a opção pela antibiotico- terapia, recomenda-se iniciar cefotaxima 2 g Ev de 8/8 horas +, ou ceftriaxona 1 g EV de 12/12 horas.
- Transfusão de sangue e componentes: avaliar a necessidade de transfusão de hemocomponentes e hemoderivados de acordo com as orientações do Guia de Uso de Hemocomponentes do Ministério da Saúde (2ª edição, 2015). O manejo das reações transfusionais devem ser realizados conforme as recomendações do Marco

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Conceitual de Hemovigilância da Anvisa (2016) (Anexo D).

- Ácido tranexâmico: em pacientes com coagulopatia ou plaquetopenia <90.000/mm3, independentemente da presença de sangramento, administrar ácido tranexâmico endovenoso 10 mg/kg 8/8 horas, até melhora da plaquetopenia ou interrupção do sangramento.

- Troca plasmática: há séries de casos (dados ainda não publicados) demonstrando a melhora da sobrevida em pacientes com a forma grave de FA com a realização da troca plas- mática. A troca plasmática é a opção considerada promissora para tratamento de pa- cientes com FA grave nas seguintes Indicações:

  - Bicarbonato <18 meq/L em hemodiálise e/ou
  - Redução de 30% do valor normal do fator V e/ou
  - Amônia arterial >70 mmol/L e/ou
  - Qualquer grau de encefalopatia e/ou
  - Choque hemodinâmico.

Pode ser realizada das seguintes formas, conforme a estrutura do serviço:

Uma sessão ao dia com volume de plasma de 10%-15% do peso corporal em plasmafiltro na velocidade de 1 L/hora. Não utilizar citrato. A suspensão imediata da troca plasmática deve ocorrer após a melhora dos mesmos critérios utilizados na indicação do procedimento.

Duas sessões ao dia (manhã e tarde) com troca de uma volemia sanguínea por sessão com reposição de plasma fresco congelado. No período noturno, fazer a reposição de plasma fresco congelado de 10 ml/kg. Não utilizar citrato. A interrupção da troca plas- mática deve ser guiada por melhora dos mesmos critérios utilizados na indicação do procedimento. Com a redução progressiva dos procedimentos, sugere-se a substituição de uma das sessões por reposição de plasma fresco congelado sucessivamente até a suspensão completa da troca plasmática e da reposição do plasma fresco congelado. Estima-se a realização de 8 a 12 sessões.

Recomenda-se que pacientes graves sejam referenciados para locais onde haja possibilidade de realização de troca plasmática. Estar atento a reações adversas em relação a transfusão de plasma fresco e a hipocalcemia. Recomenda-se a administração de dose extra de antibiótico após este procedimento. Os exames laboratoriais de controle da evolução devem ser colhidos imediatamente antes do procedimento de troca plasmática. Contraindicações: paciente em choque hemodinâmico refratário e ocorrência de reações adversas graves secundárias à transfusão de plasma ou ao procedimento de troca plasmática.

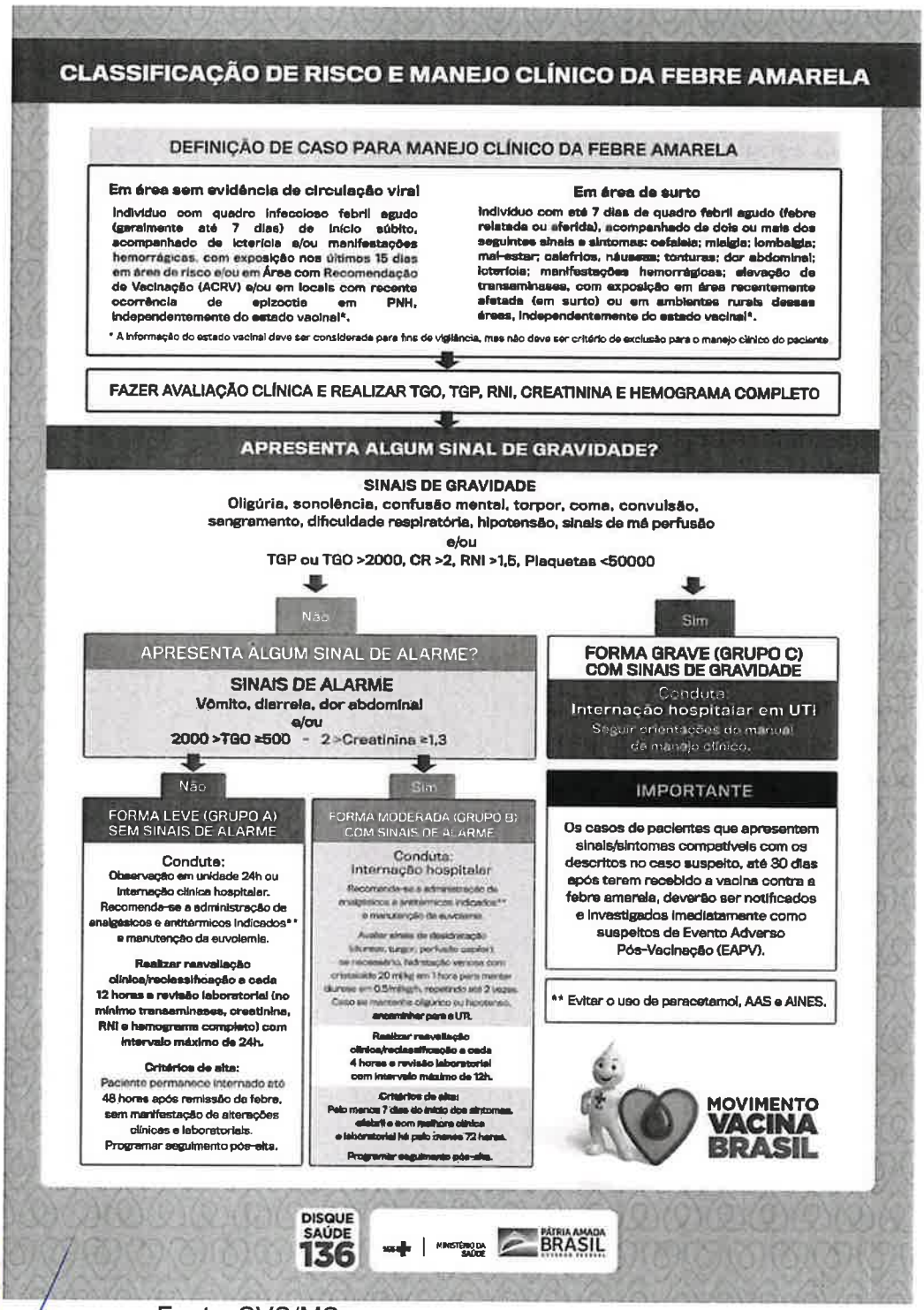
Transplante hepático: esta alternativa terapêutica deve ser considerada com

reserva, frente a outras opções terapêuticas como a troca plasmática. Casos transplantados no ano de 2018 indicam sua utilização como possível forma de tratamento para parte dos pacientes com a forma grave, embora ainda se aguarde a publicação de dados com análise da sobrevida dos casos submetidos a este procedimento. Recomenda-se que os casos sejam discutidos individualmente com a equipe de transplante hepático de referência. Para se avaliar transplante hepático, os pacientes devem preencher critérios de Clichy, modificado conforme recomendações do Ministério da Saúde, Portaria GM n.° 2.117, de 11 de julho de 2018.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Fluxograma para manejo clínico dos casos

Figura 4 – Fluxograma para manejo clínico da febre amarela



Fonte: SVS/MS.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: < https://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>. Acesso em: dez. 2023.

Febre de chikungunya: manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf>. Acesso em: dez. 2023.

Zika: abordagem clínica na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:<http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/276/livro.pdf>. Acesso em: dez. 2023.

Timerman, A. **Arboviroses e gravidez – zika, dengue, chikungunya e febre amarela**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, no. 73/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-contagiosas)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA COVID-19

Em novembro de 2019 um surto de doença respiratória, causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), foi detectado na cidade de Wuhan, na China. Em dois meses foram confirmados milhares de casos de Covid-19 (atual denominação da doença), que resultaram em inúmeros óbitos. Em março de 2020, o novo coronavírus disseminou-se para mais de uma centena de países, continuando a causar doença respiratória e óbitos, especialmente em grupos de risco como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros.

O mundo vivenciou duas epidemias anteriores de coronavírus – SARS e MERS, com as quais a Covid-19 apresenta similaridades. No entanto, esta epidemia se destaca pela rapidez de disseminação, a severidade e as dificuldades para contenção, tanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pelo novo coronavírus em 11 de março de 2020, e os países estão empreendendo enormes esforços para conter o surto e reduzir a letalidade.

No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE Covid-19), estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde.

A vigilância epidemiológica de infecção humana pelo SARS-CoV-2 está sendo construída à medida que a OMS consolida as informações recebidas dos países e novas evidências técnicas e científicas são publicadas. Desse modo, o documento apresentado está sendo estruturado com base nas ações já existentes para notificação, registro, investigação, manejo e adoção de medidas preventivas, em analogia ao conhecimento acumulado sobre o SARS-CoV e MERS-CoV (que nunca ocorreram no Brasil), SARS-CoV-2 e no Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 do Ministério da Saúde. Além disso, as recomendações também estão pautadas no Consenso de Especialistas para o Manejo Clínico da Covid-19 (Anexo), realizado nos dias 10 e 11 de março de 2020, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) em Brasília, quando estiveram reunidos especialistas nacionais e internacionais para discussão e aprofundamento sobre o assunto.

Considerando a Portaria GM/MS n.º 454, de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (Covid-19), recomenda-se que todos os estabelecimentos de saúde estabeleçam diagnóstico sindrômico para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 independentemente do fator etiológico da doença.

Como toda normatização e pela dinâmica da pandemia, este Protocolo está sujeito a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das modificações do cenário epidemiológico, podendo sofrer alterações conforme novos conhecimentos acerca da doença forem divulgados.

OBJETIVOS

Geral

Atuar na identificação, na notificação e no manejo oportuno de casos suspeitos de infecção humana por SARS-CoV-2 de modo a mitigar a transmissão sustentada no território nacional.

Específicos

Atualizar os serviços de saúde com base nas evidências técnicas e científicas sobre o tema.

Orientar os profissionais de saúde quanto ao manejo clínico da infecção humana pelo novo coronavírus.

Apresentar os fluxos de manejo clínico e operacional da Covid-19 com ênfase nos serviços de atenção especializada (urgência e emergência hospitalar e não hospitalar).

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais. A maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves "especialmente" em grupos de risco.

O SARS-CoV-2 é classificado como um Betacoronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo. Sua transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio do contato com pessoas sintomáticas (especialmente através das mãos não higienizadas) e pelo contato com gotículas respiratórias oriundas de pacientes. Ainda há controvérsias acerca da transmissão do vírus por pessoas assintomáticas.

O período médio de incubação da infecção por SARS-CoV-2 é estimado em 5 a 6 dias, com intervalo que pode variar de 0 a 14 dias.

Manifestações clínicas

O espectro clínico da infecção por SARS-CoV-2 é muito amplo. No entanto, os principais sinais e sintomas relatados são:

Febre (≥37,8ºC)

Tosse

Fadiga

Dispneia

Mal estar e mialgia

Sintomas respiratórios do trato superior

Sintomas gastrointestinais (mais raros)

Importante ressaltar que o perfil clínico não está estabelecido completamente, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença. Assim,tem se estabelecido a avaliação clínica e o tratamento a partir das definições de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG), baseados no Protocolo de Influenza do Ministério da Saúde (2017).

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

O paciente acometido por SG pode manifestar febre de início súbito (mesmo que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico. Os pacientes com infecção viral não complicada do trato respiratório superior podem ter sintomas inespecíficos como: febre, fadiga, tosse (com ou sem produção de escarro), anorexia, mal-estar, dor muscular, dor de garganta, dispneia, congestão nasal ou dor de cabeça. Raramente, os pacientes também podem apresentar diarreia, náuseas e vômitos.

Os idosos e as pessoas imunossuprimidas podem apresentar sintomas atípicos. Em gestantes, devido adaptações fisiológicas ou eventos adversos na gravidez, dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga podem se sobrepor aos sintomas da Covid-19.

Infiltrados bilaterais em exames de imagem do tórax, aumento da proteína C-reativa e linfopenia evidenciada em hemograma são as alterações mais comuns observadas em exames complementares.

Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal:

Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).

Adultos ≥ 60 anos.

Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade).

População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.

Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).

Indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma).

Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação).

Cardiovasculopatias (incluindo hipertensão arterial sistêmica – à luz dos atuais conhecimentos existentes sobre Covid-19).

Nefropatias.

Hepatopatias.

Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme). 12.Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus).

Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares).

Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/aids ou outros.

Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal (IMC)

≥ 40 em adultos).

Complicações:

As complicações mais comuns são síndrome respiratória aguda grave (SRAG) definida por presença de dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

Saturação de SpO2 < que 95% em ar ambiente.

Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.

Piora nas condições clínicas de doença de base.

Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal.

Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa nasal, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Sinais e sintomas de choque que antecedem a hipotensão, tais como: diminuição da perfusão tecidual avaliada clinicamente, diurese diminuída em paciente ambulatorial, ou diurese menor que 0,5 ml/kg/h, aumento do tempo de enchimento capilar (>3s), palidez cutânea, alteração do nível de consciência.

Diagnóstico:

Diagnóstico clínico

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal, no entanto, casos iniciais leves, subfebris podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos casos de influenza. O diagnóstico depende da investigação clínico epidemiológica e do exame físico.

Embora a maioria das pessoas com Covid-19 tenha doença leve ou não complicada, algumas desenvolverão doença grave que requer oxigenoterapia (14%), e aproximadamente 5% necessitarão de tratamento em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Dos doentes críticos, a maioria necessitará de ventilação mecânica. A pneumonia grave é o diagnóstico mais comum em pacientes que apresentam quadro grave de Covid-19.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Diagnóstico laboratorial:

O diagnóstico laboratorial para identificação direta do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Outras informações importantes como: indicação e técnica de coleta, acondicionamento e envio das amostras podem ser consultados no tópico de Vigilância Laboratorial do Boletim Epidemiológico que se encontra disponível no Portal do Ministério da Saúde.

Reconhecimento e classificação de pacientes com síndrome respiratória por SARS-CoV-2:

Os serviços de saúde devem adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória sigam os procedimentos de etiqueta respiratória e higiene das mãos durante o período de permanência na unidade. Para isso podem usufruir de alertas visuais (cartazes, placas, pôsteres) na entrada dos serviços e em locais estratégicos.

A identificação dos pacientes suspeitos deve ser feita no primeiro ponto de contato do serviço de atenção especializada (UPA 24h, emergências hospitalares ou ambulatórios/clínicas). Apresentando sintomas respiratórios, eles devem receber uma máscara cirúrgica e serem direcionados por meio de fluxo diferenciado para área separada que disponha de suprimentos de higiene respiratória e das mãos acessível, além de possibilitar ao menos 1 metro de distância entre os assentos.

O reconhecimento precoce de pacientes suspeitos, incluindo aqueles com doenças graves, possibilita o início oportuno de medidas adequadas, tratamentos de suporte otimizados e o encaminhamento e a admissão seguros e rápidos para leito de enfermaria hospitalar ou unidade de terapia intensiva designada para este fim, de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais.

Recomenda-se aos serviços de saúde o estabelecimento de fluxo diferenciado, com áreas exclusivas para o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios e a implementação de coortes de pacientes acometidos pela Covid-19, na ausência/ impossibilidade/escassez de áreas de isolamento. Além disso, indica-se que seja disponibilizada ala completa para atendimento aos pacientes com Covid-19 evitando ocorrência de infecção cruzada e possibilitando racionalizar recursos e profissionais.

Para apoio na organização dos serviços de atenção especializada, foram disponibilizados Fluxos Rápidos para atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas urgências. O material elaborado encontra-se disponível para consulta por meio do link: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/ marco/20/2-Etapa-Fluxogramas-COVID-19-SAES-Z.pdf.

Diante do contexto epidemiológico atual, considerando também o aumento do risco de exposição em serviços de saúde, recomenda-se que a avaliação dos pacientes que

procurem por atendimento nos diversos pontos de atenção, dê-se nas seguintes situações (observados sinais e sintomas):

Unidades de Atenção Primária: sintomas respiratórios de vias aéreas superiores, febre e sem critérios de gravidade. É desejável a disponibilização de oxímetro portátil em serviços de atenção primária, para a avaliação adequada dos critérios de gravidade.

Serviços de Atendimento de Urgência (UPA 24h, emergências hospitalares e não hospitalares): pacientes com sinais de agravamento (síndrome respiratória aguda grave), referenciados pela atenção primária ou que chegam ao serviço por demanda espontânea.

ATENDIMENTO E TRATAMENTO:

No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em se tratando de síndrome gripal e impossibilidade de descartar, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo de tratamento de influenza.

Em casos suspeitos ou confirmados para SARS-CoV-2 que não necessitem de hospitalização e o serviço de saúde opte pelo isolamento domiciliar, o médico poderá solicitar raio-x de tórax, hemograma e provas bioquímicas antes de serem dispensados para o domicílio, conforme avaliação clínica do paciente. Esses pacientes deverão receber orientações de controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações. Um acesso por meio de comunicação rápida deve ser providenciado para eventuais dúvidas ou comunicados. A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar retorno e hospitalização imediata do paciente. Porém, é necessário avaliação individualizada do caso, considerando também se o paciente apresenta condições ou fatores de risco e se o ambiente residencial é adequado, e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde responsável pelo atendimento.

Todos os pacientes que receberem alta durante os primeiros sete dias do início do quadro devem ser alertados para a possibilidade de piora tardia do quadro clínico e sinais de alerta de complicações como: aparecimento de febre (podendo haver casos iniciais afebris), elevação ou recrudescência de febre ou sinais respiratórios, taquicardia, dor pleurítica, fadiga, dispneia.

Quadro 1 – Síndromes clínicas associadas à infecção por SARS-CoV-2

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Doença branda	Quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. Os sinais e os sintomas mais comuns são: febre, tosse, dificuldade para respirar, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia. Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico e não apresentar sinais de desidratação, febre ou dificuldade para respirar. Em gestantes, devido adaptações fisiológicas ou eventos adversos na gravidez, dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga podem se sobrepor aos sintomas da Covid-19.
Pneumonia sem complicações	Infecção adulto do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade. Criança sem sinais de pneumonia grave com tosse ou dificuldade para respirar + respiração rápida. Observação: Segue os valores de referência de frequência respiratória de acordo com a faixa etária para avaliação: 1 a 12 meses: 30 a 53 irpm 1 a 2 anos: 22 a 37 irpm 3 a 5 anos: 20 a 28 irpm Escolar: 18 a 25 irpm Adolescente: 12 a 20 irpm.
Pneumonia severa	Adolescente ou adulto: infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade descrito a seguir: frequência respiratória > 30 incursões por minuto; esforço respiratório severo; SpO2 < 93% em ar ambiente; cianose; disfunção orgânica. Crianças com tosse ou dificuldade para respirar mais pelo menos um dos critérios seguintes: cianose central ou spO2<90%; esforço respiratório severo; sinais de PNM com aspectos de gravidade (uso de musculatura acessória para respiração; incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos; sibilância ou estridor em repouso; vômitos incoercíveis; alteração do sensório: irritabilidade ou sonolência; convulsões). A frequência respiratória que denota gravidade em crianças dependerá da idade, a saber: <2meses: ≥60irpm 2 a 11 meses: ≥50irpm 1 a 5 anos: ≥40 irpm O diagnóstico é clínico. Imagens torácicas podem indentificar ou excluir complicações.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Síndrome da angústia respiratória aguda (Sara)	Início ou agravamento dos sintomas respiratórios, até uma semana do aparecimento da doença. Pode ainda apresentar: alterações radiológicas (infiltrados, opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos); edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação. Comprometimento da oxigenação em adultos e crianças: Adultos: Sara leve: 200 mmHg < PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg (com Peep ou Cpap ≥ 5 cm H2O, ou não ventilado). Sara moderada: 100 mmHg < PaO2/FiO2 ≤ 200 mmHg (com PEEP ≥ 5 cm H2O, ou não ventilado). Sara grave: PaO2/FiO2 ≤ 100 mmHg (com PEEP ≥ 5 cm H2O, ou não ventilado). Quando a PaO2 não está disponível, a SpO2/FiO2 ≤ 315 sugere Sara (inclusive em pacientes não ventilados). Crianças: OI = Índice de Oxigenação e OSI = Índice de Oxigenação utilizando SpO2. Use a métrica baseada no PaO2, quando disponível. Caso o PaO2 não esteja disponível, desmame a FiO2 para manter a SpO2 ≤ 97% para calcular o OSI ou a relação SpO2/FiO2: Ventilação não invasiva ou Cpap bi nível ≥ 5 cm H2O através de máscara facial completa: PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg ou SpO2/FiO2 ≤ 264. Sara leve (com ventilação invasiva): 4 ≤ OI < 8 ou 5 ≤ OSI < 7,5. Sara moderada (com ventilação invasiva): 8 ≤ OI < 16 ou 7,5 ≤ OSI < 12,3. Sara grave (com ventilação invasiva): OI ≥ 16 ou OSI ≥ 12,3.
Sepse	Síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada. São sinais frequentes de disfunção orgânica: alteração do nível de consciência, oligúria, taqui e/ou dispneia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina.
Choque séptico	Sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada e requerendo o uso de vasopressores para manter PAM>=65 mmHg. Crianças: qualquer tipo de hipotensão (SBP <5° percentil ou >2 DP abaixo do normal para a idade) ou dois ou três dos seguintes: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia (FC <90 bpm ou >160 bpm em menores de 12 meses e FC <70 bpm ou >150 bpm em crianças); preenchimento capilar prolongado (>2 seg) ou pulso fraco; taquipneia; pele manchada ou fria ou erupção petequial ou purpúrica; aumento do lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia.

Fonte: World Health Organization, mar.2020, adaptado.

Abreviaturas: IRA, infecção respiratória aguda; PA, pressão arterial; bpm, batimentos/minuto; Cpap, pressão positiva contínua das vias aéreas; FiO2, fração inspirada de oxigênio; PAM, pressão arterial média; VNI, ventilação não invasiva; OI, índice de oxigenação; OSI, índice de oxigenação utilizando SpO2; PaO2, pressão parcial de oxigênio; Peep, pressão positiva expiratória final; SBP, pressão arterial sistólica; DP, desvio-padrão; SIRS, síndrome de resposta inflamatória sistêmica; SOFA, avaliação sequencial de falência orgânica; SpO2, saturação de oxigênio.

RECOMENDAÇÕES PARA ACOMPANHANTES E/OU VISITANTES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE CONSIDERANDO O COVID-19

Considerando-se a pandemia da Covid-19 e com o objetivo de garantir segurança no atendimento aos pacientes, a integridade dos acompanhantes, visitantes e trabalhadores do serviço de saúde, assim como a prevenção de infecções, orienta-se:

Em serviços de saúde estabelecidos como referência ou retaguarda para atendimento aos pacientes com Covid-19, suspender as visitas sociais a estes pacientes. Caso o serviço não possua fluxo diferenciado para circulação dos demais pacientes e acompanhantes, recomenda-se a suspensão de todas as visitas.

Caso o serviço de saúde opte por manter uma rotina de visitas, deve-se reduzir a circulação das pessoas, o número de visitantes e estabelecer horários para sua realização, além de designar sala de espera ampla e ventilada separada dos demais atendimentos.

Conversar com a família sobre a possibilidade de se manter um único acompanhante para o paciente durante o período de internação sendo este com idade entre 18 e 59 anos, sem doenças crônicas ou agudas. Ressalta-se que acompanhantes com faixa etária de risco maior para a Covid-19 ou com antecedentes de doenças crônicas/imunossupressão não devem estar na condição de acompanhantes.

Proibir acompanhantes para os pacientes com síndrome gripal (exceto em condições previstas por lei: crianças, idosos e portadores de necessidades especiais).

Evitar a entrada de acompanhantes/visitantes com sintomas respiratórios.

Recomenda-se evitar visitas e acompanhantes a pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI); Revezamentos de acompanhantes somente se necessário.

Visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente. Caso seja necessário e haja possibilidade de contato com fluidos corporais, deverão ser fornecidas luvas e orientar higiene das mãos sempre que tocar o paciente.

Solicitar a saída do acompanhante do quarto/enfermaria em caso de procedimentos geradores de aerossol.

Seguir rigorosamente as principais medidas preventivas do Ministério da Saúde: lavar as mãos com água e sabão, na sua ausência, usar álcool em gel a 70%; cobrir nariz e boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar, quem não o tiver, deve usar o antebraço

como barreira, e não as mãos, para evitar tocar em locais que possam contaminar outras pessoas; evitar aglomerações; manter os ambientes bem ventilados; e não compartilhar objetos pessoais.

Importante: Cada serviço de saúde tem autonomia para orientações específicas, considerando suas características próprias e as recomendações supracitadas de acordo com as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A implementação de precauções padrão, contato e respiratória constituem a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes (antes da chegada ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera e durante toda assistência prestada), independentemente dos fatores de risco ou doença de base, garantindo que as políticas e práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2.

Sendo assim, é necessário que adotem medidas de prevenção e controle durante toda a assistência prestada aos casos suspeitos ou confirmados da Covid-19. Para subsidiar todos os serviços de saúde, a Anvisa disponibilizou a Nota Técnica n.º 4/2020 com orientações mínimas pautadas em evidências disponíveis e que serão atualizadas à medida que surjam novas informações.

NOTIFICAÇÃO

A infecção humana pelo SARS-CoV-2 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Portanto, trata-se de um evento de saúde pública de notificação imediata.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica nº 04/2020.

Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 31 mar. 2020. Disponível em: http://http://portal.anvisa.gov. br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-

2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28. Acesso em: dez. 2023.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). Versão n. 3, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/ user_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_ pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_devido_a_infeccao_pelo_Coronavirus _SARS-CoV-2_-_ Versao_n.032020.pdf. Acesso em: dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, n. 1, Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE, Jan. 2020. Disponível em: http:// portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologicoSVS-28jan20. pdf. Acesso em: dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_ influenza_2017.pdf. Acesso em: dez. 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting, 2020. Disponível em: https://www.cdc. gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html. Acesso em: dez. 2023.

GUAN, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New england Journal of Medicine, 2020. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa20020 32?articleTools=true. Acesso em: dez. 2023.

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet, London, 2020. Disponível em:

https://www.thelancet.com/action/showPdf?pi i=S0140-6736%2820%2930183-5. Acesso em: dez. 2023.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. Implementação de protocolo gerenciado de Sepse: Protocolo Clínico. 2018. Disponivel em: https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf. Acesso em: dez. 2023.

WEISS, S. L. et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Intensive Care Medicine, 2020. Dísponível em: https://doi.org/10.1007/s00134-019-05878-6. Acesso em: dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak Interim guidance, 29 Jan. 2020. WHO/nCov/IPC_Masks/2020.1. Disponível em: https://www. who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance. Acesso em: dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim guidance. dez. 2023.

Disponível em: https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute- respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected. Acesso em: dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance. Mar, 2020. V. 1.2. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory- infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected. Acesso em: dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019. Acesso em: dez. 2023.

C.2 MANUAL PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS.

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O **Setor de Faturamento** tem como principal objetivo faturar as contas hospitalares. É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta Hospitalar. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.

São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço.

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente pela **UPA 24h**. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema.

No Setor Público o faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

O IDEAS vai colocar seu apoio institucional em especial na operacionalização do **Prontuário Eletrônico** objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A Organização Mundial da Saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, "informar" pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso "informação" pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP).

Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/ procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar, programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar á estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n ° 18/1999 e SAS/MS n ° 35/1999 e nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da Programação Pactuada Integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.° 896/1990 e, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços. Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.° 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS n° 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPME). A partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS

n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPME, (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.

Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.

Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM.

Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.

Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.

Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde.

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

Competências

a) Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando-as dentro dos prazos estabelecidos;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

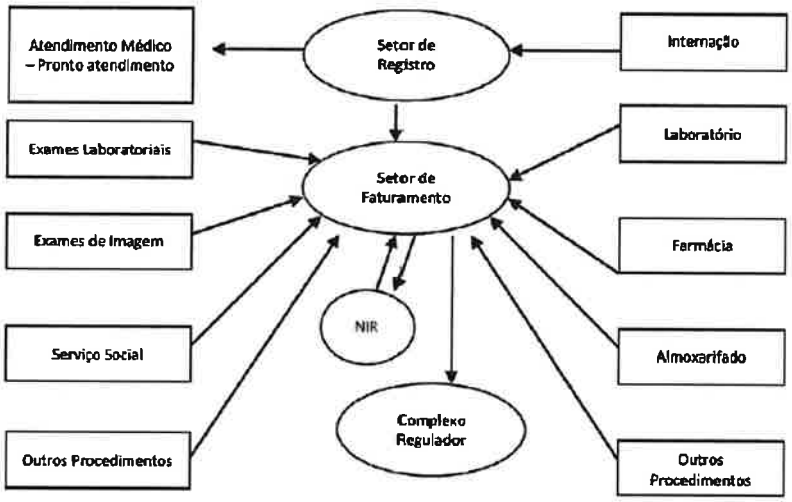
b) Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias;

c) Informar o corpo clínico e técnico-administrativo da UPA 24h. sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;

d) Elaborar planilhas dos laudos e enviar ao órgão da Saúde competente, para autorização das AIHs e/ou outros procedimentos;

e) Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação.

Fluxo de faturamento



O Serviço de Faturamento tem como objetivo principal a cobrança dos procedimentos realizados na **UPA 24h**. O controle das contas poderá proporcionar um atendimento de qualidade, o que é fundamental.

O setor da saúde exige uma administração eficaz, principalmente quando se trata do faturamento. O faturamento hospitalar é o processamento para cobrança de todos os procedimentos realizados na unidade, sejam eles em caráter ambulatorial ou hospitalar (em observação), dentro dos prazos pré-estabelecidos e dos parâmetros legais e vigentes.

O processo de faturamento hospitalar envolve três registros básicos, a saber:

Autorização de Internação Hospitalar – AIH (para procedimentos que geram internação hospitalar);

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Boletim de Produção Ambulatorial – BPA (para procedimentos realizados em regime ambulatorial);

Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade – APAC (para procedimentos realizados que envolvem alto custo ou alta complexidade).

Os ganhos financeiros dependem de diversos setores da unidade como, por exemplo: enfermagem; farmácia; diagnóstico; laboratório; nutrição, e outros. Por este motivo, é necessária uma atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações.

Todos os setores devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento hospitalar execute plenamente suas funções.

O serviço de faturamento hospitalar tem como objetivos:

expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados

emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;

manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;

analisar os relatórios de faturas recebidas;

verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;

providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;

preparar os recursos de glosas para correção e pagamento das mesmas;

manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

Etapas:

1ª Etapa

1.1 Toda a produção da **UPA** é encaminhada para o setor através dos prontuários dos pacientes após atendimento e as internações após terem alta.

1.2 Todos os prontuários que são encaminhados ao setor são recebidos e posteriormente organizados com o intuito de agilizarmos a regulação e posterior faturamento.

2ª Etapa

2.1 Na regulação é verificado se o procedimento solicitado está de acordo com o realizado, providenciadas as notas fiscais dos materiais passíveis de cobrança e agilizada a AIH:

2.1.1 Quando o procedimento solicitado não está de acordo com o realizado, o prontuário fica aguardando os médicos da comissão de regulação efetuarem a mudança de procedimento;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

2.1.2 As AIH's dos procedimentos realizados são emitidas via sistemas utilizados pela Secretaria Municipal de Almirante Tamandaré/PR

2.1.3 Se houver necessidade de autorização pela Secretaria Estadual de Saúde, elabora-se um ofício de protocolo em duas vias, contendo a lista de procedimentos, documentos ou formulários, que servirá de comprovante de entrega à Secretaria de Saúde.

2.2 Após a regulação do prontuário, o mesmo é encaminhado para a Finanças efetuar o devido faturamento da conta hospitalar;

2..2.1 O faturamento hospitalar é realizado através da digitação ou importação do conteúdo no software SISAIH01

2.2.2 O faturamento e realizado da digitação ou importação do sistema BPA e APAC do Ministério da Saúde.

2.3 Concluído o faturamento, o prontuário é encaminhado para o setor de Arquivo.

3ª Etapa

3.1. Fechamento da produção hospitalar: O fechamento da produção hospitalar utiliza os sistemas do BPA, APAC e SISAIH01. Neste momento é realizado o fechamento das contas nos sistemas é gerado o arquivo de exportação para os sistemas distintos ao faturamento ambulatorial e hospitalar;

3.2 Fechamento da produção e geração do arquivo nos sistemas distintos;

3.3 Encaminhar produção para a Secretaria Municipal de Saúde.

4ª. Etapa

4.1. Verificação e acerto das contas rejeitadas: A SMS disponibilizará por meio físico ou e-mail a "prévia" da apresentação, para viabilizar os acertos e correções necessárias para evitar as glosas.

4.2. Acessar: Controle, Avaliação e Auditoria > Processamento SIA e SIH

4.3. Rotina de reapresentação das contas glosadas - As contas glosadas, mencionadas no relatório "final" da apresentação, podem ser corrigidas e reapresentadas, desde que estejam no limite de quatro competências, ou seja, a atual e as três competências anteriores.

Responsabilidades

O setor de controle e análise do fluxo do ciclo de despesas tem a responsabilidade de:

Organizar, conferir e preservar prontuários;

Controlar e organizar assinaturas e carimbo do corpo médico;

Acompanhar regras baseadas em formulários e indicadores padrão;

Verificar a justificativa e a prescrição dos serviços;

Evitar, identificar e analisar glosas e suas causas;

FLUXOS – Faturamento

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado na década de 1990 no Brasil, com a finalidade de registrar os atendimentos realizados por meio do Boletim de Produção.

Em 2007 a portaria N° 709 estabelece o Boletim de Produção Ambulatorial- BPA magnético constituído de duas formas de entrada de dados de produção, BPA consolidado e BPA individualizado.

No setor acolhimento e atendimento ao paciente;

Preenchimento da folha de faturamento;

Entrega da folha de produção ambulatorial ao faturamento;

No faturamento digitação dos procedimentos no aplicativo de captação do BPA mag.;

Atualização do aplicativo, consistência e exportação do arquivo de BPA;

Junção de todos os arquivos de BPA;

Consistência e exportação de um único arquivo;

Envio até o 3º dia útil do mês via e-mail o arquivo de produção ambulatorial à Coordenadoria Geral de Controle e Avaliação (CGCA) da Secretaria Municipal de Saúde.

Se houver algum problema de importação, o procedimento será modificado

O faturamento ajusta e reenvia no prazo de 24 horas;

Caso não, acompanhar a partir da última semana do mês do relatório de glosas no site da Secretaria Municipal de Saúde;

Caso haja alguma glosa

Caso sim, treinamento da equipe de faturamento baseado no relatório de glosas. Ajuste e reapresentação da produção glosada na próxima competência.

C.3 MANUAL DE GESTÃO FINANCEIRA.

Competências

OBJETIVO

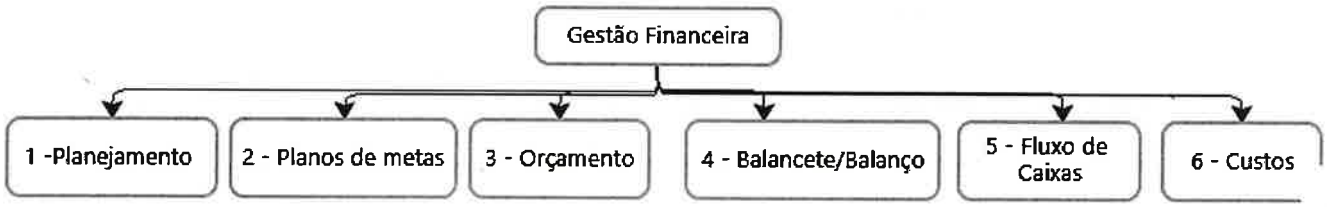
Identificar as rotinas e procedimentos para monitoramento e avaliação do gerenciamento dos recursos e estabelecer processos para nortear as atividades relacionadas à gestão financeira.

Objetiva-se a eficiência e a eficácia na realização dos procedimentos a fim de garantir confiabilidade, tempestividade e coesão nos dados e informações necessários para subsidiar a tomada de decisões na aplicação assertiva dos recursos.

INTRODUÇÃO

Este manual deverá ser seguido na **UPA 24h**, a fim de padronizar os procedimentos relacionados à gestão financeira.

Dentre as várias atribuições administrativas das Unidades geridas pela **OS** está a gestão financeira, responsável pelo recebimento e aplicação dos recursos financeiros por meio de mecanismos gerenciais eficientes, definição dos processos de trabalho, informatização das rotinas, dimensionamento e estabelecimento de metas e verificação dos resultados. A função deste manual é nortear e orientar as ações do controle financeiro assegurando às unidades a apresentação dos resultados planejados de modo que eventuais desvios possam indicar o redirecionamento das ações e por fim garantir o cumprimento das políticas da gestão pública com a eficiência da gestão privada.



CONCEITOS BÁSICOS

DEPARTAMENTO FINANCEIRO

O departamento financeiro é o setor que executa a gestão dos recursos financeiros e orçamentários, através de ações e procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, análise e controle das atividades financeiras da **UPA 24h.**

A ele compete as atividades de contas a receber, contas a pagar, movimentação e controle bancário, planejamento financeiro e orçamentário, tesouraria, fechamento contábil, arquivo, prestação de contas e obrigações assessórias e auditoria.

CONTAS A RECEBER

Controle de todas as receitas oriundas de repasses previstos no contrato de gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários, etc.).

CONTAS A PAGAR

Controle e execução de todos os pagamentos a serem realizados a fornecedores, prestadores de serviços, folha de pagamentos (verbas salariais, férias, décimo terceiro salário, encargos, benefícios, etc), impostos, taxas e tarifas bancárias, fundo fixo, dentre outros.

MOVIMENTAÇÃO E CONTROLE BANCÁRIO

Controle de todas as contas bancárias utilizadas para movimentação de recursos (entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos, etc.).

PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Elaboração de orçamentos, fluxos de caixa, demonstrativos e outros relatórios que subsidiem a análise de alternativas para aplicação assertiva dos recursos, conforme percentuais descritos na dotação orçamentária prevista no Contrato de Gestão.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

CONTAS A RECEBER

Registro e controle das receitas

Registra e controla (via sistema de gestão e planilhas de apoio) todas as receitas oriundas de repasses previstos no Contrato de Gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários, etc.), rendimentos sobre aplicações financeiras, doações recebidas e receitas oriundas de serviços prestados a instituições privadas (particulares).

Custeio

Conferência dos valores descritos nas "OP's" – ordens de pagamentos" e demonstrativos mensais de repasse de valores, confrontando com o valor expresso no contrato de gestão, a fim de garantir o cumprimento do valor total pactuado.

Rendimentos sobre aplicações

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Conferência e controle dos valores oriundos de rendimentos sobre aplicações financeiras, cujo valor deverá ser incorporado ao saldo dos recursos repassados, sendo vedada a utilização para outros fins alheios ao objeto do contrato de gestão. Guarda e arquivo dos extratos das contas de aplicações.

CONTAS A PAGAR

Recepção de processos para pagamento

Recepção física e conferência da relação descrita no documento de protocolo de entrega de documentos entre setores.

Triagem

Conferência minuciosa nos processos, observando o disposto no regimento interno de compras, contratação e serviços e pessoal, verificando os seguintes itens:

• Notas Fiscais/Faturas - se foram emitidas pelo fornecedor/prestador de serviços contratado e se os dados do contratante estão corretos;

• Descrição da Nota Fiscal/Fatura – se está de acordo com o objeto contratado e/ou ordem de compra;

• Nota Fiscal/Fatura – se está devidamente atestada/aprovada pela coordenação ou gerência do departamento solicitante/usuário;

• Atesto legível, com identificação do funcionário responsável pelo setor;

• Nota Fiscal/Fatura com data de emissão dentro da vigência contratual

Devolução de processos para correção

Caso o processo não esteja correto ou falte algum item do *check- list*, deverá ser emitido um despacho indicações as divergências, cujo qual deverá ser assinado pelo gestor do setor e anexado ao processo, que deverá ser devolvido ao setor responsável para as devidas correções. Esse processo deverá seguir devidamente protocolado, e registrado no relatório de processos devolvidos.

O retorno dos processos devolvidos para correção deve ser acompanhado a fim de garantir o cumprimento dos prazos de vencimento/pagamento. Caso não obtenha retorno satisfatório o fato deve ser informado a gerência financeira para tomar as medidas necessárias.

Conferência de contas de custos

Uma vez que o processo esteja em conformidade com o regimento estabelecido, deverá ser feita a conferência das contas de custos informada no sistema, a fim de verificar a apropriação correta da despesa, com base no plano de contas. Em caso de divergência na classificação, solicitar a imediata correção e certificar-se da mesma.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Conferência e aprovação dos processos de pagamentos pelo Gestor do Departamento Financeiro

Antes da liquidação do título o gestor deverá avaliar todo o processo, certificando-se de sua conformidade.com o devido atesto.

Baixa dos títulos pagos

Uma vez liquidado o título, deverá ser anexado o comprovante de pagamento no processo e efetivada a baixa do mesmo no sistema/módulo de contas a pagar.

MOVIMENTAÇÃO E CONTROLE BANCÁRIO

Conciliação

Conferência e controle via sistema de gestão e planilhas de apoio de todas as contas bancárias destinadas a gestão e movimentação de recursos (entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos, etc.).

Fluxo de Caixa

Elaboração e acompanhamento via sistema de gestão e planilhas de apoio do fluxo das receitas e despesas que permita a visualização das informações diária, semanal, quinzenal, mensal, semestral e anual.

Relatórios Gerenciais

Elaboração de relatórios e planilhas de apoio que facilitem as análises e demonstrações financeiras e contábeis.

Prestação de contas – interna

Consiste na elaboração e envio de relatórios e demonstrativos gerenciais a Diretoria, Gestores Corporativos da **OS**, a fim de informar os números da unidade e subsidiar a tomada de decisões e definição de diretrizes.

Auditoria independente

Fornecimento de dados e informações e acompanhamento dos relatórios emitidos pela auditoria independente, contratada para emissão de parecer sobre demonstrações contábeis e financeiras, de acordo com a legislação contábil vigente.

Auditoria externa (fiscalizações)

Fornecimento de documentação, dados e informações, e acompanhamento do processo de fiscalização pelos órgãos competentes.

PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Orçamento

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Elaboração e acompanhamento através de planilhas de apoio, das despesas com base na dotação orçamentária, garantindo a aplicação de recursos dentro dos percentuais previstos no Contrato de Gestão.

a) Gerenciar a execução orçamentária e financeira;

b) Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilização e a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;

c) Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária;

d) Examinar os pedidos de liberação de recursos, propondo, quando necessário, revisões e reajustes orçamentários;

e) Manter o controle das contas orçamentárias, dos enquadramentos legais, das liquidações contábeis e das conciliações contábeis e financeiras.

FLUXO DO PROCESSO DE COMPRAS AO PROCESSO DE PAGAMENTO

Processo de Compras:

1) Compras para reposição de estoque:

- Coordenador do Almoxarifado/Farmácia efetua o pedido de compras pelo sistema de informação e elabora memorando de solicitação de compras para Direção Administrativa;

- Direção Administrativa analisa e elabora memorando de solicitação de compra. Encaminha via e-mail os dois memorandos para o Coordenador Geral da **UPA 24h,** que faz a crítica e observações e envia por e-mail ao responsável do **IDEAS** - se estiver de acordo, encaminha para setor de compras ou retorna com questionamentos.

2) Compras emergenciais ou pontuais:

- Almoxarifado/Farmácia/Coordenadores elabora memorando de compra, com especificação e detalhamento sobre os itens a serem comprados à Direção Administrativa;

- Direção Administrativa elabora memorando para solicitação de compra e encaminha via e-mail para Coordenador Geral da Unidade, que faz a crítica e observações e envia por e-mail ao responsável do **IDEAS**;

- Se estiver de acordo, encaminha para setor de compras ou retorna com questionamentos.

Processo de Pagamento:

1) Compras de reposição de estoque / emergenciais / pontuais:

- Na entrega dos Produtos, a NF deve ser conferida e atestada por quem recebeu a mercadoria;

- O setor responsável pelo recebimento elabora memorando de confirmação de recebimento da mercadoria para Direção Administrativa e anexa NF, boleto bancário, relatório de confirmação de compra e espelho da NF, quando se tratar de material em estoque. Notas recebidas de manhã devem ser entregues à direção no período da tarde e as recebidas a tarde, entregues até a manhã do dia seguinte. Verificar vencimento e nunca deixar nota fiscal parada, que pode gerar multa no recolhimento do imposto;

- Direção Administrativa atesta a NF e elabora memorando de solicitação de pagamento para responsável do **IDEAS**;

- Direção Administrativa anexa NF (com atesto do Diretor Administrativo), memorando do setor recebedor da mercadoria, boleto bancário (se houver), com o memorando de pagamento e entrega documentação para o Coordenador Geral.

- Coordenador Geral escaneia a documentação e envia por e-mail para o financeiro;

- Coordenador Geral da **UPA 24h** monta o processo com todos os documentos desde o memorando de solicitação de compra até a confirmação de recebimento do financeiro;

- Arquivar processo.

2) Contratos:

- Todas as NF de serviços deverão ser entregues ao Coordenador Geral para conferência com os termos do contrato e encaminhamento à Direção Administrativa ou Técnica;

- A Direção atesta a NF e elabora memorando de solicitação de pagamento para Coordenador da **UPA 24h**;

- Direção anexa NF e memorando de solicitação de pagamento e entrega a documentação para o Coordenador Geral;

- Coordenador Geral da Unidade recebe a NF, memorando de solicitação de pagamento, escaneia a documentação e envia por e-mail para o financeiro;

- Coordenador Geral monta o processo com todos os documentos desde o memorando de solicitação de pagamento até a confirmação de recebimento do financeiro;

- Arquivar processo.

* Notas Fiscais referentes a serviços médicos, o atesto será da Direção Técnica.

* Notas Fiscais de Serviços e demais compras, o atesto será da Direção Administrativa.

Plano de Metas: É o instrumento pelo qual as metas deverão ser alcançadas. Note-se que meta é um objetivo quantificado. As metas, para serem realizáveis, devem levar em consideração o cenário em que o **IDEAS** atua. Devem incluir também uma avaliação

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

realista quanto aos recursos humanos, materiais e tecnológicos existentes na unidade, e os que se encontram acessíveis e podem ser adquiridos. Devem definir os setores envolvidos nelas, os objetivos, as atribuições e as responsabilidades inerentes à cada área.

PLANO DE METAS – ANO.							
Situação	Metas	Plano de Ação	1ª Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Recursos Necessários

Balancete: Permite demonstrar a situação financeira da entidade no mês bem como confrontar valores previstos com o realizado. Além disso, visa promover a correção de rumos quando necessária.

Balanço Patrimonial: É uma fotografia das características financeiras do **IDEAS.** Como uma fotografia, o balanço retrata um momento específico, fornecendo a medida financeira do estoque dos bens da entidade bem como os, direitos e obrigações. Para isso, elaborar um plano de contas de acordo com os nossos objetivos, as nossas características e o ramo de atividade que exercitamos. Todo balanço do **IDEAS** é obrigatoriamente, assinado por Contador devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade - CRC. Facultativamente, será assinado pelo Presidente e Tesoureiro. Obrigatoriamente, deverá ter o parecer do Conselho Fiscal e ser publicado em jornal de circulação.

Atribuições do Administrador Financeiro:

Análise de registos e informações contabilísticas;

Projeção de movimentos de fundos;

Aplicação de fundos excedentes;

Fornecimento de informações aos níveis hierárquicos de topo sobre as perspectivas financeiras futuras da organização;

Elaboração de planos para fontes e usos de fundos, a curto e a longo prazos.

Circuito de compras e gestão património

Gestão de tesouraria

Papel do Gestor Financeiro:

Para desenvolver a sua atividade, o **IDEAS** necessita de ativos reais. Alguns são tangíveis, como os equipamentos, as instalações fabris e escritórios, outros intangíveis, como os conhecimentos tecnológicos, as marcas registadas e as patentes. Todos eles têm de ser comprados.

O gestor financeiro se posiciona na atividade operacional da empresa e os mercados financeiros onde os investidores adquirem os ativos financeiros emitidos pela empresa. As tarefas da função financeira

A função financeira pode, em primeiro lugar, identificar-se com o papel do tesoureiro, ou seja, na função que consiste em efetuar os recebimentos e os pagamentos decorrentes do exercício da atividade do **IDEAS**.

As suas preocupações consistem na manutenção de um saldo de tesouraria que lhe permita assegurar o normal funcionamento da organização, na rapidez e segurança da cobrança das dívidas dos clientes e outros devedores da organização e no escalonamento adequado da liquidação dos débitos aos fornecedores.

O gestor financeiro assume um papel muito ativo na gestão do **IDEAS** e, são atribuídas algumas responsabilidades que excedem o campo restrito das decisões financeiras correntes. A gestão financeira contemporânea engloba, assim, um conjunto de tarefas que podem sintetizar no seguinte esquema:

<table>
<tr><th colspan="4">Gestão Financeira</th></tr>
<tr><th colspan="2">Gestão financeira estratégica</th><th colspan="2">Gestão financeira corrente</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Ativos não correntes</td><td>Capital Próprio</td><td></td><td rowspan="3">Passivos correntes</td></tr>
<tr><td>Dividendos</td><td>Ativos correntes</td></tr>
<tr><td>Passivo não corrente</td><td></td></tr>
<tr><th colspan="2">Avaliação e gestão de performance</th><th colspan="2">Planejamento e controle da gestão corrente</th></tr>
</table>

A gestão financeira estratégica, em certa medida, não é mais do que uma extensão da concepção tradicional da função financeira centrada sobre as fontes de financiamento, as formas de aplicação do capital, o seu planejamento e o controlo da rentabilidade do capital investido. A gestão de tesouraria é como o próprio nome indica, um prolongamento

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

das tarefas originais da função financeira – papel do tesoureiro –, em relação à qual se destaca;

Gestão de ativos correntes: que compreende para além da gestão de caixa e equivalentes, a gestão ou controlo do crédito concedido aos clientes, controlo financeiro dos inventários de existências, etc.

Outro papel importante no curto prazo é o acompanhamento e o controlo da execução orçamental, função tipicamente atribuída ao controller. O documento central da gestão financeira corrente é o Orçamento de Tesouraria, que não é mais do que a tradução do orçamento global da empresa em termos de recebimentos e pagamentos previsionais, com vista ao teste do equilíbrio da tesouraria no curto prazo

Objetivos e limites da função financeira

A teoria financeira é uma aplicação da teoria microeconomia do **IDEAS**, cujo objetivo é tipicamente apresentado pela maximização do lucro. Acontece que o conceito de lucro não é, nem muito operacional, nem tampouco relevante para uma disciplina que se preocupa essencialmente com os fluxos de caixa. Os principais objetivos:

Obter o montante adequado para a continuidade do negócio.

Conservar o Capital e saber obter o lucro com o uso desse Capital, para que os investimentos continuem fluindo.

Papel de análise financeira na gestão compete à análise financeira a apreciação crítica dos objetivos da função financeira.

Áreas de decisão na administração financeira:

Investimento: Avaliação e escolha de alternativas de aplicação de recursos nas atividades normais do **IDEAS**. Conjunto de decisões visando dar a estrutura ideal em termos de ativos - fixos e correntes - para que os objetivos da empresa como um todo sejam atendidos.

Financiamento: Definir e alcançar uma estrutura ideal em termos de fontes de recursos, dada a composição dos investimentos.

Utilização (destinação) do Lucro Líquido: Também conhecida como Política de Dividendos, que se preocupa com a destinação dada aos recursos financeiros que a próprio **IDEAS** gera em suas atividades operacionais e extra- operacionais.

C.4 MANUAL DE GESTÃO DE ALMOXARIFADO.

O IDEAS considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional e a necessidade de medidas que promovam agilidade aos procedimentos na UPA 24h, promove ações confiáveis, padronizadas e efetivas utilizando

normas no controle de materiais de consumo e medicamentos. Desenvolveu uma Cadeia de Fornecimento estruturada, com fluxos e rotinas padronizados.

Identificação, Classificação e Codificação dos Materiais

Para efeito deste Manual - Portaria STN nº 448/2002: Entende-se como material de consumo e material permanente

Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei nº 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;

Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente.

Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de 02(dois) anos;

Fragilidade, caso a estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiça ou deformável, caracterizando-os e pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

Incomparabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e

Transportabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

Quanto à forma de utilização, os bens podem ser:

de uso individual, quando sua utilização for restrita a apenas um usuário;

de uso coletivo, quando sua utilização for efetuada por vários usuários.

Quanto à situação, um bem é classificado como:

- bom, quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;

- ocioso, quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;

- recuperável, quando estiver avariado, mas sua recuperação for possível e orçada em no máximo 50% cinquenta por cento) de seu valor de mercado;

antieconômico, quando sua manutenção for onerosa ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoleto;

irrecuperável, quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina, devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica, que se caracteriza quando da sua recuperação.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Competências Gestor de Almoxarifado:

a gestão sobre os bens de consumo;

supervisionar e controlar a distribuição racional do material requisitado;

promover os cortes necessários nos pedidos de fornecimento das unidades administrativas usuárias, em função do consumo médio com finalidade de evitar, sempre que possível, a demanda reprimida e a consequente ruptura de estoque

Aquisição de Materiais

Os materiais são adquiridos mediante compra, cessão, doação, produção própria de bens, reprodução (nascimento), avaliação ou permuta.

Compra: toda modalidade de aquisição remunerada de um bem para fornecimento de uma só vez ou parcelado, à vista de documento comprobatório próprio (nota fiscal, fatura ou outro documento fiscal equivalente) e vinculado a Nota de Empenho - NE regularmente emitida;

Cessão: modalidade em que os bens são recebidos mediante transferência gratuita de posse e troca de responsabilidades entre órgãos ou entidades da Administração Pública direta, autárquica e fundacional, no âmbito dos três poderes;

Doação: modalidade em que bens são recebidos gratuitamente, provenientes de qualquer instituição pública ou privados;

Produção: modalidade em que bens são produzidos (indústria, agricultura, pecuária); Permuta: modalidade em que ocorre a troca de bens, podendo ser concretizada com qualquer instituição pública, observando-se o interesse público.

Para o recebimento, conferência e registro do bem doado ou por transferência, o Gestor de Patrimônio ou de Almoxarifado necessitará dos seguintes elementos:

condição da doação ou transferência;

procedência - especificação completa;

quantidade;

valor unitário;

documentação que deu origem ao fato.

A constatação da existência de bens para avaliação geralmente ocorre nas seguintes situações:

por ocasião do levantamento físico dos bens patrimoniais;

quando da execução de vistorias e auditorias provocadas pelo Gestor do Patrimônio ou do Almoxarifado;

em outras situações em que se identifique a existência de um bem sem documentação específica. Os bens móveis produzidos ou reproduzidos pela Unidade

deverão ser incorporados ao patrimônio mediante apuração de seu valor econômico através do processo de avaliação.

O valor do bem produzido será igual à soma dos custos estimados para matéria prima, mão de obra, desgaste de equipamentos, energia consumida na produção, etc.

Aquisição de Bens e Consumos

O Gestor de Almoxarifado, mediante estatísticas de consumo, elaborará listas de materiais de consumo, de uso comum, visando ao ressuprimento de estoques, para apreciação e aprovação da Direção Administrativa, observados os seguintes critérios

consumo médio mensal (c): média aritmética do consumo nos últimos 12 (doze) meses;

tempo de aquisição (t): período (em meses) decorrido entre a emissão do

Termo de Referência e o recebimento efetivo do material no Almoxarifado;

intervalo de aquisição (i): período (em meses) compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

estoque mínimo e de segurança (Em): é a menor quantidade de material a ser mantida como estoque e capaz de atender ao consumo da Agência por período de demanda normal em resultado de atraso no recebimento ou excesso eventual de consumo;

estoque máximo (EM): maior quantidade de material admissível em estoque, observadas as condições de estocagem, durabilidade (prazo de validade), consumo entre os períodos de aquisição e economicidade;

ponto de pedido (Pp): nível de estoque que, ao ser atingido, determina novo pedido de aquisição, visando ao imediato ressuprimento; e quantidade a ressuprimento (Q): número de unidades administrativas a adquirir para recompor o estoque, suficiente para atendimento das demandas regulares.

O Estoque mínimo (Em) é aplicável tão somente aos itens indispensáveis aos serviços e é obtido multiplicando-se o consumo médio mensal por uma fração (f) do tempo de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de t a 0,50 de t.

São da competência dos Gestores de Unidades Administrativas, Gestores de Projetos ou Presidentes de Comissão

levantar as necessidades e solicitar a aquisição de materiais para fins específicos.

Após levantamento, consolidação, avaliação e análise da quantidade necessária do material de consumo, o Gestor de Almoxarifado enviará sugestão de descrição, quantidade e a unidade de medida dos materiais a serem adquiridos à Direção Administrativa, que, aprovando, encaminhará a solicitação ao Setor de Compras para as providências cabíveis.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Deverá ser utilizada a descrição e código dos materiais já cadastrados no IDEAS.

A descrição de materiais de consumo não cadastrados e/ou cadastrados insatisfatoriamente no IDEAS deverão ser elaborados através dos métodos:

Descritivo, que identifica com clareza o item através da enumeração de suas características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando sua perfeita caracterização para a boa orientação do processo licitatório e que deve ser utilizado com absoluta prioridade, sempre que possível;

Referencial, que identifica indiretamente o item, através do nome do material, aliado ao seu símbolo ou número de referência estabelecido pelo fabricante, não representando necessariamente preferência de marca.

Quando se tratar de descrição de material de consumo que exija maiores conhecimentos técnicos, poderão ser juntados ao pedido os elementos necessários (modelos, gráficos, desenhos, prospectos, amostras, entre outros).

Todo pedido de material de consumo deverá ser encaminhado à Direção Administrativa, após verificação de sua inexistência, no Almoxarifado, do material solicitado, similar ou sucedâneo que possa atender às necessidades do usuário.

Deve ser evitada a compra volumosa de bens de consumo sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso, também daqueles propensos ao obsoletismo, devendo a Unidade verificar a possibilidade de optar pela entrega futura ou compra parcelada, utilizando-se do mecanismo de Termo de Contrato ou por meio do Sistema de Registro de Preço a fim de não haver descontinuidade na reposição do estoque.

A fim de otimizar o controle do estoque, o Gestor de Almoxarifado deve acompanhar o andamento do processo de aquisição mediante contato com o Setor de Compras Aquisição de Bens Patrimoniais

Os setores realizarão periodicamente levantamento com vistas a identificar a necessidade de substituição ou fornecimento de bens patrimoniais de uso comum, como mesas, estações de trabalho, poltronas, cadeiras, armários, arquivos, estantes e outros. O servidor requisitante deverá indicar, no Termo de Referência, o responsável pelo ateste e a carga dos bens patrimoniais.

Do Recebimento

Do Recebimento dos Bens de Consumo

São documentos hábeis para o recebimento dos bens pelo Gestor de Almoxarifado:

Nota Fiscal e Fatura;

Termo de Cessão, Doação ou Permuta;

Termo de Transferência;

Guia de Produção Interna.

Quando obtido através de doação, cessão ou permuta, o material será incluído no estoque, à vista do respectivo termo ou processo. O fornecedor poderá solicitar ampliação do prazo para entrega dos bens, mediante aceitação do servidor requisitante.

Para o aceite, que deve ser realizado após o recebimento, o requisitante ou Comissão de Conferência de Bens nomeada para tal deverá fazer a conferência física do material, examinar qualitativamente os bens e observar se os dados estão em conformidade com os documentos constantes do processo de compra, se for o caso.

Quando o material não corresponder com exatidão (características, modelo, quantidade, marca, entre outros) ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o Gestor do Almoxarifado com auxílio do requisitante, providenciarão junto ao fornecedor a regularização da entrega para efeito de aceitação.

O material que apenas depender de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega será recebido e aceito pelo Gestor do Almoxarifado ou por servidor designado para esse fim.

Se o material depender, também, de exame qualitativo, este poderá ser feito por técnico especializado ou por Comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o Gestor do Almoxarifado.

Os materiais de consumo adquiridos em grandes quantidades, de tal forma que se torne inviável sua conferência unitária, poderão ser conferidos pelo sistema de amostragem aleatória, a critério do responsável do almoxarifado ou requisitante.

O não-atendimento pelo fornecedor ao chamado para reposição ou correção dos materiais entregues, assim como a desobediência aos prazos, serão comunicados à Direção Administrativa, para as devidas medidas punitivas, previstas nas normas vigentes. Estando os materiais de acordo com as especificações exigidas, o Gestor de Almoxarifado deverá apor carimbo de recebido no verso do documento fiscal apresentado pelo fornecedor, com sua assinatura e identificação, procedendo ao devido atesto.

Nas aquisições até o limite de R$ 8.000,00, o atesto do material deverá ocorrer em até 02 (dois) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado, para valores superiores a este limite o atesto do material deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado.

Após a conferência e o aceite do material, o Gestor de Almoxarifado providenciará o envio da 1ª via da Nota Fiscal, Nota de Empenho, documento comprovando registro no IDEAS e outros, à Direção Administrativa para abertura do processo de pagamento.

Os materiais com aceite serão imediatamente incorporados ao estoque e poderão ter seus saldos de entrada lançados nas respectivas Fichas de Prateleira, localizadas nas áreas de estocagem, paralelamente ao lançamento, de acordo com as especificações contidas no processo de aquisição.

No ato de incorporação do material de consumo, deverão ser criteriosamente observadas as descrições e as unidades de medidas já existentes correspondentes ao mesmo tipo de material.

Os materiais incorporados devem ser classificados de maneira padronizada em todas as Unidades Administrativas, ou seja, o código e a descrição atribuídos ao material no processo de compra serão os mesmos utilizados no momento da classificação.

Do Recebimento dos Bens Permanentes

A entrada de todo bem permanente, por aquisição, deverá ocorrer por intermédio do Gestor de Almoxarifado, que lavrará recebimento provisório através de carimbo próprio a ser afixado na via da Nota Fiscal do fornecedor.

O recebimento provisório compreende a entrega ao Gestor de Almoxarifado do bem patrimonial adquirido, não implicando em sua aceitação definitiva, transferindo-se, apenas, a responsabilidade pela guarda e conservação do bem do fornecedor para o IDEAS.

Mesmo ocorrendo o recebimento de bens móveis por outras Unidades Administrativas em condições especiais, as providências atinentes ao registro patrimonial, tombamento, distribuição, integralização no Inventário e determinações da carga patrimonial, ficam sob a exclusiva competência do Gestor de Patrimônio.

O Gestor do Patrimônio atribuirá, no IDEAS, a carga patrimonial ao servidor conforme indicado no Termo de Referência ou por determinação da Direção Administrativa.

A aceitação compreende a declaração, dada pelo Gestor de Patrimônio, ou do solicitante do material, em nota fiscal ou em outro documento hábil, de haver recebido o bem patrimonial que foi adquirido, tornando-se, neste caso, responsável pela quantidade e perfeita identificação do bem, de acordo com as especificações estabelecidas na Nota de Empenho - NE, no contrato de aquisição ou em outros instrumentos legalmente aceitos.

Ao ingressar no IDEAS, o bem patrimonial deve estar acompanhado:

no caso de aquisição, da nota fiscal ou fatura correspondente;

no caso de recebimento em doação ou cessão, do devido termo ou certificado de doação/cessão ou outro documento compatível, que sirva para o registro no IDEAS;

no caso de permuta, do termo de permuta ou outro documento que sirva para o registro do bem no IDEAS;

no caso da avaliação, do processo de avaliação;

no caso de produção interna, a guia de produção.

Após a verificação da qualidade, quantidade e estando os bens patrimoniais de acordo com as especificações exigidas, o recebedor deve apor, no documento fiscal apresentado pelo fornecedor, o carimbo do "atesto o recebimento", garantindo, assim, que o bem foi aceito.

O atesto do material deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado.

O atesto na nota fiscal de bens patrimoniais deverá ser necessariamente aposto:

pela pessoa legalmente investida na competência de Gestor de Patrimônio; e

pelo Fiscal do Contrato, nos casos em que haja designação para tal; ou

pelo(s) servidor(es) do setor que solicitou a aquisição; ou

pela comissão instituída com a finalidade para receber bens materiais cujo valor seja superior ao limite estabelecido no art. 23 da Lei nº 8.666, de 1993, para a modalidade de convite.

O atesto será realizado com a utilização de carimbo específico, no verso da Nota Fiscal, com data e assinatura do requisitante ou servidor designado. O atesto deverá conter os dados mínimos que permitam identificar funcionalmente o responsável, tais como assinatura, carimbo, nome completo e número de matrícula no IDEAS. No caso de móveis ou equipamentos cujo recebimento implique maior conhecimento técnico do bem, o Gestor de Patrimônio deve solicitar ao setor relacionado ao tipo de material a indicação de servidor habilitado para o respectivo exame técnico e emissão de Laudo Técnico, antes de seu aceite definitivo.

A área técnica ou técnico ou servidor habilitado tem 3 (três) dias úteis, a partir da solicitação, para emitir o laudo técnico correspondente ao material periciado, para atender aos prazos de pagamento ao fornecedor.

O prazo para pagamento da Nota Fiscal/Fatura, devidamente atestada, não deverá ser superior a 5 (cinco) dias úteis, contados da data de sua apresentação, na inexistência de outra regra contratual (IN nº 02/08).

O pagamento a fornecedores, prestadores de serviços, executores de obras ou quaisquer credores será feito com estrita observância à data de vencimento da obrigação.

Em cada uma das Unidades Gestoras deverá haver a indicação de um Gestor de Patrimônio, bem como a instituição de Comissão de Conferência de Bens, com o mínimo de 3 (três) membros, quando necessário. Com a Nota Fiscal devidamente atestada, o Gestor de Patrimônio autuará processo e o encaminhará à Direção Administrativa para pagamento. Antes de encaminhar o processo para pagamento, o Gestor de Patrimônio deverá inserir na Nota Fiscal ou na Nota de Empenho o número do tombamento dos bens para fins de arquivamento digital ou físico.

O Gestor de Patrimônio classificará os bens patrimoniais obedecendo a um sistema numérico, visando facilitar o registro e a movimentação dos bens. Todo o bem patrimonial adquirido será incorporado ao patrimônio do IFPE, devendo ser registrado no SIAFI pelo valor constante da nota fiscal, ou pelo valor da avaliação, de acordo com a classificação a que se vincula no Plano de Contas da Administração Pública Federal, e, obrigatoriamente, registrado no IDEAS, por meio do qual será feito o seu acompanhamento. Deverão conter

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

registros analíticos de todos os bens de caráter permanente, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização e identificação de cada um deles e dos agentes responsáveis pela sua guarda e administração.

O registro patrimonial compreende o cadastramento das características do bem patrimonial no IDEAS, tais como: tipo, especificações, n° de tombamento, valor de aquisição, fornecedor, número documento de entrada, dentre outros. Para efeito de identificação e inventario, os bens móveis receberão números próprios de registro patrimonial. O registro patrimonial deverá ser expresso mediante etiquetas adesivas resistentes que garantam a eficiência e a durabilidade da expressão do registro.

A identificação do material deverá ser afixada, em lugar visível, preferencialmente em local que não atrapalhe a sua utilização, por exemplo:

mesas: tampo frontal, lado direito;

cadeiras: coluna dos pés;

armário: parte frontal superior;

máquinas: parte lateral esquerda;

veículos: ao lado da plaqueta de numeração do chassi

computador: parte lateral esquerda da CPU;

software: certificado do sistema/programa de informática.

O número patrimonial é único e sequencial para todas as Unidades Gestoras do IDEAS. Quando não for possível a utilização de etiquetas próprias para a fixação do número de registro patrimonial (tombamento), deverá recorrer a outros processos (pincel permanente, carimbo ou outro meio idôneo), desde que os números sejam gravados de forma indelével.

Do Fornecimento, Transferência e Movimentação de Material. Fornecimento de Material de Consumo

O fornecimento de material de consumo se dará por Requisição, que será elaborada via IDEAS, sendo dever do servidor requisitante do material retirá-lo no Setor de Almoxarifado no primeiro dia útil seguinte da data da requisição.

É de responsabilidade do requisitante a retirada do material no almoxarifado. Excepcionalmente, serão atendidas solicitações em caráter de urgência, que deverão ser encaminhadas ao Gestor de Almoxarifado com justificativas.

Caso as solicitações em caráter de urgência sejam autorizadas e tratando-se de bem existente em estoque, o requisitante deverá proceder à retirada do material de consumo no Setor de Almoxarifado.

Cabe ao responsável pela Unidade Administrativa, via IDEAS, emitir a Requisição de Material de Consumo - RMC.

A chefia imediata poderá designar colaboradores, por memorando encaminhado ao Setor de Tecnologia da Informação, para realizar as devidas requisições de materiais. Quando a Requisição de Material de Consumo - RMC contiver quantidade de material fora dos padrões normais de consumo, deverá ser apresentada justificativa.

Sempre que evidenciar aumento expressivo no consumo ou indício de irregularidade nos pedidos, o Gestor de Almoxarifado deverá comunicar à Direção Administrativa.

As Requisições de Material de Consumo deverão ser controladas numericamente e conter as seguintes informações: nome e sigla da unidade solicitante; nome completo do servidor requisitante; nome completo do servidor recebedor; assinatura do servidor requisitante ou recebedor; o código, descrição, unidade de medida e quantidade e valor do material solicitado.

O Gestor de Almoxarifado providenciará a separação dos materiais de consumo em conformidade com a RMC e os disponibilizará para que o requisitante ou funcionário devidamente autorizado faça a conferência das quantidades, qualidade e demais especificações e ateste o recebimento do material.

É vedado rasurar a Requisição de Material de Consumo - RMC.

É vedada a estocagem de materiais de consumo pelas Unidades Administrativas em quantidade superior à necessidade mensal de cada Unidade.

A necessidade mensal será apurada a partir do histórico de consumo de cada Unidade, podendo ser adaptada para mais ou para menos em decorrência de fatos específicos que fujam à rotina da Unidade em determinado mês.

No caso de materiais que, por motivos pertinentes, sejam requisitados em intervalos distintos do mensal, mantém-se a lógica do caput deste artigo (a requisição deverá suprir a necessidade do material de consumo até que novo pedido mensal seja realizado e entregue).

Os materiais que apresentarem defeito devem ser trocados junto ao Gestor de Almoxarifado, que adotará medidas junto ao fornecedor para a substituição. As Unidades deverão planejar seu consumo e o armazenamento dos materiais para que não haja sobras e desperdícios.

Da Transferência de Material de Consumo

Todo material de consumo enviado de uma Unidade a outra deverá ser remetido via Termo de Transferência, para que possa ser recebido via SIAFI e, consequentemente, incorporado ao estoque e ao saldo financeiro da conta de almoxarifado da Unidade recebedora.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Nas remessas de material para outras Unidades Administrativas, o setor remetente deverá atentar para o seguinte:

acondicionamento adequado do material, de acordo com o seu grau de fragilidade ou perecibilidade;

detalhamento dos dados do destinatário, tais como nome, endereço, CEP, dentre outros, de forma a facilitar o desembaraço da mercadoria.

O Termo de Transferência, além de outros dados informativos julgados necessários, deverá conter:

origem do material: código e nome da Unidade;

destino do material: código e nome da Unidade;

código do material;

descrição do material;

quantidade;

unidade de medida;

preços (unitário e total);

classificação contábil do material.

Do Fornecimento de Bem Permanente

É expressamente vedada a distribuição do bem patrimonial adquirido, bem como daquele recebido em doação, permuta, cessão ou comodato, antes de ser devidamente incorporado ao patrimônio do Instituto (tombado).

Nenhum bem patrimonial poderá ser distribuído à Unidade ou Unidade solicitante sem a respectiva carga, que se efetiva com a assinatura do usuário no correspondente Termo de Transferência ou no Termo de Recebimento.

Não será permitido o estoque de bem permanente no Almoxarifado, exceto durante processo administrativo de incorporação ao patrimônio do IDEAS.

O bem permanente adquirido será imediatamente entregue ao requisitante, após procedimentos de incorporação patrimonial. A devolução de bem patrimonial ao Gestor de Patrimônio deverá ser feita formalmente e implicará em total renúncia à guarda do mesmo, não tendo o ex-detentor da carga patrimonial mais direitos ou responsabilidades sobre o material tombado a partir do seu recolhimento.

O Gestor de Patrimônio deverá emitir o Termo de Descarga, em duas vias, encaminhando uma via para o ex-detentor da carga patrimonial do bem devolvido. O fornecimento de bem permanente será solicitado ao Gestor de Patrimônio pelas Unidades interessadas.

Se houver bem disponível, o Gestor de Patrimônio providenciará a entrega mediante as assinaturas do Termo de Recebimento, em 2 (duas) vias cada ou, caso contrário, comunicará ao solicitante por e-mail.

Na solicitação de materiais devem constar os seguintes elementos:

especificação detalhada do material, podendo incluir comparações com materiais em uso, gráficos, desenhos, prospectos, amostras, fotos, dentre outros;

quantidade e unidade de medida para fornecimento;

indicação do responsável, matrícula, sala e ramal.

A requisição de qualquer equipamento de informática fica sujeita à prévia aprovação do Setor de Informática, Tecnologia da Informação ou equivalente. Considera-se distribuído o bem patrimonial entregue pelo Gestor de Patrimônio à Unidade requisitante, para uso por tempo indeterminado.

A transferência de bem permanente

A transferência de bem permanente será solicitada pela Unidade interessada à Unidade cedente. Após a aprovação da Unidade cedente, o Gestor de Patrimônio da Unidade Requisitante providenciará solicitação através do IDEAS e a Unidade Cedente providenciará a emissão do Termo de Transferência.

O Termo de Transferência emitido em duas vias será encaminhado à Unidade de destino para assinatura e devolução de uma via. O processo de transferência de bens patrimoniais entre Unidades será autuado obrigatoriamente com os seguintes documentos:

documento que deu origem a transferência;

Termo de Transferência;

cópia de Nota Fiscal;

cópia da Nota de Empenho.

Os bens patrimoniais transferidos entre Unidades serão incorporados ao acervo patrimonial da destinatária a partir da data do recebimento. A Unidade cedente efetuará Transferência Financeira, em favor da Unidade beneficiada, efetuará o "recebido" no prazo máximo de 3 (três) dias úteis após o recebimento da via do Termo de Transferência.

Após o recebimento do Termo de Transferência, devidamente assinado, a Unidade cedente efetuará a baixa em seus controles e encaminhará os documentos necessários para os registros contábeis.

Da Movimentação de Bem Permanente

É vedada a movimentação de bem permanente, na mudança física de setores, nas entradas ou saídas de bens patrimoniais, sem o devido conhecimento e autorização do Gestor de Patrimônio.

Para as movimentações definitivas de bem permanente, o detentor da carga patrimonial deverá comunicar o Gestor de Patrimônio, via memorando. As movimentações realizadas sem a observância do procedimento, constante no caput deste artigo, estão sujeitas à aplicação de advertência ao colaborador que deu causa, podendo ser responsabilizado em caso de reincidência de tal prática, desaparecimento ou avaria de bens.

A movimentação temporária verifica-se nas seguintes situações:

envio do bem para manutenção ou reparo fora das dependências do IDEAS;

utilização a serviço fora das dependências do IDEAS

viagem a serviço;

recolhimento para alienação;

empréstimo.

É vedada a movimentação temporária de bem patrimonial para uso que não se destine exclusivamente às atividades vinculadas aos objetivos organizacionais do IDEAS. Para as movimentações temporárias de bem permanente, são utilizados os termos de cautela. A emissão do Termo de Cautela é atribuição do Setor de Patrimônio e será emitida em 3 (três) vias, destinando-se a:

1ª. (primeira) via ao pessoal da segurança ou vigilância

2ª. (segunda) via ao portador do material retirado;

3ª. (terceira) via ao Gestor do Patrimônio.

Compete ao detentor da carga patrimonial o recebimento e baixa da cautela do bem patrimonial movimentado, tanto na retirada como no retorno às dependências do IDEAS, solicitando vistoria da área técnica, em especial quanto ao perfeito funcionamento do bem, nos casos que julgar necessário, assim como informar novo prazo de retorno do bem.

Da Armazenagem

A armazenagem compreende a guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, a fim de suprir adequadamente as necessidades operacionais das unidades administrativas integrantes da estrutura do IDEAS. O material será considerado em estoque após o cumprimento das formalidades de recebimento e aceitação. O acesso às dependências onde estão armazenados os materiais é restrito aos funcionários lotados no setor e, em casos especiais, às pessoas devidamente autorizadas pela Direção Administrativa.

Os principais cuidados na armazenagem, dentre outros são:

os materiais devem ser resguardados contra o furto ou roubo, e protegidos contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;

os materiais estocados a mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar, de acordo com o método primeiro a entrar, primeiro a sair, com a finalidade de evitar o envelhecimento do estoque;

os materiais devem ser estocados de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;

os materiais que possuem grande movimentação devem ser estocados em lugar de fácil acesso e próximo das áreas de expedição;

o material que possui pequena movimentação deve ser estocado na parte mais afastada das áreas de expedição;

os materiais jamais devem ser estocados em contato direto com o piso, sendo necessário utilizar corretamente os acessórios de estocagem para protegê-los;

a arrumação dos materiais não deve prejudicar o acesso às partes de emergência, aos extintores de incêndio ou à circulação de pessoal especializado para combater o incêndio (Corpo de Bombeiros);

os materiais da mesma classe devem ser concentrados em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;

os materiais pesados e/ou volumosos devem ser estocados nas partes inferiores das estantes e porta-estrados, eliminando-se os riscos de acidentes ou avarias e facilitando a movimentação;

os materiais devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado ou por ocasião da utilização;

a arrumação dos materiais deve ser feita de modo a manter voltada para o lado de acesso ao local de armazenagem a face da embalagem (ou etiqueta) contendo a marcação do item, permitindo a fácil e rápida leitura de identificação e das demais informações registradas;

quando o material tiver que ser empilhado, deve-se atentar para a segurança e altura das pilhas, de modo a não afetar sua qualidade pelo efeito da pressão decorrente e pela falta de arejamento. O Gestor de Almoxarifado deverá utilizar, para cada item do estoque, uma Ficha de Prateleira, a fim de possibilitar seu controle.

Os bens móveis, de um modo geral, não são materiais estocáveis, devendo ser adquiridos em número e tipo exatos às necessidades identificadas pelo IDEAS, por motivos de economicidade e boas práticas administrativas. Os materiais permanentes classificados como ociosos, antieconômicos e inservíveis poderão ficar temporariamente guardados em

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

depósitos, até que sejam recuperados e reconduzidos à condição de bens em uso, quando for o caso, redistribuídos, cedidos ou alienados, na forma da legislação em vigor.

Dos Relatórios

Como resultado do controle de estoque, o Gestor de Almoxarifado e o Gestor de Patrimônio apresentarão, mensalmente, ao Setor Contábil, até o terceiro dia útil, respectivamente, o Relatório de Movimentação de Materiais no Almoxarifado - RMA e o Relatório de Movimentação de Bens Móveis - RMB.

Sempre que possível, e por amostragem, o Gestor de Almoxarifado deverá realizar contagem mensal do estoque e emitir e arquivar relatório analítico contendo código, descrição, unidade de medida, quantidade, valores unitários, valores totais, valores totais por contas e as movimentações de entrada e saída dos itens estocados.

Os Gestores de Patrimônio que tenham valores patrimoniais contabilizados em suas contas, ou seja, que movimentam a "conta patrimônio", deverão enviar mensalmente ao Setor Contábil, até o quinto dia útil do mês subsequente ao do movimento, o Relatório de Movimentação de Bens Móveis - RMB.

O Relatório de Movimentação de Bens Móveis - RMB deverá demonstrar sinteticamente as entradas e saídas, devidamente registradas, de bens móveis do acervo do órgão durante o mês. O IDEAS apresentará seus Relatórios de Movimentação de Bens Móveis - RMB por meio de relatórios. Do Registro de Bens Imóveis

Caso não existam colaboradores tecnicamente capacitados para avaliar os bens imóveis, o Gestor do Patrimônio, em tempo hábil, deverá requisitar abertura de processo de contratação.

Dos Relatórios

Do Inventário

Do registro e atualização dos bens imóveis

O inventário dos Bens deverá ser instruído por meio de protocolo administrativo, será realizado anualmente ou em condições especiais para a consecução dos seguintes objetivos:

verificar a existência física dos bens;

manter atualizados os registros e controles administrativos e contábeis;

confirmar a responsabilidade dos agentes responsáveis pelo bem permanente sob a respectiva guarda;

permitir a listagem atualizada dos bens;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

fornecer subsídios aos órgãos fiscalizadores;

levantar a situação dos materiais estocados, levando em conta o saneamento dos estoques;

levantar a situação dos equipamentos e materiais permanentes em uso e da necessidade de reparos e manutenção;

constatar a necessidade de bens móveis nas unidades administrativas;

analisar o desempenho do Gestor.

Para a perfeita caracterização do material, o inventário deverá conter:

código ou número de registro;

descrição padronizada;

unidade de medida;

quantidade;

valor unitário (preço de aquisição, custo de produção, valor arbitrado ou preço de avaliação);

valor total;

classificação contábil;

estado (bom, ocioso, recuperável, irrecuperável ou antieconômico);

outros elementos julgados necessários.

O inventário físico será:

anual, quando destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada Unidade, existente em 31 de dezembro de cada exercício, constituído do inventário (saldo) anterior e das variações patrimoniais ocorridas durante o exercício;

inicial, quando realizado no momento da troca de Gestão, para identificação e registro dos bens colocados sob sua responsabilidade;

de transferência de responsabilidade, quando realizado no momento de alteração de Detentor de Carga Patrimonial ou usuário;

de extinção ou transformação, quando realizado no momento da extinção ou transformação de uma Unidade; e

eventual, quando realizado em qualquer época por iniciativa da pessoa legalmente investida na competência de Gestor de Patrimônio do IFPE, por determinação da Direção Administrativa, por exigência dos órgãos fiscalizadores. Durante a realização do inventário físico, fica vedada toda e qualquer movimentação de bens no âmbito interno do Instituto, exceto mediante autorização específica da Comissão de Inventário.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Depreciação, Amortização e Exaustão e da Mensuração de Valor dos Bens Patrimoniais.

A depreciação, amortização ou exaustão serão registradas no IDEAS, bem a bem, de cada Unidade, em consonância com o estabelecido no Manual. Cada Unidade manterá em arquivo para consulta o Relatório Mensal Operacional de Valoração de Ativo, enviando junto com o RMB, em até 3 (três) dias úteis do mês subsequente o Relatório Mensal de Registro de Valoração de Ativo, para o Setor Contábil.

As Reavaliações e Redução a valor recuperável seguirão o estabelecido pelo Manual sendo que as Comissões enviarão cópia dos relatórios ao Setor Contábil que efetuará os registros necessários.

Baixa Patrimonial Quando for necessário, o Gestor de Patrimônio efetuará levantamento dos bens passíveis de desfazimento, assim considerados aqueles classificados como ociosos, recuperáveis, antieconômicos ou irrecuperáveis. O desfazimento de bens móveis pode ocorrer:

por transferência, entre as Unidades Gestoras do IDEAS;

por cessão, que se caracteriza quando o IDEAS transfere, de forma gratuita, a posse de um determinado bem, com troca de responsabilidade, mediante a emissão do Termo de Cessão;

por abandono ou inutilização.

A baixa de um bem patrimonial só poderá ocorrer após a conclusão de todas as etapas do processo que lhe deu origem.

Da responsabilidade sobre os bens patrimoniais

A guarda do bem patrimonial de uso individual distribuído à Unidade ficará sob a responsabilidade do Detentor de Carga Patrimonial, efetivo usuário do bem, desde que seja colaborador lotado na mesma Unidade, por meio do correspondente Termo de Recebimento ou Termo de Responsabilidade. A emissão do Termo de Recebimento, Termo de Responsabilidade ou Termo de Transferência é de responsabilidade do Gestor de Patrimônio, devendo o servidor assinar o Termo no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após o recebimento do bem, tempo hábil para conferência dos bens.

No caso de mudanças ou obras de reforma nas dependências da Unidade, deve o Detentor de Carga Patrimonial ou o usuário, quando delegado, efetivar comunicação formal ao Gestor de Patrimônio, que adotará as providências necessárias quanto a qualquer movimentação de bem permanente.

A guarda do bem patrimonial de pequeno porte e de uso pessoal é de responsabilidade do Detentor de carga patrimonial, ou do usuário formalmente investido de carga por ele.

O Setor de Gestão de Pessoas, deverá comunicar à Direção Administrativa o início do processo de desligamento do colaborador, a fim de que seja providenciada a conferência e transferência de responsabilidade dos bens patrimoniais.

As irregularidades podem ocorrer por desaparecimento, quando do extravio do bem ou de seus componentes; avaria, quando houver dano parcial ou total do bem ou de seus componentes, não decorrente de seu uso normal; mau uso, quando utilizados os equipamentos e materiais de forma inadequada.

Compete ao Detentor de Carga Patrimonial ou ao usuário qualificado pôr Termo de Responsabilidade comunicar, imediatamente, ao Gestor de Patrimônio qualquer irregularidade ocorrida com os bens patrimoniais entregues aos seus cuidados ou sob sua guarda.

C.5 APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE/CAPACITAÇÃO.

O desenvolvimento do capital humano de uma instituição é um dos elementos essenciais para o alcance do melhor desempenho dos resultados esperados, bem como para a inovação dos processos e atividades gerados pelo serviço, com vistas a melhoria da qualidade de vida da população e a otimização do uso dos recursos materiais disponíveis.

Prova de que o IDEAS possui preocupação e realiza ações diretamente voltadas para desenvolvimento do seu capital humano é que o Instituto possui Portal Próprio com cursos oferecidos na modalidade online aos seus colaboradores, além de ter uma área específica para gestão de educação para os profissionais, promovendo encontros presenciais de acordo com a necessidade de cada local em que o IDEAS faz gestão.

Após o processo de contratação se finalizado o colaborador recebe login e senha para acesso ao Portal podendo acessar pelo site https://ensino.ideas.med.br/login como demonstramos na imagem a seguir:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



Fonte: Site IDEAS 2023. Imagem real da tela de acesso / login do Portal de Ensino IDEAS.

Na área da saúde, a preocupação com a formação e a capacitação dos profissionais de saúde faz-se presente desde os anos de 1960. Com os avanços científicos e tecnológicos que contribuíram para a evolução das práticas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde das pessoas, impactando diretamente na expectativa de vida da população, o reconhecimento da necessidade de preocupar-se com a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde que são fundamentais para o aprimoramento dos serviços oferecidos pela instituição, tornou-se um ponto central para a gestão dos serviços (BRASIL, 2018).

Frente a este contexto, em 2004 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198, que surgiu com a perspectiva de criar estratégias para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde com capacidade para intervir na sua realidade a partir das necessidades e recursos locais (BRASIL, 2004).

Em 2007, foi publicada a Portaria nº 1.996, que reafirmou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, considerando as características de cada região e, principalmente, as necessidades de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde (BRASIL, 2007).

A educação permanente em saúde é entendida como a educação no trabalho e pelo trabalho, sendo que o processo formativo deve emergir das necessidades do serviço, por meio de um processo ativo e problematizador que permita o desenvolvimento das competências dos profissionais, objetivando a prospecção e elaboração alternativas para superação dos problemas e desafios presentes, bem como o aprimoramento do serviço,

com foco na qualidade da assistência e na otimização do uso dos recursos disponíveis, que irão impactar diretamente na universalidade do acesso a saúde para toda a população, e ainda, na qualidade de vida da comunidade assistida por este serviço e de seus profissionais (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A educação permanente em saúde compreendida como prática transformadora e problematizadora, que pauta-se na realidade dos serviços e promove integração entre o universo do ensino e do trabalho, contribuindo para a democratização nas relações institucionais que pode ser estratégica para o fortalecimento das relações entre a população, os trabalhadores e os gestores (MICCAS; BATISTA).

Outro aspecto recorrente quando se trabalha a partir dos pressupostos da educação permanente em saúde é sua relação com as equipes multiprofissional e interdisciplinar, vindo ao encontro das prerrogativas do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas, articulando os processos de trabalho para intervir melhorando as práticas de saúde e a organização do trabalho, objetivando corresponder às necessidades de saúde da população (MICCAS; BATISTA).

Para o fortalecimento do trabalho interprofissional, a educação interprofissional em saúde tem sido foco de debates no âmbito nacional e internacional, sendo esta uma potencialidade para a transformação do trabalho em saúde que frequentemente permanece centrado nas práticas uniprofissionais. A educação interprofissional em saúde é considerada uma intervenção na qual os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos interativamente, com a finalidade de melhorar a colaboração no cuidado dos usuários. Tal interação na aprendizagem requer a participação ativa, com a troca de conhecimentos entre diferentes áreas profissionais (CAIPE, 2017; TOASSI, 2017).

Frente a este contexto, propõem-se um Plano de Desenvolvimento e Capacitação para os profissionais, visando o desenvolvimento profissional e o aprimoramento da qualidade assistencial e melhoria contínua das ações e serviços desenvolvidos.

Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de Plano de Educação Permanente para os profissionais da UPA 24h de Almirante Tamandaré/PR, por meio do contrato de gestão com o IDEAS.

Objetivos Específicos

Implantar um programa de capacitação admissional para os novos colaboradores da UPA.

Implantar um programa anual de capacitação e desenvolvimento profissional, voltado para o desenvolvimento de competências profissionais e processos de trabalho da unidade.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Realizar a avaliação de reação, referente ao grau de satisfação dos participantes quanto a atividade educativa desenvolvida ao final do próprio evento.

Realizar a avaliação da aprendizagem, referente a aferição do aproveitamento dos participantes com relação a atividade desenvolvida.

Elaborar indicadores para acompanhamento do plano de desenvolvimento e capacitação.

Elaborar relatórios, mensais e anuais, sobre as atividades desenvolvidas e os resultados das avaliações e dos indicadores.

Metodologia

A operacionalização da educação permanente em saúde fundamenta-se nos pressupostos da problematização e da aprendizagem significativa, visando o desenvolvimento dos profissionais com consciência crítica e reflexiva, com competências para intervir e transformar as práticas locais e a organização do trabalho, tendo como foco a qualidade da assistência, a satisfação dos usuários e a otimização do uso dos recursos disponíveis (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; BRASIL, 2018).

A problematização tem como ponto central a indissociabilidade entre a teoria e o campo de práticas, parte da situação da realidade social observada que provoca questionamento, a partir do qual se desenha o quadro conceitual que permite uma análise teórica do problema e a formulação de hipóteses norteadoras que culminam em uma síntese com o intuito de intervir e ou transformar a realidade em questão (FUJITA et al, 2016).

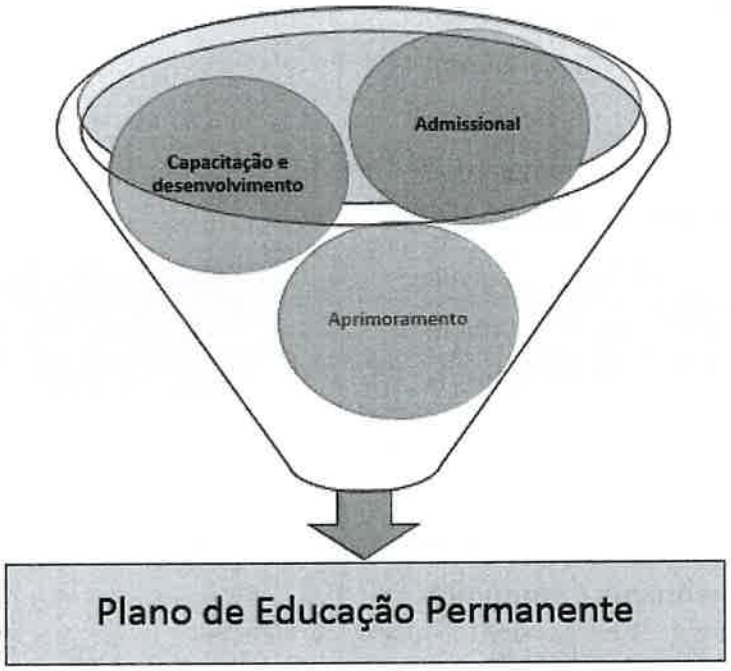
A aprendizagem significativa, fundamenta-se na premissa que um novo conhecimento será assimilado pela pessoa que o recebe a partir do momento que esta nova informação interage com as estruturas dos conhecimentos prévios, integrando novas informações em um complexo processo pelo qual aquele que aprende adquire conhecimento (SILVA, 2020).

Neste Plano de Educação Permanente para os profissionais que atuam na RUE Santo André, propõem-se o uso de estratégias educativas presenciais e ou distância. Ambas as estratégias possuem grande potencial de promover oportunidades de aprendizado e consequentemente de desenvolvimento e formação profissional, sendo que a estratégia de ensino a distância por meio de plataformas virtuais de aprendizagem favorece a flexibilização dos períodos em que o profissional irá realizar a atividade educativa, oportunizando que cada colaborador desenvolva o processo proposto no melhor horário para sua concentração e organização das atividades laborais.

Destaca-se que o Ideas dispões de plataforma virtual de aprendizagem para formação dos profissionais de saúde, para atender as necessidades específicas dos serviços.

Para a operacionalização deste plano propõem-se a execução de três eixos, conforme disposto na Figura 1:

Figura 1: Ilustração do Plano de Educação Permanente em Saúde e seus eixos de atividades.



- Eixo admissional: com atividades educativas direcionadas para a inserção e aproximação dos novos colaboradores com as políticas e rotinas institucionais, sendo esta uma etapa obrigatória do processo admissional.
- Eixo de capacitação e desenvolvimento: com atividades educativas direcionadas para as necessidades de aprimoramento dos profissionais de acordo com as necessidades de desenvolvimento de competências profissionais e de assistência da unidade.
- Eixo de aprimoramento: atividades educativas direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores da unidade.

A avaliação das atividades, será desenvolvida por meio de avaliação de reação (para avaliar a satisfação dos participantes com a atividade) e avaliação de aprendizagem (para avaliar o aproveitamento dos participantes com a atividade desenvolvida).

Eixo treinamento admissional

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Este eixo destina-se ao desenvolvimento de atividades educativas direcionadas para a inserção e aproximação dos novos colaboradores com as políticas e rotinas institucionais, sendo esta uma etapa obrigatória do processo admissional.

No Quadro 1, apresenta-se uma proposta de treinamento admissional. O treinamento admissional é composto por uma carga horária de 8 a 16 horas dependendo da categoria profissional, sendo que sua realização acontecerá de modo constante, sempre que houver a entrada de um novo colaborador na instituição. Para tanto utilizar-se-á o formato a distância.

Quadro 1: Proposta de treinamento admissional para os novos colaboradores da UPA 24h de **Almirante Tamandaré/PR**.

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
Rede de Urgência e Emergência.	Contextualizar sistema de saúde local relacionado à RUE, com destaque as situações epidemiológicas da região de saúde.	Todos os colaboradores	30	On-line
IDEAS	Contextualizar a missão, visão e valores que movem o IDEAS	Todos os colaboradores	30	On-line
Políticas do SUS	Apresentar as principais políticas do Sistema Único de Saúde: Lei 8080/1990, Lei 8142, Política Nacional de Atenção as Urgências	Todos os colaboradores	60	On-line
Política Nacional de Humanização (PNH)	Reconhecer os princípios e diretrizes da PNH, bem como as definições do acolhimento com classificação de risco	Todos os colaboradores	60	On-line
Políticas e Diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina SES/SC	Apresentar os protocolos e políticas estabelecidas pela SES/SC, conforme disposto no sítio institucional	Todos os colaboradores	60	On-line
Sistemas de registro de informações em saúde	Reconhecer a importância dos sistemas de registro de informações em saúde, bem como o impacto do	Todos os colaboradores	60	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	preenchimento incompleto dos sistemas para a unidade			
Segurança do paciente	Conhecer a Política Nacional de Segurança do Paciente, principais incidentes presentes na atenção à saúde, medidas de prevenção	Todos os colaboradores	60	On-line
Controle de infecção	Conhecer os elementos para o desenvolvimento de uma infecção, importância dos microrganismos multirresistentes e medidas de prevenção de infecções	Todos os colaboradores	60	On-line
Segurança do trabalhador	Conhecer as definições da NR 32, principais riscos relacionados ao trabalho em ambiente de assistência à saúde, os equipamentos de proteção individual e coletiva, acompanhamento periódico de saúde, medidas de prevenção de acidentes	Todos os colaboradores	60	On-line
Resíduos de serviços de saúde	Conhecer as definições institucionais para o gerenciamento de resíduos do serviço de saúde, a classificação dos resíduos e o tipo de destino para cada tipo de resíduo	Todos os colaboradores	60	On-line
Primeiro contato com o usuário	Identificar condutas chaves que favoreçam a criação de vínculo e empatia com o usuário, visando a satisfação do cliente	Equipe da recepção e segurança	120	On-line
Processo de admissão e alta de paciente	Conhecer os procedimentos que devem ser realizados no	Equipe de enfermagem	60	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	momento da admissão e da alta do paciente da unidade			
Cuidados no tratamento de feridas	Conhecer os tipos de coberturas e materiais específicos para o tratamento de feridas disponíveis na instituição, bem como cuidados no momento do preparo do leito da ferida	Equipe de enfermagem	60	On-line
Prevenção de quedas	Conhecer os principais fatores de risco para o paciente sofrer uma queda dentro do serviço de saúde e as medidas de prevenção	Equipe de enfermagem	60	On-line
Identificação segura	Conhecer o protocolo do Ministério da Saúde de Identificação segura e conhecer o protocolo e os procedimentos institucionais para a identificação segura dos pacientes	Equipe de enfermagem	60	On-line
Segurança na administração de medicamentos	Conhecer os certos para a administração de medicamentos e o protocolo institucional de segurança na administração de medicamentos	Equipe de enfermagem	60	On-line
Anotação/evolução de enfermagem	Reconhecer a importância da descrição clara e objetiva de todos as informações relacionadas a assistência ao paciente	Equipe de enfermagem	60	On-line
Dispensação segura de medicamentos	Reconhecer os riscos relacionados a dispensação de medicamentos e as	Equipe da farmácia	60	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	medidas para a prevenção dos riscos			
Controle de estoque e medicamentos que necessitam de refrigeração	Identificar os procedimentos necessários para o controle de estoque, bem como cuidados específicos com medicamentos que necessitam de refrigeração	Equipe da farmácia	60	On-line
Limpeza e desinfecção de superfícies e ambientes	Conhecer a classificação das áreas da unidade, bem como os procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies e ambientes de acordo com o risco relacionado à área	Equipe de higienização	60	On-line
Segregação dos resíduos em serviços de saúde	Conhecer a classificação dos resíduos de serviços de saúde, bem como os procedimentos interno para segregação de resíduos no local de geração dos mesmos	Equipe de higienização	60	On-line
Transporte de resíduos em serviços de saúde	Conhecer os cuidados relacionados ao processo de transporte de resíduos dentro do serviço de saúde	Equipe de higienização	60	On-line
Uso de equipamentos de proteção individual e coletiva	Conhecer os equipamentos de proteção individual e coletiva e reconhecer o momento em cada um deve ser empregado	Equipe de higienização	60	On-line

Eixo de capacitação e desenvolvimento

Este eixo tem como intuito manter ativo um constante processo de capacitação e desenvolvimento dos profissionais que atuam no serviço de saúde, por meio de atividades

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

educativas direcionadas para as necessidades de desenvolvimento de competências profissionais e de assistência da unidade.

No Quadro 2, apresenta-se uma proposta inicial de atividades educativas direcionadas para a capacitação e desenvolvimento dos profissionais e da assistência. As atividades serão realizadas em módulos mensais, cuja carga horária será variável de acordo com o objetivo definido para a atividade. Estas atividades ocorrerão com uma frequência mensal, sendo que cada tema será trabalhado ao longo de trinta dias. Para tanto utilizar-se-á o formato a distância, com execução de atividades presenciais complementares quando necessário.

Ressalta que esta é uma proposta inicial de treinamento interno, pois ao iniciar as atividades o IDEAS fará a análise e validação desta proposta junto aos profissionais da unidade, utilizando para isto pesquisa interna com os colaboradores e com os coordenadores e líderes de áreas. Após as adaptações será iniciada a implementação deste plano.

Quadro 2: Proposta de treinamento interno para os colaboradores da UPA 24h de **Almirante Tamandaré/PR**.

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
Higiene de mãos	Identificar os momentos para realização da higiene de mãos e a técnica para higiene de mãos com água e sabonete ou com álcool em gel, entre outros aspectos importantes	Todos os colaboradores	90	On-line
Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	Identificar os diferentes recipientes para a segregação dos resíduos no serviço de saúde, conhecer os diferentes tipos de resíduos e os riscos	Todos os colaboradores	120	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

	relacionados a cada tipo			
Conduta em caso de acidente com material biológico	Conhecer os principais risco de acidente com material biológico e a conduta que deve ser seguida caso um acidente ocorra	Todos os colaboradores	120	On-line
Reanimação Cardiorespiratória – atendimento a PCR.	Conhecer o protocolo institucional de parada cardiorrespiratória, bem como a função de cada membro da equipe no atendimento	Equipe de enfermagem e médica	180	On-line e presencial
Curso de SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (ACLS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial
Curso de SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA (PALS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial
Curso de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AO TRAUMA (PHTLS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial
Controle de infecções relacionadas à assistência à saúde	Conhecer a cadeia epidemiológica de transmissão de infecção e as principais medidas que devem ser adotadas para quebrar a cadeia de transmissão	Equipe de enfermagem e médica	180	On-line
Segurança do paciente	Conhecer os protocolos institucionais de segurança do paciente e o procedimento para notificação de incidentes	Todos os colaboradores	240	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Prevenção de infecção de sítio cirúrgico (foco em procedimentos de emergência – UPA/SAMU)	Conhecer os fatores que influenciam no aumento do risco de infecção de sítio cirúrgico, bem como as medidas de prevenção	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line
Limpeza de materiais no CME	Conhecer o conceito de carga microbiana e a influência de cada etapa do processo de limpeza da sua redução, bem como os produtos e materiais utilizados neste processo	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line
Controle de processo de esterilização	Conhecer todos os tipos de controle de processo de esterilização e como devem ser avaliados para atestar a qualidade do processo e segurança no uso do material	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line
Acolhimento com classificação de risco	Conhecer a importância do acolhimento com classificação de risco, bem como os protocolos relacionados	Equipe de enfermagem	240	On-line
Segurança na administração de medicamentos	Conhecer os certos para a administração de medicamentos e o protocolo institucional de segurança na administração de medicamentos	Equipe de enfermagem	180	On-line
Cuidados com o tratamento de feridas	Conhecer os tipos de coberturas e materiais	Equipe de enfermagem	120	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

	específicos para o tratamento de feridas disponíveis na instituição, bem como cuidados no momento do preparo do leito da ferida			
Grupos sanguíneos e transfusão sanguínea	Conhecer os grupos sanguíneos, possíveis interações e compatibilidades, testes e cuidados para o preparo de um bolsa para transfusão	Equipe de enfermagem	120	On-line
Transfusão sanguínea	Cuidados necessários durante a transfusão sanguínea, bem como documentação do processo. Conduta em casa de reação transfusional	Equipe de enfermagem	120	On-line
Preparo do paciente para realização de exames diagnósticos	Conhecer os tipos de exames realizados na instituição e tipos de preparo para exames mais comuns	Equipe de enfermagem	120	On-line
Uso de equipamentos de proteção individual (EPI)	Reconhecer as situações de risco que cada EPI deve ser utilizado, cuidados na paramentação e desparamentação	Equipe de enfermagem	120	On-line
Segregação de resíduos de serviços de saúde	Conhecer a classificação dos resíduos de serviços de saúde, bem como os procedimentos interno para segregação de	Equipe de higienização	180	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

	resíduos no local de geração dos mesmos			
Transporte e destino final dos resíduos de serviços de saúde	Conhecer os cuidados relacionados ao processo de transporte de resíduos dentro do serviço de saúde e cuidados com o abrigo externo e carros de transporte	Equipe de higienização	180	On-line
Limpeza e desinfecção de ambientes	Conhecer os conceitos de limpeza e desinfecção, os tipos de produtos usados para cada finalidade, técnica de limpeza e de desinfecção	Equipe de higienização	180	On-line
Conhecendo os ambientes do serviço de saúde	Conhecer a classificação dos ambientes de um serviço de saúde, bem como os risco relacionados a cada local e os cuidados para a segurança do paciente e do profissional	Equipe de higienização	120	On-line
Uso de equipamento de proteção individual e coletiva	Conhecer os equipamentos de proteção individual e coletiva e reconhecer o momento em cada um deve ser empregado	Equipe de higienização	180	On-line
Tipos de dietas e cuidados no preparo de alimentos	Conhecer os diferentes tipos de dietas para pacientes, indicações e riscos relacionados a troca de dietas, bem como cuidados no manuseio	Equipe de nutrição / enfermagem	300	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

	e preparo de alimentos no ambiente da UPA			
Identificação segura e cuidados na distribuição de dietas	Conhecer o protocolo de identificação segura do paciente e os cuidados para distribuição segura de dietas	Equipe de nutrição / enfermagem	120	On-line
Prevenção de quedas de pacientes durante a fisioterapia	Conhecer os principais fatores de risco para o paciente sofrer uma queda dentro do serviço de saúde e as medidas de prevenção durante a fisioterapia	Equipe de fisioterapia	180	On-line
Prevenção de infecções durante sessões de fisioterapia	Risco relacionados a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde e as medidas de prevenção de infecções durante a fisioterapia	Equipe de fisioterapia	180	On-line
Riscos e cuidados no manuseio de documentos	Conhecer a cadeia epidemiológica de transmissão de infecção e riscos relacionados a transmissão de infecções no ambiente da UPA, bem como medidas de prevenção	Equipe da recepção e administrativas	180	On-line
Cordialidade no atendimento/acolhimento inicial dos usuários	Identificar principais condutas que proporcionam a empatia e a criação de vínculo com o usuário, condutas e falas para demonstrar maior cordialidade no	Equipe da recepção, administrativas e segurança	180	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

	acolhimento dos usuários			
Comportamentos de risco para condutas agressivas	Identificar comportamentos que sugerem conduta sequencial agressiva, bem como procedimento de abordagem e condução da situação	Equipe de segurança	180	On-line
Abordagem e imobilização de pessoas agressivas	Conhecer os riscos relacionados ao procedimento de imobilização de uma pessoa, momentos em que deve utilizada e cuidados na sua realização	Equipe de segurança	180	On-line
Controle de estoque e validade de materiais e medicamentos da farmácia	Conhecer a importância do processo de controle de estoque quanto a quantidade e validade dos medicamentos, procedimentos na identificação de produtos próximos a validade	Equipe da farmácia	180	On-line
Armazenamento de medicamentos termo e fotossensíveis	Conhecer a necessidade de cuidados especiais com medicamentos termo e fotossensíveis	Equipe da farmácia	180	On-line
Distribuição segura de medicamentos potencialmente perigosos	Conhecer as medicações classificadas como potencialmente perigosas e os cuidados necessários para a dispensação	Equipe da farmácia	180	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

	segura destas medicações			
Prescrição segura de medicamentos	Identificar os principais cuidados necessários no momento de realização de uma prescrição de medicamentos considerando os risco envolvidos para o paciente	Equipe médica	60	On-line
Prescrição racional de antimicrobianos	Reconhecer a problemática da resistência microbiana e a influência da prescrição indiscriminada de antibiótico para este contexto, conhecer a importância do descalonamento de antibiótico	Equipe médica	120	On-line
Emissão de atestados	Identificar os critérios que justificam a emissão de um atestado médico e as consequências jurídicas e sociais desta ação	Equipe médica	120	On-line
Referência e contra referência dos usuários	Reconhecer a rede de atenção à saúde do município, bem como os instrumentos e caminhos para a comunicação e interação com os demais pontos da rede, bem como documentação do processo assistencial	Equipe médica e de enfermagem	180	On-line

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

	para encaminhamento do paciente			

Eixo de aprimoramento

Neste eixo as atividades educativas serão direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores que estejam com resultados desfavoráveis.

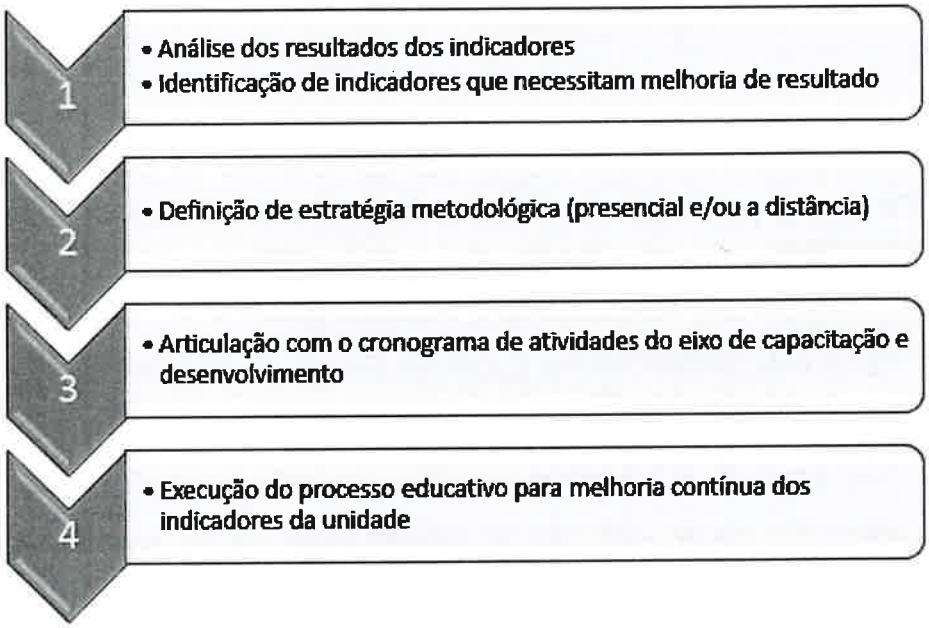
Para a operacionalização desta etapa tem-se a previsão de a partir dos resultados dos indicadores, assistenciais e de gestão, sempre que houver necessidade de melhorar o resultado de um indicador, desenvolver um processo de formação em serviço, articulando atividades presenciais e a distância, para trabalhar caminhos para a melhoria dos resultados. Na Figura 2 apresenta-se a descrição da operacionalização deste processo.

A frequência esperada é que a análise dos indicadores para a determinação de um novo processo de formação em serviço, será realizado a cada três meses, intercalando com a previsão de atividades educativas do eixo de capacitação e desenvolvimento.

No Quadro 3, apresenta-se a estrutura de proposta de um novo processo de formação em serviço.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Figura 2: Descrição da operacionalização do processo de aprimoramento por meio da análise dos indicadores da UPA 24h de **Almirante Tamandaré/PR**.



Quadro 3: Proposta de estrutura para organização e planejamento de um processo de formação em serviço.

ção	bjetivo	úblico-alvo	arga horária	ipo

Modelo de documento, Ideas 2023.

Avaliação das atividades e resultados esperados

A avaliação das atividades, será desenvolvida por meio de avaliação de reação e avaliação de aprendizagem.

A avaliação de reação é destinada à avaliar a satisfação dos participantes com a atividade desenvolvida, sendo realizada ao final de cada atividade e processo formativo por meio de um instrumento padrão de avaliação. Neste instrumento estarão contidas informações relacionadas a qualidade do conteúdo abordado, tempo de treinamento, tipo de estratégia utilizada, recursos audiovisuais empregados, possibilidade de aplicar o conteúdo abordado no treinamento no ambiente de trabalho.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A avaliação de aprendizagem, tem o intuito de avaliar o aproveitamento dos participantes com relação a atividade desenvolvida. Esta avaliação será realizada de modo customizado para cada atividade desenvolvida de acordo com os objetivos propostos para a ação.

Indicadores do Plano de Educação Permanente

Para acompanhamento do Plano de Educação Permanente, serão realizados alguns indicadores:

- Número de treinamentos desenvolvidos mensalmente.

- Número de profissionais que participaram de algum treinamento em um mês.

- Quantidade de horas treinamentos desenvolvidos mensalmente.

- Quantidade de horas treinamento desenvolvidos por profissional.

- Média da nota de avaliação da aprendizagem por treinamento segundo categoria profissional.

- Média da nota de avaliação da aprendizagem por profissional segundo treinamentos por ele realizado por trimestre.

Os indicadores serão fechados mensalmente e trimestralmente, de acordo com a característica de cada indicador.

As metas para os indicadores são:

- Os profissionais que realizam assistência direta ao paciente devem ter no mínimo uma oportunidade de treinamento por mês.

- Os profissionais administrativos e de apoio devem ter no mínimo uma oportunidade de treinamento a cada dois meses.

- Os profissionais que realizam assistência direta ao paciente devem contabilizar no mínimo 3 horas treinamento por mês.

- Os profissionais das áreas administrativas e de apoio devem realizar na média semestral no mínimo 1,5 horas de treinamento por mês.

Avaliação e relatório do Plano de Educação Permanente

A avaliação deste plano se dará por meio do acompanhamento dos indicadores de acompanhamento do Plano de Educação Permanente, e ainda, dos indicadores assistenciais e de gestão, que possuem relação direta e/ou indireta com as ações deste Plano.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Será elaborado relatório mensal sobre as atividades desenvolvidas, os resultados das avaliações e dos indicadores, compartilhando-o com as coordenações e lideranças da unidade para análise conjunta e colaborativa entre todos, buscando encontrar possibilidades de melhoria e aprimoramento deste Plano e das atividades assistenciais.

Referências

Silva JB. A Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel: uma análise das condições necessárias. Research, Society and Development, v. 9, n. 4, e09932803, 2020.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública 2014;48(1):170-185. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004498

Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

Brasil. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004;

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Diário Oficial da União 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2017. United Kingdom: CAIPE, 2017.

Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. Esc Anna Nery 2017;21(4):e20160317.

Fujita JALM, et al. Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez no ensino sobre brinquedo terapêutico. Rev. Port. de Educação. v. 29, n.1, 2016.

IDEAS
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

13.2.1 QUALIDADE OBJETIVA – AVALIA MEDIDAS PARA IMPLANTAÇÃO/COMPLEMENTAÇÃO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Em atendimento aos elementos técnicos trazidos no Termo de Referência o ***IDEAS*** abordará neste tópico a estruturação da sistemática de aplicação de critérios de qualidade.

A) COMISSÕES A SEREM IMPLANTADAS NA UPA

A.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Ética Médica	Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais	Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Dois Representantes da Gestão.	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I

Conceituação e Objetivos

Art.1º - A Comissão de Ética Médica (CEM) da UPA 24h, é vinculado ao Conselho Regional de Medicina do Estado, desempenha as seguintes atribuições:

Parágrafo Único: a Comissão de Ética Médica tem como objetivos

I - Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

II - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;

III - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão

IV - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI - Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII - Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX - Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua

X - Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI - Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

XII - Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica

XIII - Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV - Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV - Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;

XVI - Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

XVII – Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica

CAPÍTULO II

Composição e funcionamento

Art. 2° - A Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

Art. 3º - A Comissão de Ética Médica será composta por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único: o Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Art. 4º – São atribuições dos membros da Comissão de Ética Médica:

I - Eleger o presidente e secretário

II - Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III - Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta resolução;

IV - Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

CAPÍTULO III

Das atribuições e competências:

Art. 5º – São atribuições do presidente da Comissão de Ética Médica:

I - Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;

II - Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica; III - Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

IV - Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

V - Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica

VI - Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 6° - São Atribuições do secretário da Comissão de Ética Médica: I - Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

II - Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

III - Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica; IV - Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Médica; V - Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Art. 7º – O mandato dos integrantes da Comissão de Ética Médica terá duração de 2 (dois) anos.

Parágrafo Primeiro: cessará automaticamente o mandato do membro da Comissão de Ética Médica que deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo.

Parágrafo Segundo: nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente, respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo Terceiro: nos casos de vacância do cargo de presidente ou secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo Quarto: quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO IV

Reuniões da comissão:

Art. 8° - Os membros efetivos da Comissão de Ética Médica reunir-se-á em reuniões ordinárias mensais e extraordinária quando necessária.

Art. 9° - Os membros efetivos da Comissão de Ética Médica reunir-se-á com a presença da maioria de seus membros (metade mais um), sendo as deliberações tomadas por consenso.

Art. 10° - As reuniões serão realizadas, normalmente, na sala de reuniões e, excepcionalmente, em qualquer outro local previamente estabelecido.

Art. 11º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 12º - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

CAPÍTULO V

Das eleições:

Art. 13° - A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial na Instituição. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Art. 14° - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 15° - O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho.

Art. 16° - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais:

Art. 17° - Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CREMERJ para manifestação.

Art. 18° - Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Art. 19° – O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

_____, __ de _____ de 20___

_____

DIRETOR MÉDICO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Estabelecer plano de debates entre os profissionais médicos a respeito de situação éticas	Mensal	Todos
Analisar as denúncias dos casos éticos	Mensal	Todos
Comunicar, se necessário o Conselho Regional de medicina	Sempre que necessário	Todos

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Elaborar relatório dos casos analisados e comunicar o CRM	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

A.2 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Ética de Enfermagem	Assegurar uma assistência de enfermagem ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário, sem perder o foco na humanização da assistência.	Dois Enfermeiros Quatro Técnicos em Enfermagem Um Auxiliar de Enfermagem (se houver)	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

Conceituação e Objetivos

Art. 1º - A criação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) tem como finalidade de assegurar uma assistência de enfermagem ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário, sem perder o foco na humanização da assistência, e, a atual CEE está inserida nesse contexto.

Art. 2º - As Comissões de Éticas de Enfermagem são vinculadas ao COREN e devem manter a sua autonomia em relação às Instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Enfermeira Responsável Técnica ou a Gerência/Diretoria de Enfermagem da instituição.

Parágrafo Único: cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da C.E.E

Art. 3º - A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

CAPÍTULO II

Composição e funcionamento

Art. 4º - A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Art. 5º - A CEE será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros eleitos, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente.

Parágrafo Único: o cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 6º - O tempo de mandato da CEE será de 03 (três) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 7° - O afastamento dos membros integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo Único: Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEE comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN

CAPÍTULO III

Das competências:

Art. 8º - Compreende as competências gerais da CEE:

Representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;

Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;

Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.

Encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;

Propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;

Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Assessorar a Diretoria/Chefia/Coordenadora de Enfermagem da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;

Divulgar as atribuições da CEE.

Participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.

Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem.

CAPÍTULO IV

Reuniões da Comissão:

Art. 9° - Os membros efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á em reuniões ordinárias mensais e extraordinária quando necessária.

Art. 10° - Os membros efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á com a presença da maioria de seus membros (metade mais um), sendo as deliberações tomadas por consenso.

Art. 11° - As reuniões serão realizadas, normalmente, na sede da UPA 24h e, excepcionalmente, em qualquer outro local previamente estabelecido.

Art. 12º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 13º - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

CAPÍTULO V

Das eleições:

Art. 14° As eleições para constituição da CEE deverão ser convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro responsável técnico, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na instituição de saúde.

Art. 15° - A constituição da CEE é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos da Resolução COFEN n° 593/2018. Art. 16° - O Enfermeiro RT deverá constituir comissão eleitoral para encaminhamento do pleito.

Art. 17° – Cabe a comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos do art. 25º deste regimento.

Art. 18° – O voto em cédula será depositado em urna indevassável.

Art. 19° – A eleição se processará, preferencialmente, em 1 (um) dia, das 08:00 horas às 20:00 horas, garantindo, assim, a participação de todos os profissionais de enfermagem da instituição no pleito.

Art. 20° – A apuração será pública e na presença dos candidatos concorrentes ou de observadores.

Art. 21° – Na hipótese de ocorrência de fato grave que influencie o resultado da eleição, poderá o interessado recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem da respectiva jurisdição, a quem caberá decidir sobre a questão.

Art. 22° – Entende-se por fato grave aquele que coloca em dúvida a lisura do processo eleitoral, passível de apuração de responsabilidade e nulidade dos atos.

Art. 23° – Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos

Art. 24° - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEE.

Art. 25° - São critérios para integrar a CEE:

Manter vínculo empregatício junto à instituição de saúde;

Possuir situação regular junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;

Não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;

Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;

Parágrafo único. O Enfermeiro RT deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem os nomes dos profissionais inscritos/designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

Art. 26° - Cópia de todo processo eleitoral, capa a capa, deverá ser encaminhado ao Conselho Regional de Enfermagem para análise, avaliação e parecer de Conselheiro para aprovação do nome dos profissionais eleitos, em Plenário, podendo para tanto utilizar o meio eletrônico.

Art. 27°- A CEE eleita ou designada será nomeada por Portaria do Conselho Regional de Enfermagem estabelecendo os nomes dos eleitos ou designados, efetivos e suplentes, destacando o nome do presidente e do secretário e o prazo do mandato a ser cumprido.

Art. 28°- A Portaria deverá ser publicada no site do Conselho Regional de Enfermagem e em outros meios disponíveis de divulgação.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Art. 29°- Caberá ao Presidente do Conselho Regional de Enfermagem, ou outro profissional designado, dar posse à Comissão de Ética de Enfermagem da Instituição em ato oficial e na oportunidade entregar a Portaria de designação, que será o instrumento legal de atuação dos seus membros eleitos ou designados.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais:

Art. 30° – O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

Art. 31° – O presente Regimento segue as orientações do Conselho Regional de Enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN Nº 593/2018.

_____, __ de _____ de 20___

_____

PRESIDENTE DA COMISSÃO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Realizar eleição dos membros da Comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	35 dias	Secretário
Estabelecer plano de debates entre os profissionais de enfermagem a respeito de situação éticas e legais da profissão	60 dias	Todos
Analisar as denúncias dos casos éticos	Mensal	Todos
Comunicar, se necessário, o Conselho Regional de Enfermagem	Sempre que necessário	Todos
Elaborar relatório dos casos analisados e comunicar o COREN	Mensal	Todos
Realizar encontros de debates entre os profissionais de enfermagem a respeito de situação éticas e legais da profissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades da comissão	Anual	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

A.3 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Farmácia / padronização de materiais e medicamentos.	Monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, propondo ações voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.	Quatro Representantes serviço de Enfermagem Cinco Representantes serviço médico (Intensivistas, Diretor técnico, Diretor Clínico e Infectologista- CCIH) Dois Representantes do Serviço de Farmácia Representante da Administração Representante do setor de compras Representante do Serviço de educação permanente	30 dias	Trimestral

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT

Capítulo I

Da Natureza e Finalidade

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema da saúde nos três níveis de atenção.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo e de assessoria do corpo clínico, vinculada à gestão, cuja ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade Contribuir com informações e orientações à Equipe da Saúde para promoção do uso seguro e racional do medicamento, como um instrumento estratégico para gestão e melhoria da qualidade da prescrição."

Parágrafo único: A CFT Objetiva o desenvolvimento, supervisão e a consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos na UPA, sempre objetivando o uso racional de medicamentos, assegurando resultados clínicos satisfatórios e um risco potencial mínimo para os pacientes assistidos.

Capítulo II

Das Atribuições

Art. 3.º São atribuições da CFT:

I - Seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade da UPA;

II - Desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados na UPA, para a implantação de protocolos terapêuticos que assegurem o uso racional de medicamentos;

II - Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos e Materiais;

III - Desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

IV - Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;

V - Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;

VI - Elaborar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação;

VII - Elaborar materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos,

VIII - Educação continuada para qualidade da prescrição.

Capítulo III

Da Composição

Art. 4.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

I - Assistência Farmacêutica – 2 membros (1 Farmacêutico responsável, 1 Farmacêutico da Assistência);

II - Assistência de Enfermagem – 4 membros (diferentes áreas);

III – Serviço de educação permanente – 1 membro;

IV - Assistência Médica – 5 membros (Intensivistas, Diretor técnico, Diretor Clínico e Infectologista- CCIH);

V – Setor Administrativo – 2 membros (1 do setor de compras e 1 da Gestão).

§ 1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em Portaria ou documento equivalente pela Superintendência/Direção Geral.

§ 2.º Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias produtoras de medicamentos ou distribuidoras.

§ 3.º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas (num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 4.º A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser encaminhada até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

Os membros serão nomeados para a comissão, conforme termo de nomeação.

Capítulo IV

Do Funcionamento

Art. 5.º A CFT será presidida por um membro da assistência Médica ou por um Farmacêutico, coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica e secretariada por um membro da assistência de enfermagem;

Parágrafo único.

Caberá ao Presidente presidir as reuniões e representar a Comissão nas tomadas de decisões emergenciais, que colocam em risco a segurança do paciente. Ao Coordenador, cabe providenciar a organização da pauta das reuniões e preparação de cada tema nela incluída. Caberá ao secretário, confeccionar as atas e colher as devidas assinaturas e assessorar o presidente e o Coordenador no que for pertinente à comissão.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Art. 6.º A CFT reunir-se-á, trimestralmente e, extraordinariamente, por convocação do seu Presidente e ou Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 7.º As reuniões serão iniciadas preferencialmente com a presença mínima de 2 membros da Assistência Farmacêutica, 2 membros da Assistência de Enfermagem, 2 membros da Assistência médica e 1 do administrativo.

Art. 8.º Cada membro titular terá direito a um voto.

Art. 9.º Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 10. Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, inclusive podendo ser de outras instituições, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 11. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação de todos da mesma comissão ou o mínimo já estipulado neste regimento;

Art. 12. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo da Coordenação auxiliada pelo secretário (a), na ata deve constar os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações, deliberações e os pareceres emitidos.

Capítulo V

Fluxo de Trabalho

Art. 13. Os Protocolos terapêuticos devem ser definidos e implantados, conforme deliberação da CFT;

Art. 14. Os protocolos terapêuticos devem ser discutidos e concluídos com as chefias dos respectivos serviços médicos;

Art. 15. As solicitações de inclusão, de exclusão ou de substituição de medicamentos e materiais da lista de Padronização do SUS, devem chegar à CFT através dos formulários de solicitações e documentos exigidos.

Art. 16. Os formulários para as solicitações devem ser retirados no serviço de Farmácia e devolvidos para o mesmo assim que preenchidos.

Art. 17. O Serviço de Farmácia fica responsável em encaminhar os formulários de solicitações preenchidos ao coordenador (a) da CFT.

Art. 18. As solicitações de inclusão, substituição, exclusão ou de compra de Não Padronizado de medicamento e material encaminhadas à CFT, serão analisadas conforme os critérios de Avaliação e o Parecer Técnico estabelecido, será registrado em formulário próprio;

Art. 19. A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante, para complementação das informações;

Art. 20. Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pelo Presidente,

Art. 21. O formulário deve retornar ao solicitante através da Coordenação da Comissão;

Art. 22. Depois de homologado, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco aos usuários envolvidos.

Art. 23. Apenas os medicamentos e materiais inclusos na relação de padronização são adquiridos de forma programada pela UPA, estando consequentemente disponíveis para uso, ao contrário dos medicamentos e materiais não padronizados que passam por um processo de compra específico.

Art. 24. Medicamentos e materiais não padronizados são aqueles que, por possuírem um consumo muito baixo e irregular, e/ou por serem utilizados em situações excepcionais, não deverão ser mantidos em estoque, porém serão providenciados quando solicitados.

Art. 25. As compras destes medicamentos e materiais deverão ser feitas através do preenchimento dos Formulários padronizados pela comissão, devidamente preenchidos e assinados pelo Médico responsável pelo paciente.

Art. 26. Após entrega do formulário preenchido ao Serviço de Farmácia, o farmacêutico analisa se há algum medicamento ou material da mesma classe terapêutica padronizado, que possa atender à solicitação.

Art. 27. A proposta será analisada imediatamente pelo Diretor técnico em caso de aprovação/autorização, o pedido é encaminhado, conforme Rotina para compra de medicamentos e materiais não padronizados. A solicitação depois de atendida ou não, deve ser encaminhada para CFT, para registro em ata.

Capítulo VI

Disposições Finais

Art. 28. Este Regimento pode ser alterado mediante decisão dos membros da comissão.

Art. 29. O presente regimento entra em vigor a partir desta data.

_____, ____ de _____ de 20__.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da equipe	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Definir a lista de medicamentos padronizados na instituição com estoques mínimos	45 dias	Todos
Elaborar indicadores das atividades da comissão	60 dias	Todos
Analisar e responder todas as solicitações de padronização/ despadronização/ aquisição eventual de medicamentos	Constante	Todos
Analisar notificações encaminhadas pelo NQSP sobre queixa técnica e reações adversas relacionadas a medicamentos	Constante	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da comissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria no processo de uso de medicamentos	Trimestral	Todos
Definir critérios de controle quanto a validade dos medicamentos	45 dias	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

Apresentamos no **ANEXO IX** a proposta de Regimento Interno da de todas as comissões apresentadas, além de funcionamento de outras comissões / comitês. Após constituição, será publicizado documento em mídia oficial.

IDEAS
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

13.2.2 QUALIDADE SUBJETIVA

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

13.2.2 QUALIDADE SUBJETIVA

A) ACOLHIMENTO

A.1 ROTINAS DA RECEPÇÃO, CONTROLE DE ACESSO E ORIENTAÇÃO AOS USUÁRIOS E FAMILIARES CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Visando a informação e orientação de todos os usuários o IDEAS se vale do manual de acolhimento de todos os pacientes. Trata-se de um parâmetro inicial, no qual os usuários são informados e orientados sobre todas as circunstâncias envolvendo o atendimento na UPA. Seguimos a diretrizes do Manual Instrutivo da Rede de Atenção as Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), elaborado pelo ministério da saúde e disponibilizado no link de acesso:

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h#:~:text=Veja%20exemplos%20de%20quando%20voc%C3%AA,Infarto%20e%20derrame

Os usuários são informados sobre a estrutura básica e funções da Unidade de Pronto Atendimento, visando a conscientização de tipos de atendimentos, modalidades de serviços, sistemática de fluxos internos e de todos os Direitos e Deveres do usuário.

A UPA, sigla de Unidade de Pronto Atendimento, é um serviço intermediário entre a atenção básica (ESF/UBS) e as unidades hospitalares. Trata-se de uma unidade de saúde que funciona em horário integral, inclusive nos fins de semana. A unidade está equipada para atender aos usuários em necessidades de pronto atendimento e qualquer emergência.

A UPA possui consultórios de clínica médica e pediatria, serviço de coleta de exames laboratoriais, eletrocardiograma e Raio-X digital. Também conta com leitos de observação para adultos e crianças, medicação, nebulização, ambulatório de traumatologia e uma sala de emergência totalmente equipada, para estabilizar os pacientes mais graves até serem levados a um hospital. A UPA 24 horas também está preparada para realizar

pequenas suturas. Os cidadãos de Almirante Tamandaré/PR são orientados sobre a função da UPA para utilizar o serviço sempre que necessário, de forma adequada.

COMPETÊNCIA DA UPA:

• Atendimento de urgência e emergência traumáticas e não traumáticas:

• Realização de exames laboratoriais, eletrocardiográficos e radiológicos para diagnosticar situações de urgência e emergência

• Distribuição de medicamentos para que o paciente realize o tratamento domiciliar em situações de urgência

• Apoio ao atendimento de unidades móveis do Corpo de Bombeiros e SAMU, como referência para pacientes com emergências, que possam lá ser resolvidas no local, ou apoio médico a unidades básicas ou intermediárias

• Estabilizar pacientes com emergências, removendo-os imediatamente após regulação para o hospital de referência

NÃO É COMPETÊNCIA DAS UPAS:

• Consultas médicas de segmento ou ambulatoriais

• Declaração de saúde para esportes ou outros

• Avaliação para risco cirúrgico

• Exames pré admissionais

• Renovação ou troca de receitas médicas de uso contínuo

• Fornecer encaminhamentos para especialistas

• Abrigo de indigentes e pessoas que não apresentam alguma urgência médica

• Troca de curativos

• Revisão de suturas e retirada de pontos

• Realização de exames laboratoriais que não sejam de urgência

• Distribuição de medicamentos de uso crônico

• Realização de procedimentos eletivos médicos

• Adiantar consulta médica agendada na Unidade Básica de Saúde

NOSSOS COLABORADORES

A UPA 24 horas conta com um corpo clínico dedicado e com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, farmacêutico, atendentes de farmácia, técnicos

e auxiliares de enfermagem, técnicos de RX, recepcionistas, assistentes administrativas, vigias, auxiliares de serviços gerais, coordenação de enfermagem, gerência administrativa e diretoria clínica. Nossos profissionais são qualificados e constantemente capacitados para atender emergências e urgências durante as 24 horas, 7 dias na semana.

Perguntas Frequentes:

O que acontece a partir da entrada de um paciente na UPA 24 horas?

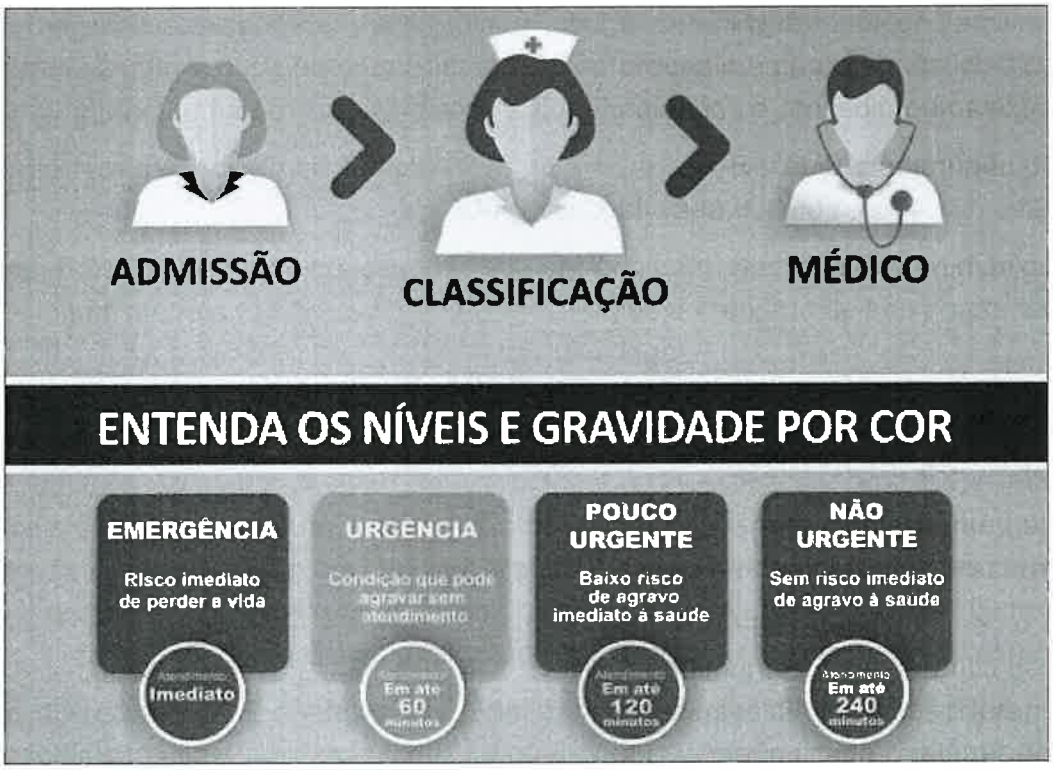
Se for um caso grave, o paciente será imediatamente encaminhado para a sala de emergência onde receberá o atendimento necessário até que seu quadro clínico seja estabilizado e ele possa ser removido para um hospital. Os demais pacientes deverão se dirigir à recepção da UPA 24 horas, onde serão inseridos no sistema pelos recepcionistas. Em seguida, receberão o primeiro atendimento na sala de acolhimento com classificação de risco, por um Enfermeiro. O Enfermeiro identificará os pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Como funciona a classificação de risco?

A classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência garante a priorização do atendimento em função do quadro clínico de cada paciente. Assim, pacientes mais graves serão atendidos primeiro. Ninguém sairá da UPA 24 horas sem ser atendido.

Aos pacientes com doenças mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



Por que a UPA 24 horas ajuda a reduzir o movimento nas emergências dos hospitais?

A UPA 24 horas diminui o número de pacientes na fila dos hospitais porque tem condições de resolver muitos problemas de saúde que levam as pessoas a procurar as emergências hospitalares. Sete em cada dez pacientes que chegam aos hospitais não são casos de emergência e acabam superlotando essas unidades. Estes casos são tão importantes quanto os mais graves, podem e devem ser atendidos na UPA 24 horas e encaminhados para unidades básicas para segmento de tratamento.

Qual é o objetivo de uma UPA?

A UPA é uma estrutura que busca contribuir para a melhoria dos serviços de Saúde oferecidos à população. São objetivos da UPA:

• Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por pacientes com casos de urgência de baixa e média complexidade.

• Garantir acesso da população o atendimento de urgência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos.

• Fazer atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência de qualidade e resolutivo à população.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

• O primeiro atendimento rápido, estabilização e observação de pacientes por períodos de até 24 horas, de acordo com a classificação de risco, antes de sua remoção para o tratamento definitivo ou liberação para acompanhamento ambulatorial.

• Apontar o direcionamento para os hospitais da rede, pela Central de Regulação de Vagas dos casos com necessidades de internação.

• Encaminhar os enfermos que realmente necessitam de cuidados hospitalares.

Qual a diferença entre uma Unidade Básica de Saúde e uma UPA?

A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada do SUS e é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde dos usuários. Você deve procurar uma Unidade Básica quando precisar de consulta médica por motivos não urgentes, ou seja, sem risco de vida, para acompanhamento de hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas, vacinas, troca de receita de medicamentos de uso contínuo, curativos, exames laboratoriais de rotina, pré-natal, encaminhamento para especialidades (conforme critério médico).

A UPA oferece atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, 7 dias na semana. Uma UPA têm capacidade para atender sem necessidade de encaminhamento ao pronto-socorro hospitalar mais de 90% dos pacientes. Você deve procurar uma UPA para atendimento em casos de urgência como: crises de pressão alta e diabetes, dificuldade para respirar, convulsões, febre alta, fraturas, infarto, derrame, cortes etc.

Quando devo procurar a UPA?

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem atender grande parte das urgências e emergências. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento.

Exemplos de situações em que devo procurar a UPA:

Febre Alta, acima de 39º;

Fraturas e cortes com sangramento

Infarto ou derrame

Queda com torsão, dor intensa ou suspeita de fratura

Cólicas renais

Falta de ar intensa

Crises convulsivas

Dores fortes no peito

Vômito constante

Picada de animais venenosos

Queimaduras

Ferimentos por armas de fogo

Ferimentos por armas brancas

Intoxicações

Acidentes automobilísticos

Tentativa de suicídio

Atendimento odontológico de urgência



QUANDO DEVO PROCURAR A UPA?

- **Febre Alta, acima de 39º;**
- **Fraturas e cortes com sangramento**
- **Infarto ou derrame**
- **Queda com torsão, dor intensa ou suspeita de fratura**
- **Cólicas renais**
- **Falta de ar intensa**
- **Crises convulsivas**
- **Dores fortes no peito**
- **Vômito constante**
- **Picada de animais venenosos**
- **Queimaduras**
- **Ferimentos por armas de fogo**
- **Ferimentos por armas brancas**
- **Intoxicações**
- **Acidentes automobilísticos**
- **Tentativa de suicídio**
- **Atendimento odontológico de urgência**

IDEAS

DIREITOS

Ser sempre tratado com dignidade e respeito.

Receber atendimento humano, atencioso e respeitoso, sem preconceitos de origem, raça, credo, sexo, cor, idade, diagnóstico e quaisquer outras formas de preconceito por parte de todos os profissionais que atuam na Instituição.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Ser identificado pelo nome e sobrenome e não pelo nome da sua doença ou agravo à saúde, número ou código, ou ainda outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

Ter asseguradas a sua segurança, integridade física, psíquica e moral, repouso, privacidade e individualidade.

Ter asseguradas a preservação de sua imagem e identidade e respeito a seus valores éticos, morais e culturais, independentemente de seu estado de consciência.

Ter conhecimento das normas e regulamentos da Instituição.

Receber esclarecimentos sobre os documentos e formulários que forem apresentados para assinar, de forma que a compreensão e o entendimento estejam claros para uma opção consciente.

Receber auxílio adequado e oportuno, por profissional habilitado, de acordo com sua necessidade, para garantia do seu conforto e bem-estar presente no local, em qualquer situação.

Poder identificar os profissionais que atuam direta ou indiretamente em sua assistência na Instituição através de crachá com foto, nome, cargo e/ou função.

Receber do médico de sua escolha e dos demais membros da equipe multidisciplinar responsáveis pela sua assistência, por ocasião do início ou a qualquer fase do tratamento, informações verbais e, quando possível, relatório explicativo por escrito, claro e legível, sem códigos ou abreviaturas, identificado com o nome e a assinatura do(s) respectivo(s) profissional (ais) com seu(s) número(s) de registro no(s) órgão(s) de controle e regulamentação profissional e sua(s) respectiva(s) assinatura(s), contendo: tipo e natureza do tratamento, duração esperada, possibilidades de diagnóstico, procedimento(s) proposto(s), eventuais efeitos colaterais e as informações e orientações quanto aos medicamentos a serem utilizados.

Ser esclarecido sobre riscos, benefícios e alternativas do(s) tratamento(s) e procedimento(s) a que será submetido, e a quem caberá a responsabilidade financeira na eventualidade de aceitar sua inclusão em um protocolo de pesquisa.

Solicitar segunda opinião em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e, se desejar, substituição do médico responsável pelo seu atendimento.

Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação, procedimentos diagnósticos, terapêuticos e avaliações clínicas a serem nele realizados. Revogar, desde que não haja risco de morte, qualquer consentimento que tenha dado anteriormente, previamente à realização do procedimento, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

Ter seu prontuário elaborado de forma legível, contendo o conjunto de documentos padronizados com informações a respeito de seu histórico médico, início e evolução de sua

doença, raciocínio clínico, exames complementares, condutas terapêuticas, descrição dos procedimentos realizados e demais relatórios e anotações pertinentes, podendo consultá-lo a qualquer momento, mesmo após seu arquivamento, pelo prazo estipulado em lei.

Receber, quando solicitar, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que serão administrados, assim como ter acesso às informações sobre a procedência do sangue, hemocomponentes e hemoderivados de forma que possa verificar, antes de recebê-los, sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

Expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição, através do Serviço de Atendimento ao Cliente, e receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.

Ter livre acesso a todo e qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.

Ter resguardada a confidencialidade de todo e qualquer segredo pessoal, através da manutenção e do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio paciente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais ou de imagem.

Ser informado, orientado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu autocuidado. Receber instruções médicas claras e legíveis sobre a continuidade de seu tratamento visando a cura, reabilitação e prevenção secundárias e de sequelas ou complicações, com o nome dos medicamentos identificados e a identificação do(s) profissional(is) que o atendeu(ram) com o(s) seu(s) respectivo(s) número(s) de registro no(s) órgão(s) de controle e regulamentação profissional e sua(s) respectiva(s) assinatura(s).

Ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, incluindo exames, medicações, taxas hospitalares e outros procedimentos.

Ser acompanhado, se assim o desejar, na consulta e durante sua internação, por pessoa por ele indicada, assim como pelo marido/companheiro nos exames pré-natais. Sendo menor, ter uma relação anexada ao prontuário das pessoas indicadas por ele ou por seus responsáveis que poderão acompanhá-lo, em período integral, durante sua hospitalização.

Receber visitas de amigos e parentes em horários em que não comprometam as atividades dos profissionais que atuam no serviço, de acordo com as normas e os regulamentos da Instituição.

Receber assistências emocionais, morais e religiosas.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

Receber o adequado tratamento para minimizar a dor quando existirem meios para aliviá-la.

Ser tratado com dignidade e respeito após a sua morte e não ter nenhum órgão ou tecido retirado de seu corpo sem sua prévia autorização, de sua família ou do responsável legal.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Sendo adolescente (faixa etária entre 12 e 18 anos), desde que identificado como capaz de compreender seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios:

Ser atendido, se o desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis, devendo essa quebra de sigilo profissional ser informada e justificada previamente ao adolescente.

CRIANÇA OU ADOLESCENTE

Ter a mãe e o pai considerados defensores dos seus interesses, participando ativamente nas decisões relativas aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e anestésicos, recebendo todas as informações e esclarecimentos pertinentes, salvo quando existir determinação judicial em contrário.

Poder desfrutar de acompanhamento de seu currículo escolar e de alguma forma de recreação.

Não ser exposto aos meios de comunicação sem sua expressa vontade e a de seus pais ou responsáveis.

RECÉM-NASCIDO

Não ser separado de sua mãe ao nascer, salvo quando o próprio recém-nascido ou sua mãe necessitarem de cuidados especiais.

Receber aleitamento materno exclusivo, salvo quando isso representar risco à saúde da mãe ou do recém-nascido.

SENDO IDOSO

Obter o cumprimento do disposto nos artigos 16 a 18 do "Estatuto do Idoso" - direito a acompanhante, opção por tratamento que seja mais favorável, bem como o de ser atendido por profissionais treinados e capacitados para o atendimento de suas necessidades.

DEVERES

Tomar ciência das condições para admissão para pacientes nesta Instituição.

Designar médico responsável pelo tratamento durante o período da internação.

Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde.

Notificar as mudanças inesperadas de seu estado de saúde atual aos profissionais responsáveis pelo seu tratamento e cuidados.

Procurar obter todos os esclarecimentos necessários para a compreensão dos procedimentos e tratamentos realizados e propostos; confirmar o entendimento sobre os procedimentos e tratamentos realizados e propostos.

Conhecer e respeitar as normas e os regulamentos da Instituição.

Seguir as instruções recomendadas pela equipe multidisciplinar que o assiste, respondendo pelas consequências de sua não observância.

Indicar o responsável financeiro por seu atendimento médico-hospitalar, e no caso de estar recebendo cobertura da fonte pagadora:

Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviço da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes.

Não fumar na UPA 24h, exceto nas áreas claramente destinadas e sinalizadas como áreas toleráveis.

Zelar e responsabilizar-se pelas propriedades da Instituição colocadas à sua disposição visando seu conforto e tratamento durante o período do atendimento hospitalar.

Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente, acima relacionados, deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.

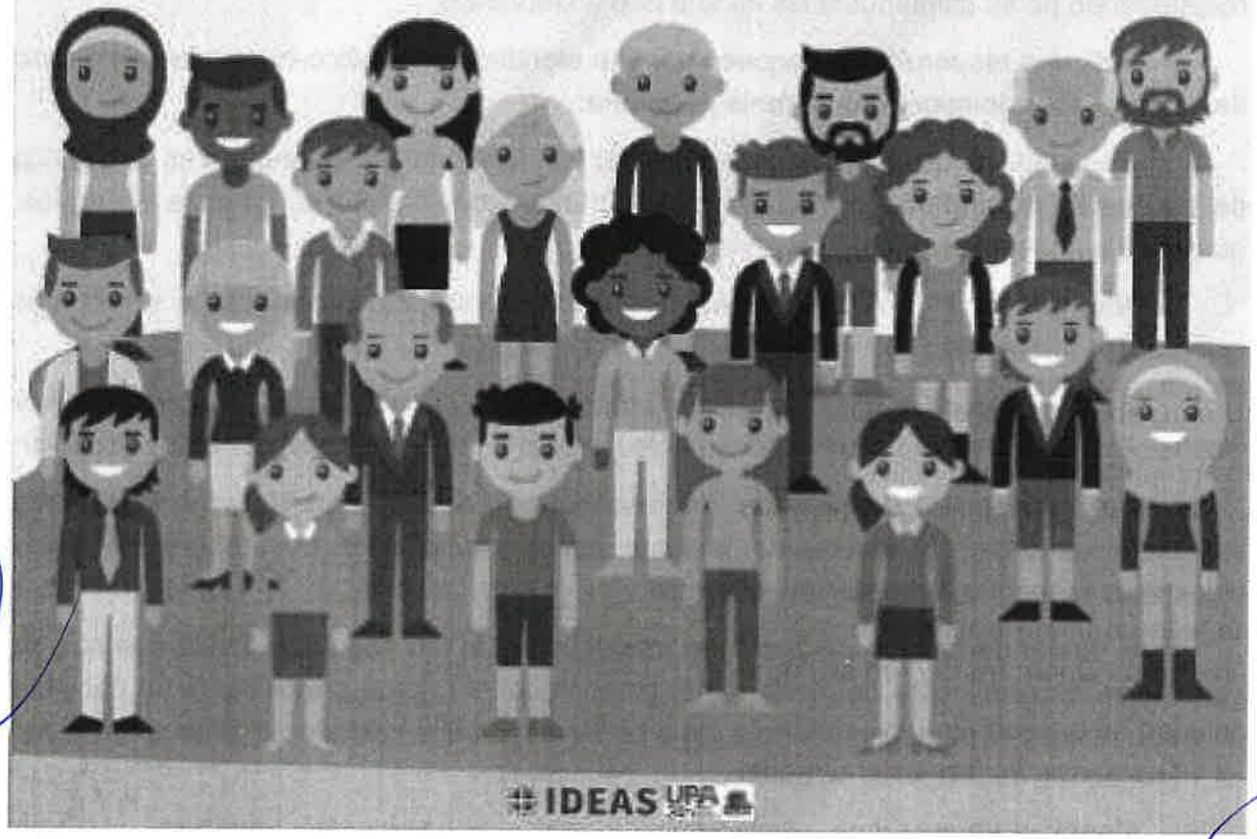
É direito do médico renunciar ao atendimento de um paciente, desde que não se caracterize risco iminente de morte e que comunique tal atitude previamente ao paciente ou a seu responsável, assegurando a ele a continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

Todos os direitos e deveres estão de acordo com a legislação brasileira.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

MANUAL
DOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE



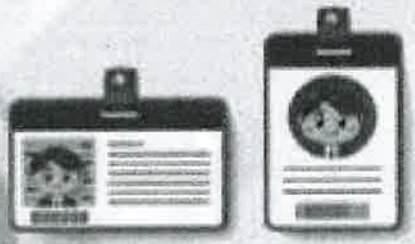
31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

DIREITOS

- TODO CIDADÃO TEM DIREITO A UM ATENDIMENTO HUMANIZADO E SEM DISCRIMINAÇÃO.



Você tem direito a um atendimento sem nenhum preconceito de raça, cor, idade, sexualidade, estado de saúde ou nível social.



Os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde devem ter os nomes bem visíveis nos crachás.

- TODO O CIDADÃO DEVE TER RESPEITO AOS DIREITOS DO PACIENTE.



Você tem direito a pedir para ver seu prontuário sempre que quiser



Tem também o direito de permitir ou recusar qualquer procedimento médico, assumindo a responsabilidade por isso.

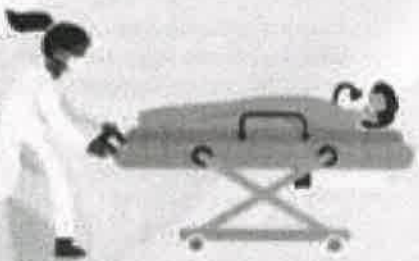
IDEAS UPA 24h

DIREITOS

- TODO O PACIENTE TEM DIREITO A SER ATENDIDO COM ORDEM E ORGANIZAÇÃO.



É garantido a todos o fácil acesso a UPA, especialmente para portadores de deficiência, gestantes e idosos.



Quem estiver em estado grave e/ou em maior sofrimento precisa ser atendido primeiro

- TODO O CIDADÃO TEM DIREITO A TER UM ATENDIMENTO COM QUALIDADE.



Você e seu acompanhante tem direito a receber informações claras sobre seu estado de saúde.



Também tem direito a receber remédios para aliviar a dor e o sofrimento quando for preciso.

IDEAS UPA

DEVERES

- TODO CIDADÃO TAMBÉM TEM DEVERES NA HORA DE BUSCAR ATENDIMENTO DE SAÚDE



Respeitar o direito dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviço da UPA, que deverão ser tratados com cortesia, utilizando-se dos canais de comunicação disponíveis para exercer seu direito de apresentar reclamações.



Respeitar a proibição de fumo nas dependências da **UPA**, proibição esta extensiva a seus acompanhantes, **conforme legislação** vigente.



Você nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde.



Ter disponível documento sempre que for pedido.

IDEAS UPA 24h

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

INSTRUÇÃO COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS.

O **IDEAS** possui o registro informativo relacionado aos parâmetros de notificação compulsória das enfermidades, de acordo com a previsão da Portaria GM/MS nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 e Portaria GM/MS nº 1.102 de 13 de maio de 2022, onde consta toda a listagem das doenças ou agravos e a periodicidade de notificação junto à sistemática do SUS.

O protocolo de notificação será implantado na unidade de acordo com a exigência prevista na normativização, ate à aplicação dos seguintes parâmetros a serem implantados no sistema informatizado:

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem Alfabética)	Periodicidade de Notificação			
		Imediata (até 24 horas) para:			Semanal
	ENTE NOTIFICADO	MS	SES.	SMS	
1	Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
2	Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
3	Acidente por animal peçonhento			X	
4	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
5	Botulismo	X	X	X	
6	Cólera	X	X	X	
7	Coqueluche		X	X	
8	Covid-19	X	X	X	
9	Dengue - Casos				X
10	Dengue - Óbitos	X	X	X	
11	Difteria		X	X	
12	Doença de Chagas Aguda		X	X	
13	Doença de Chagas Crônica				X

14	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
15	Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
16	Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
17	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola	X	X	X	
18	Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
19	Doença aguda pelo vírus Zika				X
20	Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
21	Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
22	Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
23	Esquistossomose				X
24	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
25	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	
26	Febre Amarela	X	X	X	
27	Febre de Chikungunya				X
28	Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
29	Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

30	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
31	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
32	Febre Tifoide		X	X	
33	Hanseníase				X
34	Hantavirose	X	X	X	
35	Hepatites virais				X
36	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
37	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
38	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
39	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
40	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
41	Leishmaniose Visceral				X
42	Leptospirose			X	
43	Malária na região amazônica				X
44	Malária na região extra-Amazônica	X	X	X	
45	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
46	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
47	Peste	X	X	X	
48	Raiva humana	X	X	X	
49	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
50	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
51	Sífilis: a. Adquirida				X

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

	b. Congênita c. Em gestante				
52	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
53	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19	X	X	X	
54	Síndrome Inflamatória Multissitêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19	X	X	X	
55	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a Coronavírus a. SARSCoV b. MERS- CoV c. SARS-CoV-2	X	X	X	
56	Síndrome Gripal suspeita de covid-19	X	X	X	
57	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
58	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
59	Tuberculose				X
60	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
61	Violência doméstica e/ou outras violências				X
62	Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

Todos os profissionais serão instruídos e haverá treinamentos periódicos sobre os prazos de notificação compulsória das doenças listadas e indicadas pelo Ministério da Saúde. O Quadro de orientação ficará afixado dentro do setor administrativo e no rol de recados e anexos, em conjunto com as escalas de profissionais.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A.2 INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AO USUÁRIO

FINALIDADE

Normatizar e disciplinar os procedimentos para um efetivo controle de entrada, circulação e saída de pessoas / bens materiais e acolhimento dos usuários da Unidade de Saúde.

CONCEITOS BÁSICOS

Autoridades: Pessoas que representam o poder público ou que estão investidas de cargo público podendo ser: policiais e membros dos Poderes Executivo, Jurídico ou Legislativo.

Colaboradores: Pessoas que contribuem com a missão e o negócio da UPA 24h (servidores, professores, residentes, voluntários, discentes, e de empresas terceirizadas).

Usuários: Pessoas da comunidade que necessitam ter acesso a Unidade Hospitalar.

Crachá: Documento de identificação que permite o controle de acesso, circulação e saída de pessoas do ambiente físico da UPA 24h.

Horário Hospitalar: período de tempo determinado para atendimento ao público externo

Portarias: Vias de acesso ao complexo da UPA 24h.

Visitas extraordinárias: São aquelas fora do horário hospitalar e do horário de visita aos clientes internados feitas por prestadores de serviços (externos) e visitas extras aos clientes internados.

Visitas normais: São todas as demais não caracterizadas como visitas extraordinárias. As visitas nas enfermarias serão realizadas diariamente, em período determinado pela administração, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Permitido um número específico de visitante por vez. A troca de acompanhantes será realizada diariamente nos horários definidos pela administração hospitalar, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social. O vigilante deverá fazer a ronda na hora das visitas em todos os setores, e fazer a retirada de visitantes que eventualmente não tenham saído, após o horário de visita definido.

Visita oficial: Pessoas de órgãos públicos ou entidade civil que, no exercício de suas atividades, necessitam ter acesso às dependências da Unidade.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

NORMAS

ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES

Para se alcançar a integralidade das ações é preciso trabalhar com um conceito mais amplo de saúde como trabalho em equipe, cuidado ao paciente e suas necessidades buscando uma assistência maior, transformadora, centrada no individuo, envolvendo a valorização do cuidado e o acolhimento.

Todos os usuários e acompanhantes que procurarem a Unidade de Saúde devem ser atendidos e direcionados ao setor de referência, devendo ser indicado o profissional que dará continuidade a este atendimento. O objetivo desta ação é que os usuários se sintam acolhidos pelos profissionais, e sejam atendidos de forma resolutiva.

Os profissionais devem se identificar, questionar o motivo da procura pela unidade, abrir a ficha de atendimento/ internação/ procedimento e orientar o usuário qual o setor e sua localidade este deve se dirigir.

Considerando a importância do acesso, a unidade de saúde deverá dispor de cadeiras de rodas ou macas, para auxiliar ou promover a locomoção do usuário.

VIAS DE ACESSO DE PESSOAS (PORTARIAS) / PERMISSÃO DE ACESSO.

O acesso de pessoas às dependências internas do complexo da UPA 24h somente poderá ocorrer pelas portarias de acesso de usuários.

OBS: As entradas do Depósito de Lixo, Oxigênio e Coleta de Material para Exames Laboratoriais não se constituem vias de acesso a UPA 24h e são de uso exclusivo desses serviços.

CRITÉRIOS PARA TER ACESSO ÀS DEPENDÊNCIAS DA UPA

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados)

a) Estar portando seu próprio crachá, o qual deve estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras).

b) Estar na portaria pertinente (autorizada) à sua entrada.

c) Atender às condições contidas nas letras "e, g, h" do item 5.2.2. abaixo.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Comunidade Externa

a) Ser previamente identificado no Serviço de Recepção e ter recebido o crachá correspondente ao seu local da visita.

b) Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor/enfermaria) de destino.

c) Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/ enfermaria.

d) Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visitação.

e) Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras).

f) Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética.

g) Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas.

h) Não estar fumando.

i) Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o cliente internado a ser visitado.

j) Militar policial ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua "carteira funcional", que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.

l) Os representantes comerciais somente poderão ter acesso às dependências da UPA 24h, quando sua presença for autorizada e responsabilizada pela chefia a ser visitada.

Observações:

- os representantes comerciais não poderão circular pelas dependências da UPA 24h para outros fins que não seja contato comercial com as unidades responsáveis pela Instituição;

- não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição.

m) Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências da UPA 24h, desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela direção.

CONTROLE DAS RECEPÇÕES / FISCALIZAÇÃO

a) Quando não estiverem devidamente trancadas, as portarias da UPA 24h não poderão ficar "descobertas" em momento algum. Havendo necessidade do recepcionista ou o vigilante se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro servidor para substituí-lo imediatamente.

b) É de responsabilidade dos recepcionistas e vigilantes:

- Verificar se nas dependências da UPA 24h as pessoas estão portando o crachá de forma visível. Caso não estejam, solicitar a correção e / ou apresentação;

- Controlar as entradas / saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação;

- Exigir a identificação, quando julgar necessário.

c) Na atividade de controle da portaria, se o servidor for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar de imediato a presença de sua chefia.

PROCEDIMENTOS GERAIS

DA RECEPÇÃO.

a) Receber cordialmente todas as pessoas que se dirigem ao Guichê da Recepção.

b) Identificar o cidadão:

- Solicitar identificação do usuário e/ ou acompanhante, no caso de visita a pacientes internados;

- Analisar pasta de documentos, atentando para as ordens em vigor, tirando todas as dúvidas com o colega ou a coordenação que está saindo de serviço, para garantir a sequência normal das atividades.

c) Os recepcionistas e vigilantes que estejam entrando em serviço (turno de trabalho) deverão ler o livro de ocorrência logo após o recebimento do serviço, fazer as anotações que se fizeram necessárias, liberando em seguida o colega que está saindo de serviço, pois, caso contrário, assumirão total responsabilidade sobre o mesmo.

d) Prestar, respeitosamente, informações sobre as rotinas da UPA 24h.

DO RECEPCIONISTA E VIGILANTE/ CONTROLADOR DE ACESSO.

a) Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão.

b) Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso).

c) Fornecer um crachá provisório ao colaborador, quando este não estiver de posse do seu, mediante o preenchimento Comunicado Interno Colher a assinatura do colaborador no Comunicado Interno; Informar a necessidade de entrega do crachá por ocasião da saída.

Obs: Na Recepção Principal este procedimento deverá ser realizado pelos recepcionistas e vigilantes, cabendo ao recepcionista o recebimento do crachá, quando da saída do colaborador.

d) Controlar a entrada de autoridades, no caso de autoridades jurídicas (Juizado de Menores, Juizado da Vara da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares, etc), Casas de Apoio e policiais não fardados, solicitar a apresentação de suas "identidades funcionais", verificando se eles estão em missão oficial; neste caso, solicitar a apresentação dos respectivos mandados ou documentos comprobatórios.

- estando a serviço de sua instituição, as autoridades terão acesso a quaisquer horas, de acordo com o horário de funcionamento do setor interno (onde deseja ir), da UPA 24h;

- não estando a serviço de sua instituição, a autoridade obedecerá à mesma condição dos visitantes em geral.

OBS: Estando a serviço ou não, as autoridades deverão receber o crachá de visitantes (exceto militares fardados) e obedecer às regras previstas para este caso.

e)Orientar os clientes, fornecedores e visitantes, quando solicitado.

f) Avisar aos visitantes que a UPA 24h não se responsabiliza por valores e pertences deixados na Recepção, assim como por qualquer tipo de aparelho eletroeletrônico trazido por acompanhantes ou visitantes.

g) Indicar a localização de cada setor / enfermaria a ser visitado (a).

h) Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), TV acima de 14 polegadas, ventiladores, salvo quando houver autorização por escrito da Diretoria Médica, Coord. de Enfermagem ou Serviço Social.

i) Impedir a entrada de pessoas que estejam fumando, alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas e com roupas inadequadas.

j) Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar se uma pessoa não está utilizando o crachá de outra.

k) Impedir a saída de qualquer cliente internado, sozinho ou acompanhado, visto que o "interno" só pode sair da UPA 24h acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado para tal.

l) Em caso de extravio do crachá do servidor, encaminhar a pessoa à Coord. Pessoal para ser destinado à confecção de um novo crachá.

m) Controlar a saída dos visitantes e recolher os respectivos crachás, os quais posteriormente deverão ser entregues no Guichê de Recepção, quando for o caso.

n) Fazer rondas internas e externas, exercendo a vigilância ostensiva, as quais deverão ser realizadas constantemente, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de acompanhantes em locais não autorizados após horário determinado.

OBS: VIGILANTES/CONTROLADORES DE ACESSO, nas rondas, verificar se todas as portas e janelas estão devidamente fechadas, luzes apagadas, quando for o caso, se não há violação de grades ou cerca, torneiras abertas, vazamento de água e gás, se há avarias visíveis em máquinas, equipamentos, móveis e veículos, se há pessoas estranhas no ambiente vigiado, se há suspeitos rodando a UPA 24h.

- Qualquer anormalidade observada quando da realização da ronda, entrar em contato imediato com a sede e coordenação de vigilância ou responsável pelo posto, adotando as primeiras medidas de segurança, fazendo o devido registro no livro de ocorrência. Para melhorar o sistema de segurança da UPA 24h.

o) Impedir, caso não haja autorização por escrito, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais da Instituição, mesmo que portado por servidores.

Observações:

- Caso não haja autorização por escrito ("Autorização para Saída de Bens Patrimoniais" – ASBP), reter o bem patrimonial e comunicar imediatamente o fato à Coord. De Patrimônio;

- Todo bem patrimonial da UPA 24h somente poderá sair (mesmo para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc), mediante a apresentação da ASBP, preenchido, carimbado e assinado pelo Setor de Patrimônio ou pelo responsável pela guarda do mesmo;

- Quando da retirada de um bem patrimonial, o porteiro deverá conferir o equipamento com a ASBP, verificando se os dados e o preenchimento estão de acordo;

- Reter uma cópia da ASBP, a qual deverá ser datada, assinada e encaminhada ao setor que autorizou a saída (para o devido controle).

p) Impedir e/ou inibir a ação de agentes funerários, não permitindo suas presenças na área da UPA 24h, exceto no caso de retirada de cadáveres.

OBS: Se necessário, acionar a Polícia Militar.

q) Elaborar relatório diário de ocorrências (registrado em livro próprio), caso exista qualquer irregularidade durante seu horário de trabalho, além de comunicar, imediatamente, à sua Coord. e a Diretoria Administrativa.

r) Não fumar, quando estiver no seu posto de trabalho, principalmente se estiver atendendo ao público.

s) Caso o recepcionista for agredido moralmente ou fisicamente, deverá:

- relatar o fato no "Livro de Ocorrência da Recepção;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Os fatos ocorridos em relação aos colaboradores deverão ser encaminhados, via CIs, para as respectivas chefias para as providências cabíveis;

- Conforme o grau da ocorrência, as chefias superiores também deverão ser chamadas, imediatamente.

DOS COLABORADORES E DEMAIS PESSOAS DA COMUNIDADE

a) Usar o crachá de identificação no peito, em situação visível.

b) Exibir ao porteiro de serviço, quando solicitado, qualquer volume que estiver portando, ao entrar ou sair da UPA 24h.

c) Utilizar somente as vias de acesso determinadas por essa Norma Procedimental.

d) Trajar-se adequadamente no ambiente hospitalar.

e) Não trazer gêneros alimentícios de qualquer natureza para o interior da UPA 24h.

f) Seguir fielmente as normas e rotinas previstas nesta NP.

h) Devolver o crachá ao recepcionista ou vigilante, quando sair das dependências da UPA 24h (exceto os colaboradores que não estão utilizando o crachá provisório).

HORÁRIO DE VISITAÇÃO

Considerando o caráter da unidade e as peculiaridades vinculadas ao regime de permanência dos usuários de saúde será definido o horário das 14h até 17h para que os familiares possam realizar a visita e o contato com os usuários e pacientes. A flexibilização do horário somente se dará em casos excepcionais, visto que o nível de atenção dos serviços implica na estabilização e remessa do paciente para unidade hospitalar referenciada.

No caso de permanência superior ao período de 24h, sem que haja disponibilidade de leitos na central de regulação será concedido o prazo de 1h para visitação em horário previamente definido pela equipe multidisciplinar em conjunto com a direção da UPA 24h. As visitas somente ocorrerão nos casos em que o paciente esteja em leitos de observação em condição estável e com expressa autorização do médico responsável.

SERVIÇO DE APOIO SOCIAL E PSICOSOCIAL – ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO

Serviço de Assistência Social

Serviço complementar de assistência direta ao paciente por meio de visita, anamnese, avaliação e orientação inclusive na alta hospitalar. O desenvolvimento do trabalho do assistente social junto ao paciente se realiza por meio da intervenção em questões sociais vivenciadas pelo mesmo e seus familiares, ampliando informações, viabilizando e mobilizando recursos na perspectiva de garantir direitos, qualidade e humanização do atendimento, integrando a equipe interdisciplinar contribuindo com a eficiência e otimização dos serviços prestados. O assistente social é um profissional especializado que trabalha para que as políticas públicas sejam efetivas, informando e garantindo que elas sejam cumpridas, fazendo com que os direitos do cidadão sejam respeitados. Orienta os pacientes quanto aos seus direitos garantidos por lei

Protocolos e Procedimentos Operacionais

É política da UPA 24h a garantia da qualidade e segurança da assistência, portanto, considera necessária a disponibilização de Protocolos e Procedimentos técnicos padronizados para toda a equipe profissional, de forma a promover o conhecimento e execução dos cuidados de acordo com o estabelecido institucionalmente.

Os Protocolos e Procedimentos técnicos utilizados pela Assistência Social, estarão disponíveis em manuais operacionais atualizados, conforme modelos detalhados. Estes documentos foram desenvolvidos pela Organização Social, e serão disponibilizados para que os profissionais da UPA 24h providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência serão submetidos a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermagem, Administração).

A partir da aprovação serão cadastrados e disseminados para toda equipe através de treinamentos.

Protocolos de Segurança:

Protocolo de avaliações do Serviço Social

Protocolo de acompanhamento do Serviço Social

Protocolo de Identificação do Paciente

Protocolo de Comunicação Segura

Protocolo de Higienização das Mãos

Procedimentos Operacionais

Acolhimento e orientação aos familiares de pacientes que foram a óbito.

Ao ocorrer óbito de paciente a equipe interdisciplinar comunica o serviço social, que realizará contato com familiares, solicitando que compareçam brevemente à UPA 24h. Os familiares serão acolhidos pela equipe interdisciplinar, e receberá a comunicação do

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

óbito pelo médico. O serviço social prestará informações relacionadas ao funeral, a rotina hospitalar e documentação necessária para a liberação do corpo.

Orientação aos familiares sobre condições agravantes de saúde/ tratamento do paciente.

A equipe médica informa a enfermagem e/ou o serviço social, para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis pelo paciente, para que compareçam à UPA 24h, onde o médico informará a família de qual o procedimento está sendo tomado pela equipe médica frente ao estado clinico do paciente.

Orientação de Alta ao paciente

A equipe médica e/ou enfermagem informará ao serviço social, da alta do paciente, o serviço social, verifica se todas as orientações e/ou encaminhamentos foram compreendidos pelo paciente, familiar ou responsável, quanto à necessidade de retorno à unidade de saúde na data agendada. Caso o paciente esteja impossibilitado de deambular e/ou apresentando sintomas de confusão mental o serviço social, deverá entrar em contato com familiares e/ou responsáveis orientando que é necessário um acompanhante junto do paciente. Se houver necessidade, solicitar transporte. Não tendo familiar e/ou responsável, o Serviço Social deverá encaminhar o usuário a rede integrada social do município para tratamento. Em horário fora do expediente a enfermeira de plantão irá desenvolver a mesma rotina.

Alta do paciente sem condições sociais de transporte

A assistente social deverá identificar este paciente durante a triagem social do serviço e providenciar para o momento da alta o recurso de transporte para a alta do paciente. Em casos de pacientes não identificados e que necessitem de transporte para alta, a Assistente Social ira verificar-se o paciente possui familiar e/ou responsáveis que possam buscá-lo na UPA 24h. Caso o paciente não possua familiares e/ou responsáveis

O Serviço Social deverá verificar se este se enquadra nos critérios para solicitação do transporte, que são:

Pacientes acima de 60 anos, impossibilitado de deambular, e desorientados;

Pacientes que realizaram cirurgia;

Conforme avaliação do serviço social.

Apoio a Paciente sem vestuário

O Serviço Social providenciará sempre que possível o atendimento a estes usuários disponibilizando vestimentas adequadas para a permanência ou saída da UPA 24h diante da solicitação do serviço de enfermagem.

Pacientes sem documentos

O serviço social identificará através da avaliação social, pacientes que não possuam documentações. Também poderão ser identificados os casos pela equipe interdisciplinar e recepção. Paciente sem documentos, receberão orientações e encaminhamentos do serviço social para os órgãos competentes, Secretaria de Ação Social do Município, CRAS- Centro de Referência de Assistência Social.

Apoio ao familiar de outro município

A equipe interdisciplinar ou mediante a avaliação social identificará familiar e/ ou acompanhante de paciente que tenha dificuldade de permanência no município durante o período de internamento. O serviço social realizará contato com a rede sócio assistencial no sentido de conseguir que familiar e/ou acompanhante, seja acolhido em casa de apoio do município.

Orientações sobre benefícios previdenciários

A equipe interdisciplinar ou a recepção comunica ao Serviço Social que paciente e/ou familiar, necessita de informação sobre benefícios previdenciários. O Serviço Social orienta o paciente sobre os benefícios existentes e encaminha os a Agência do INSS Instituto Nacional de Seguro Social ou para o CRAS- Centro de Referência Especializada de Assistência Social.

Internamento de paciente acompanhado de menor de idade

A recepção deverá comunicar o Serviço Social que o paciente está sendo internado com acompanhante menor de idade. Checar no internamento o número do telefone de um familiar e/ou responsável que possa vir buscar o menor de idade e preencher o internamento do usuário. Caso não conseguir contato telefônico deve-se entrar em contato com Conselho Tutelar, solicitando que venham buscar o menor. A responsabilidade pelo menor bem como, pela busca de seus familiares é do Conselho Tutelar.

Evasão de paciente internado

A enfermagem deverá comunicar ao Serviço Social que o paciente internado evadiu-se. Preenche formulário próprio e encaminha ao serviço social. Esse solicita ao medico responsável o preenchimento do formulário, se paciente corre risco de morte ou

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

não. Se confirmada a primeira hipótese deverá ser realizado pelo serviço social um Boletim de Ocorrência e esse arquivado no prontuário do mesmo.

Indicadores da Assistência Social

Nº de avaliações realizadas

Nº de atendimentos consultas/interconsultas realizadas

% de Eventos

Instrução para o funcionamento do serviço social

Estrutura do Serviço

O Serviço Social da UPA 24h atuará dentro de uma perspectiva mediadora entre cliente, família e instituição, desenvolvendo ações que ofereçam respostas à dimensão social do paciente. Recepcionará o usuário e a família de maneira humanizada, definindo uma parceria e compromisso no tratamento proposto.

O assistente social tem como objetivo representar a Instituição na solução de problemas diversos que afligem família e/ou paciente, mantendo sempre uma posição de coerência, clareza, orientação e solução dos problemas que surgem durante o período de atendimento, fazendo muitas vezes a ponte entre a família, equipe técnica, comunidade e unidade de saúde.

Normas e Rotinas

O Serviço Social deverá seguir um Regimento Interno, que constará as atribuições, normas, rotinas, requisitos, estrutura física e horário de funcionamento.

Atividades Desenvolvidas:

- Resolução de problemas de ordem social;
- Intervenção como mediador;
- Orientação ao paciente e/ou familiares;
- Acolhimento e atendimento humanizado;
- Realizar entrevista social com o paciente;
- Contra referenciar o paciente aos serviços de atenção básica;
- Realizar encaminhamentos para os CRAS (Centro de Referencia de Assistência Social), secretarias de saúde/ assistência social/direitos humanos, Ministério Público, Conselhos Tutelares;

- Desenvolver campanhas educacionais e projetos assistenciais e sociais junto à comunidade;
- Entrevista social; Viabilização de serviços, tais como: transporte, casa de apoio, dentre outros;
- Orientação aos pacientes sobre direitos e benefícios legais;
- Apoio psicossocial grupal e individual;
- Visitas hospitalares e domiciliares.
- O Serviço Social terá seu horário de atendimento de segunda a sexta feira, 8h/dia.

A.3 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

Protocolo para Acolhimento e Classificação de Risco Adulto

O acolhimento e classificação de risco recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), utiliza-se da mesma lógica por cores e para 4 níveis de classificação, com definição dos níveis e critérios baseados em sinais e sintomas clínicos, priorizando o atendimento no grau de gravidade do paciente, como todos os modelos de classificação de risco em serviços de urgência e emergência existente

Classificação dos pacientes por prioridades de cores

Classificação por cores	*Tempo para o atendimento médico*
Vermelho	Atendimento Imediato
Amarelo	Mais rápido possível, não correm risco imediatos de vida
Verde	Priorização de Lei: idosos, cadeirantes, excepcionais, queixas de dor e outros.
Azul	Demais condições não agudas

Objetivos:

Para melhorar a procura espontânea, será adotado o sistema de Acolhimento com Avaliação e classificação de Risco do Ministério da Saúde. Adotando um sistema de triagem por classificação de cores (Vermelho, Amarelo, Verde e Azul), que atende o paciente, priorizando o grau de gravidade.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Com objetivo de priorizar urgência/emergência no atendimento, onde a classificação da gravidade é definida por cores. A avaliação de risco é realizada por um Enfermeiro, que avalia o paciente, classifica por gravidade e, esclarece ao paciente que necessita de atendimento primário, contudo não o dispensando, para que seja consultado por um profissional médico.

A Classificação de Risco de dará nos seguintes níveis:

VERMELHO:

Prioridade zero emergência, necessidade de atendimento imediato. Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento imediato dos pacientes graves visando afastar o risco imediato de morte, realização de exames diagnósticos, e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta. Pacientes com quadro de infarto, dores no peito, politrauma, etc.

AMARELO:

Prioridade 1 urgência, atendimento o mais rápido possível.

Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento mediato e que deve ser realizado no máximo em trinta minutos de espera. É classificado como paciente crítico que necessita de cuidados intensivos, realização de exames diagnósticos, e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta.

VERDE:

Prioridade 2 prioridades não urgente.

Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento de espera oportuna, indicado para pacientes não críticos.

Azul:

Prioridade 3.

Consulta de baixa complexidade, atendimento de acordo com horário de chegada. Ficha carimbada com identificação da cor: pacientes em quadro simples e prioridade secundária, com tempo de espera indefinido, dependendo do fluxo de pacientes nas outras cores.

Fluxo de Atendimento Interno:

Acolhimento e Recepção: Paciente ao chegar à recepção solicitando atendimento será comunicado a Enfermeira para avaliação e classificação de risco, a partir daí será direcionado segundo sua necessidade.

Avaliação e classificação de risco:

Após passarem na recepção, os pacientes deverão passar pela sala de Triagem onde serão aferidos os sinais vitais dos pacientes, e encaminhados conforme classificação de cores.

Classificação Vermelha:

Paciente deverá ser encaminhado à sala de emergência, onde será atendido pelo médico.

Classificação Amarela:

Paciente após classificação aguardará avaliação do médico da retaguarda clínica na sala de Triagem

Classificação Verde:

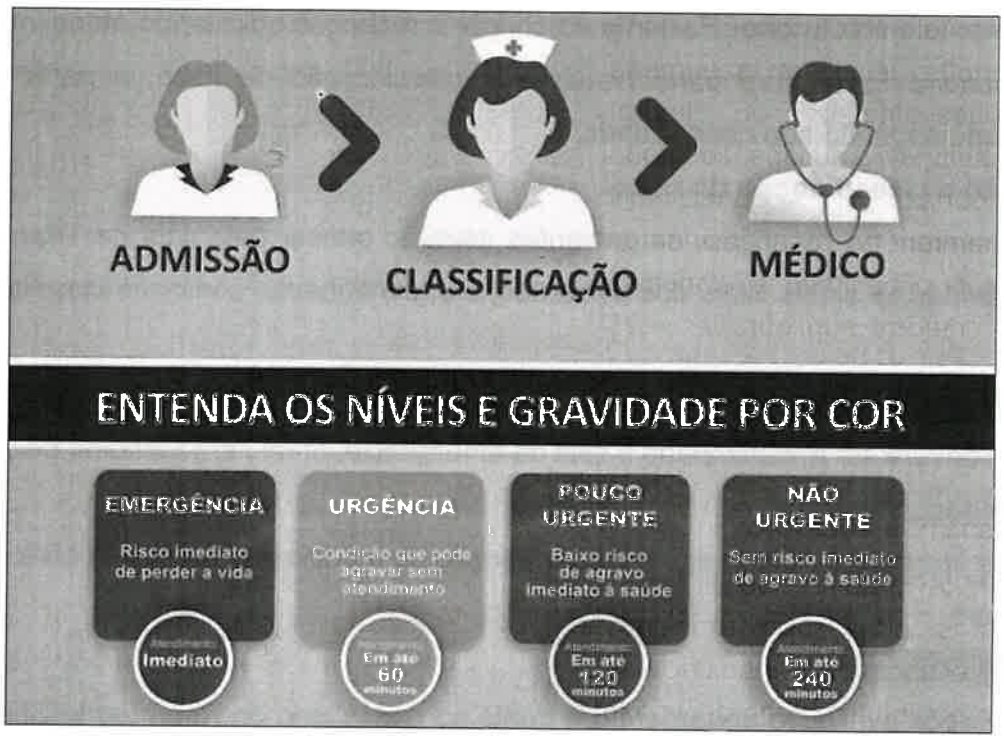
Paciente após avaliação aguardará em frente ao consultório da Retaguarda Clínica para o atendimento médico, no máximo em 2 horas.

Classificação Azul:

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera. Até 6 horas.

Fluxograma de classificação de risco

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



VERMELHOS: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala de Emergência devido à necessidade de atendimento imediato.

PRIORIDADE 0

- Múltiplas fraturas, Cortes, RNC, Fratura Exposta;
- Alteração do nível de consciência, movimentos tônico-crônicos;
- Dor torácica e/ou dor epigástrica associada com sudorese, vômitos, dor em aperto, facada agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores associado a falta de ar e cianose,
- História de ingestão de substâncias tóxicas, medicamentosas, em doses elevadas;
- Tentativa de suicídio;
- Reação alérgica: cutâneas ou sistêmicas;
- Glicemia capilar menor que 70mg/dl ou maior que 250mg/dl; apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, hipotermia, vômitos, taquicardia, taquipneia;

- Falta de responsividade, ausência de movimentos respiratórios e ausência de pulso central;
- Perda de consciência: mesmo que seja momentânea;
- Presença de foco infeccioso com mais 2 sinais associados: Temperatura corpórea acima de 37,8º, taquicardia, hipotensão, alteração respiratória.
- Hipotensão, oligúria, frequência cardíaca menor que que 60 bpm, alterações respiratórias (maior que 20mr/m), hipotermia, sangramento evidente com alteração de sinais vitais;
- Desconforto respiratório intenso FR: maior que 20mr/min, sudorese, tosse com expectoração rosada, estertores em ausculta pulmonar;
- Alterações do nível de consciência, déficit de mobilidade, alterações psicomotoras, déficit sensório-motor;
- Ferimentos por arma de fogo ou arma branca;
- Alteração de padrão respiratório, sibilos na ausculta pulmonar ou saturação menor que 90;
- Integridade tissular prejudicada: lesões causadas por calor ou frio em mais de 25% da superfície corporal queimada.
- Frequência cardíaca menor que 50 ou maior 140bpm
- Pressão Arterial sistólica menor que 90 ou maior 250 mmhg
- Pressão Arterial Diastólica maior que 130mmhg
- Temperatura corpórea menor que 35º ou maior de 40° com sintomas, porém não correm risco de morte imediato.

AMARELA: paciente após classificação aguardará avaliação do médico da retaguarda clínica na sala de Triagem.

PRIORIDADE 1

- Dor intensa em região lombar associada a queda de pressão arterial, sudorese e palidez;
- Pressão Sistólica maior que 140mmHg e diastólica maior que 90mmHg e/ou presença de cefaleia, escotomas visuais, dor em região occipital.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Rebaixamento de nível de consciência com Escala de Coma de Glasgow menor que 12;
- Glicemia capilar menor que 70 mg/dl ou maior que 250 mg/dl;
- Letargia, agitação ou confusão mental;
- Alteração de padrão respiratório, sibilos a ausculta pulmonar, saturação de oxigênio menor que 90%, cianose;
- Sangramento evidente sem alteração de sinais vitais;
- Doenças infecto contagiosas;
- Alteração comportamental e inconsciência, taquicardia, arritmia, sudorese, com ou sem alteração de sinais vitais causados por intoxicação exógena;
- Crise convulsiva a mais de24h;
- FC maior que 50 ou menor que 140 bpm;
- PA Sistólica maior que 100 ou menor que 150 mmHg - sintomático;
- PA Diastólica maior que 110mmHg – sintomático;
- Febre menor que 38,5;
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais;
- Sangramento nasal;
- IMUNODEPRIMIDOS: com febre;
- Acidente com material biológico;

VERDE: pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridades sobre consultas simples-espera até 2 horas.

PRIORIDADE 2

⬇

- Idosos > 60 anos;
- Pacientes escoltados;
- Deficientes físicos;
- Impossibilidade de deambulação;
- Funcionário durante o período de trabalho (fora do protocolo vermelho e amarelo);
- Retorno com o período inferior às 24h, devido a não melhora do quadro;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Asma fora da crise;
- Cefaléia com alteração sensória perceptiva;
- Dor de ouvido leve a moderada;
- Dor lombar;
- Celulites e abscessos;
- Alteração comportamental sem alteração de sinais vitais (DNV)
- Intercorrências ortopédicas;
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;
- Convulsão – sem alteração de nível de consciência.

AZUL: demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima. Espera aproximada de 06 horas.

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera. Até 6 horas

PRIORIDADE 3

- Queixas crônicas sem alterações agudas;
- Demais condições de Saúde não enquadradas nas situações/queixas dos níveis Vermelho, Amarelo, e Verde.

Classificação de Risco Infantil

Classificação de riscos:

A identificação dos pacientes que necessitam de atendimento imediato é um processo dinâmico cuja categorização do doente segundo a prioridade deverá ser feita da seguinte maneira:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Nível 1 = VERMELHO

Nível 2 = AMARELO

Nível 3 = VERDE

Nível 4 = AZUL

Objetivos:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Atendimento humanizando o atendimento
- Descongestionar o Pronto Atendimento
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que a criança seja vista precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário
- Informar os tempos de espera ao acompanhante

Agente de acolhimento:

Trata-se do profissional realiza a primeira avaliação da situação que levou a pessoa a procurar atendimento, preferencialmente é realizado por um profissional de saúde, geralmente um técnico de enfermagem ou enfermeiro, mas eventualmente o primeiro contato dentro do Pronto Atendimento é realizado diretamente com recepcionistas ou seguranças, que deverão estar treinados para identificar a situação e acionar o agente de triagem.

Identificando e Classificando:

O agente de triagem deve sempre atender ao paciente e seu acompanhante de maneira educada questionando inicialmente qual o motivo da procura do atendimento, por exemplo: "O que houve com a criança" / "Como podemos ajudá-la?".

A atenção com orientação do acompanhante diminui o nível de ansiedade, devendo ser classificado e encaminhado para o local adequado de atendimento.

RISCO VERMELHO:

São crianças críticas que devem ser encaminhados imediatamente para sala de emergência para atendimento médico imediato.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A criança pertencente a este grupo geralmente já é trazida em condição que permite identificá-lo de imediato a presença de ferimentos ou outros sinais evidentes. Enquadra-se no Grupo de:

- Politraumatizado;
- Alteração do nível de consciência;
- Desconforto respiratório e cianose;
- Ferimentos penetrantes (FAF, FAB);
- Crises convulsivas;
- Intoxicações exógenas;
- Reações alérgicas;
- Queimaduras;
- Aspiração de corpo estranho;
- Afogamento;

RISCO AMARELO

Crianças que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à **Sala de Triagem de Enfermagem**.

- Febre ≥ 39;
- Crise asmática sem desconforto intenso;
- Desmaios;
- Hemorragias;
- Dor abdominal intensa;
- Náuseas /Vômitos e diarreia;
- Trauma cefálico leve;
- Hipotermia;
- Corpo estranho ingerido ou em outras cavidades.

RISCO VERDE

Criança em condições não agudas, porém encaminhados com prioridade ao atendimento Médico.

- Crianças portadoras de necessidades especiais;
- Neonatos;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

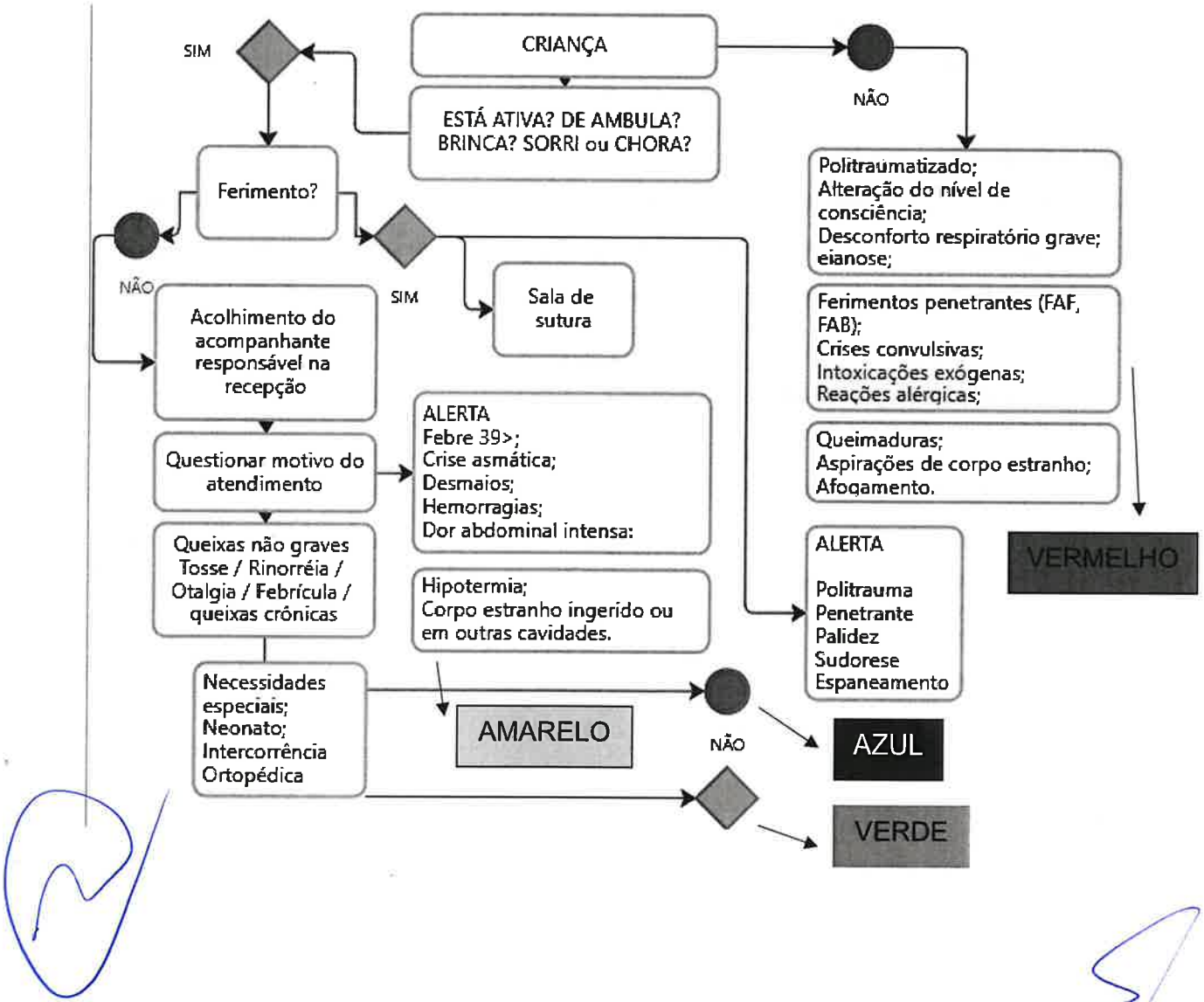
- Intercorrências ortopédicas (entorse, suspeita de fraturas, luxações)

Crianças com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura, onde se inicia a medida de limpeza da ferida pela funcionária do setor enquanto o aguarda pelo médico para realização da sutura.

RISCO AZUL

Demais condições não agudas ou queixas sem evidente gravidade imediata, serão atendidas pelo Pronto Atendimento Infantil por ordem de chegada, tais como demanda por puericultura ou dúvidas.

Fluxo de Classificação de risco infantil



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
EMERGENCIA	URGÊNCIA	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATÓRIO
Politraumatismo; TCE Queimadurasgrandes; Coma ou alteração de consciência; Lesão de colunavertebral Desconforto respiratório grave; Dor no peito + faltade ar + cianose; Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + de 30dias; Perfuração no peito,abdome ou cabeça; Crise convulsiva; Intoxicação exógenasou tentativa de suicídio; Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas); Parada cardiorrespiratória; Alterações de SSVV + sintomas Hemorragias não controláveis; Fraturas; ferimentos(cortes). Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas); Parada cardiorrespiratória; Fraturas; ferimentos (cortes).	Cefaleia intensade início súbito; Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; História deconvulsão; Dor torácicaintensa; Crise asmática ou desconforto respiratório; Diabético + sudorese, alteração de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia; Alteração de sinais vitais empacientes sintomáticos; História recentede melena ou hematêmese ou entorragia; Epistaxe; Dor forte dequalquer natureza; Sangramento vaginal com dorabdominal; Náuseas, vômitose diarreia persistente + sinais de desidratação grave; Febre alta(39/40°) Luxações, entorse + dor intensa; Acidentes poranimais; Broncoespasmo	Idade superior a 60anos; Pacientes escoltados; Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; Asma fora de crise; Enxaqueca; Dor de ouvido moderada a grave; Dor abdominal sem alteração de sinais vitais; Sangramento vaginalsem dor abdominal; Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abcessos; Distúrbios neurovegetativos; Lombalgia intensa; Intercorrênciasortopédicas; Gastroenterite Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abcessos; Distúrbios neurovegetativos Lombalgia intensa; Intercorrênciasortopédicas; Gastroenterite.	Queixas sem alterações agudas; Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; Demais situaçõesnão Demais situaçõesnão enquadradas anteriormente; Uso de Benzilpenicilina

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

SALA VERMELHA EMERGENCIA	SALA AMARELA ATENDIMENTO MÉDICO	VERDE ENCAMINHAMENTO	SALA AZUL AGENDAMENTO EM UBS, PSF

Dicionário de Queixas e Sintomas

A	
Abuso sexual, vítimas de violência	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (FC < 50 ou >140; PA Sistólica <90 ou >240; PA Diastólica > 130; Taxilar <35 ou >40°c)	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (Pulso > 140 ou < 45; PA Diastólica >130 mmHg; PA Sistólica < 80 mmHg; FR > 34 ou < 10)	VERMELHO
Abscessos	VERDE
Alterações Agudas de Comportamento – Agitação, Letargia ou Confusão Mental	AMARELO
Asma fora da crise	VERDE
Anafilaxia ou Reações Alérgicas associadas a insuficiência respiratória	VERMELHO
Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h	VERMELHO
Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes)	AMARELO
Avaliação de resultados de exames	AZUL
Atestados médicos	AZUL
Aspiração	VERMELHO
B	
Comprometimento da Coluna Vertebral	VERMELHO
Crises Convulsivas (inclusive pós-crise)	VERMELHO
Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos	AMARELO
Crise Asmática	AMARELO
Contusão pulmonar	VERMELHO
Curativos	AZUL
C	
Deambulação, impossibilidade de	VERDE
Doadores de sangue	VERDE
Diarreia e vômitos sem sinais de desidratação	VERDE
Diarreia e náuseas / vômitos persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alterações de	AMARELO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

sinais vitais	
Dor no peito associado à falta de ar e cianose	VERMELHO
Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso	VERMELHO
Dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda da consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes	VERMELHO
Distúrbios Metabólicos – (hipo ou hiperglicemia)	VERMELHO
Diminuição do Nível de Consciência	AMARELO
Dor torácica intensa	AMARELO
Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia	AMARELO
Desconforto respiratório grave	VERMELHO
Desmaios	AMARELO
Distúrbios metabólicos – complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia)	VERMELHO
Distúrbios neurovegetativos	VERDE
Dor abdominal sem alteração de sinais vitais	VERDE
Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre)	AMARELO
Deficientes físicos	VERDE
Dor de ouvido moderada a grave	VERDE
D	
Estado mental alterado ou em coma ECG entre 12 e 10	VERMELHO
Estados de pânico, overdose	AMARELO
Epistaxe com alteração de sinais vitais	AMARELO
Escoltados	VERDE
Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca	VERDE
Entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
Envenenamento – intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12	VERMELHO
E	

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Febre em imunodeprimidos	AMARELO
Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões	VERMELHO
Fraturas da 1ª e 2ª costela	VERMELHO
Fraturas 9ª, 10ª , 11ª costela ou mais de três costelas	VERMELHO
Febre alta (39/40° C)	AMARELO
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa	AMARELO
Ferimentos para sutura	VERDE
Fraturas – Lesão de membros com desalinhamento	VERMELHO
F	
Gestantes com complicações da gravidez	AMARELO
Gravidez confirmada ou suspeita	VERDE
G	
Hipo ou hiperglicemia – complicações de diabetes	VERMELHO
Hemorragias não controláveis	VERMELHO
História de convulsão sem alteração da consciência	VERDE
História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas	AMARELO
História recente de melena ou hematêmese ou entorragia com PA sistólica < 100 ou FC > 120	AMARELO
H	
Infecções graves- febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência	VERMELHO
Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12	VERMELHO
Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow 15	AMARELO
Insuficiência respiratória: saturação < 90% + taquicardia, bradicardia, incapacidade de falar, confusão mental	VERMELHO
Imunodeprimidos com febre	AMARELO
Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
Inalação de fumaça – Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios	VERMELHO
I	
Lombalgia intensa	VERDE
J	
Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas	VERMELHO
Neurovegetativos, distúrbios	VERDE

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

K	
Óbitos no local da ocorrência	VERMELHO
Ortopédicas – intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
L	
Politraumatizado grave – lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12	VERMELHO
Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais	AMARELO
Parada cardiorrespiratória	VERMELHO
Pacientes escoltados	VERDE
Pacientes doadores de sangue	VERDE
Perfurações no peito, abdome e cabeça	VERMELHO
M	
Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios	VERMELHO
Quedas – forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões	VERMELHO
Queixas crônicas sem alterações agudas	AZUL
N	
Requisições ou trocas de receitas médicas	AZUL
Resultado de exames	AZUL
O	
Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve	VERDE
Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais	AMARELO
P	
Trauma Crânio Encefálico grave ´ECG < 12 – Glasgow < 10	VERMELHO
Trauma Crânio Encefálico leve (ECG entre 13 e 15)	AMARELO
Trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos	AZUL
Q	
Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação	VERDE
Vômitos em paciente diabético, associado a sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, taquipnéia e taquicardia	AMARELO
Vômitos / Náuseas e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alterações de sinais vitais	AMARELO

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Síndrome Gripal e Covid 19

Fluxograma para Atendimento de Síndrome Gripal/Covid 19

Medidas adicionais a serem adotadas até o 10º dia completo do início dos sintomas nos casos de suspensão do isolamento a partir do 7º dia:

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público (profissionais de saúde devem utilizar PFF2/N95).
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da covid-19, como também locais com aglomerações de pessoas.
- Não frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares; e evitar comer próximo a outras pessoas tanto em casa como no trabalho, por pelo menos 10 dias completos após o início dos sintomas.
- Não viajar durante o seu período de isolamento. No caso de interromper o isolamento antes do 10º dia do início, orienta-se fazer o teste RT-PCR ou TR-Ag e só viajar se o resultado for não detectado/não reagente e caso esteja sem sintomas antes da viagem. Caso não seja possível realizar o teste, orienta-se adiar a viagem por pelo menos 10 dias a contar do início dos sintomas.

Solicitação de exames laboratoriais bioquímicos e de imagem, ficam a critério médico, após a avaliação clínica do caso.

Definição de Contato: É qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até os dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado em sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado em assintomático). Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento, monitoramento de contatos e quarentena, deve-se considerar o contato próximo a pessoa que:

- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;
- Teve um contato físico direto (ex.: apertando as mãos) com um caso confirmado;
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de Covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPI danificados;
- É contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros) de um caso confirmado.

Todos os casos devem ser encerrados no sistema e-SUS Notifica:

• SG que não realizou testagem associada ou caso com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente com perda de olfato ou perda de paladar: encerrar como caso confirmado de covid-19 por critério clínico;

• SG que não realizou testagem ou caso com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente e teve contato próximo com caso de covid-19 nos 14 dias ateriores ao início dos sintomas: encerrar como caso confirmado de covid-19 por critério clínico-epidemiológico;

• SG que não realizou testagem e não cumpre critérios para confirmação clínica ou clínicoepidemiológica: encerrar como SG não especificada.

• SG com RT-PCR ou TRA detectável/reagente: encerrar como confirmado por covid-19 por critério laboratorial.

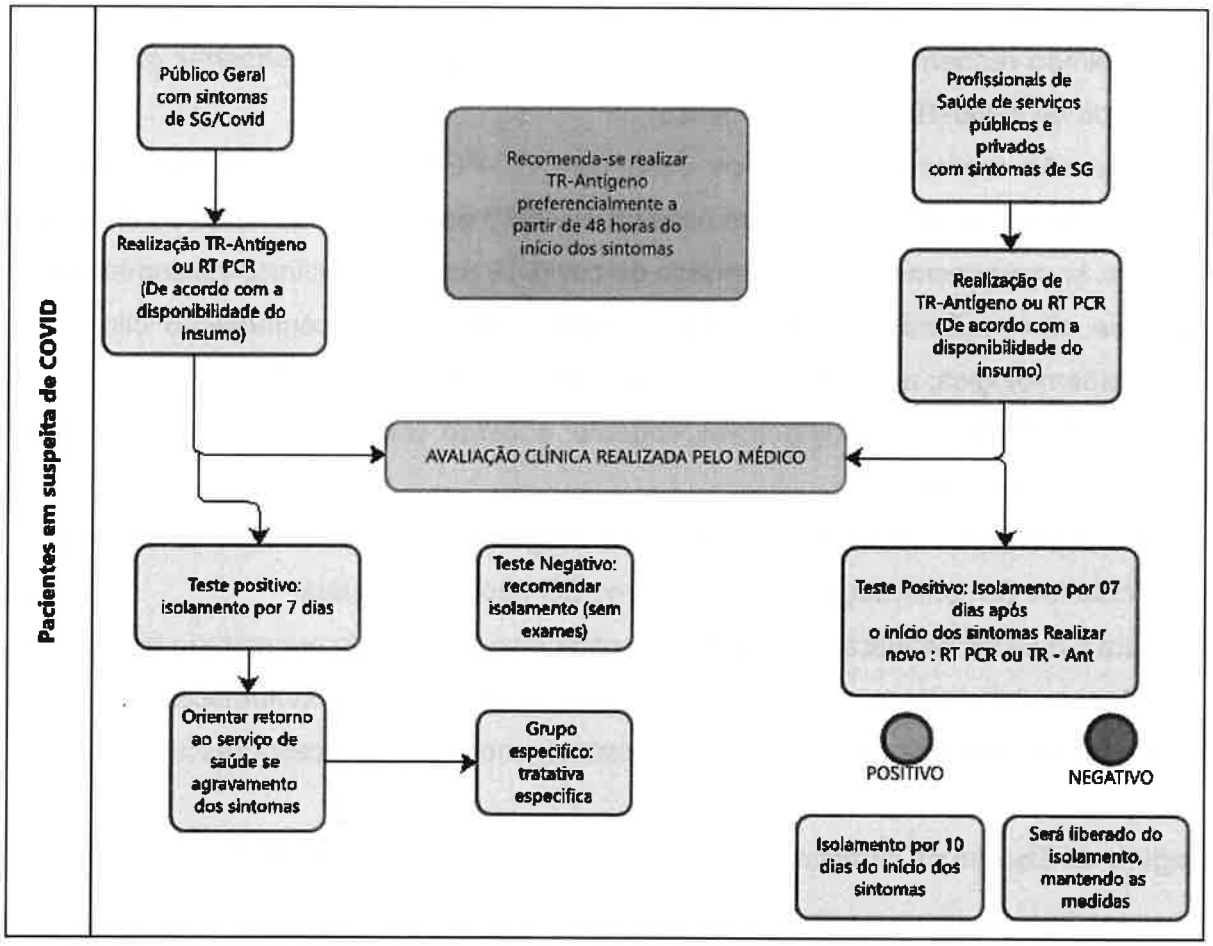
• SG com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente e que não cumpre definição para outros critérios de confirmação: encerrar como SG não especificada.

• SG para a qual foi identificado outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção OU Confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável: encerrar como caso descartado.

Triagem da Equipe de Enfermagem para Identificação de Sg/Covid-19

Definição de Síndrome Gripal (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: devem-se considerar também critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.
NOTIFICAR no e-SUS - https://notifica.saude.gov.br/

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



Observação: para profissionais de saúde que sejam servidores públicos municipais realizar a testagem do 7º dia na unidade. Na ausência de testes o isolamento deverá seguir até o 10º dia.

Atenção! Contato de caso confirmado de covid-19 Recomenda-se quarentena aos contatos próximos dos casos de COVID-19. A quarentena poderá ser suspensa após o 7º dia desde que o contato seja testado e o resultado do TR-Antígeno, realizado no 7º dia de quarentena, seja não reagente. O indivíduo poderá retornar às suas atividades no 8º dia e o monitoramento dos sinais e sintomas deve ser continuado por mais 7 dias com manutenção de medidas gerais de prevenção e controle reforçadas os contatos que sejam profissionais de saúde de serviços públicos municipais e servidores públicos municipais poderão realizar a testagem na Unidade (de acordo com a disponibilidade do insumo). Importante: Contatos que apresentarem sintomas deverão ser manejados como suspeitos de Síndrome Gripal.

No caso de suspeita de SG por Influenza: - Realizar diagnóstico clínico; -Iniciar Oseltamivir para os pacientes com condições e fatores de risco[1] -Orientações sobre sinais de atenção. -Afastamento por 7 dias a contar a partir do início dos sintomas ou afastamento até que o indivíduo esteja há 24h sem febre e com remissão dos sintomas respiratórios.

Atenção ao período de sazonalidade para arboviroses e leptospirose. Em caso de febre e dor de cabeça sem sintomas respiratórios e de acordo com a situação epidemiológica/deslocamentos, realizar teste rápido para dengue e questionar exposição a água de enchente/lama. Seguir os fluxos definidos para esses agravos.

Atendimento a Pacientes Vulneráveis

Objetivo

Regulamentar e assegurar a prioridade de atendimento a pacientes vulneráveis de acordo com o perfil de clientes da instituição baseado na Lei Federal nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, do Congresso Nacional que determina prioridade de atendimento.

Definições

Pacientes vulneráveis:

- Pacientes com Risco de suicídio
- Pacientes com deficiência
- Pacientes privados de liberdade
- Pacientes com câncer
- Pacientes com transtornos mentais
- Pacientes que fazem uso de drogas
- Pacientes Imigrantes
- Pacientes vítimas de abuso
- Pacientes Imunodeprimidos
- Pacientes em Isolamento

Pacientes Externos

Atendimento de Pacientes Vulneráveis na Emergência

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Devem ter prioridade de atendimento, na emergência e no pronto Atendimento, com exceção em casos de gravidade clínica de outros pacientes;
- Mediante necessidade de permanecer em atendimento na emergência ou pronto atendimento, bem como, após sua internação, nesses setores, deve ser permitido um acompanhante por 24 horas, estas orientações devem ser fornecidas pelo enfermeiro responsável das salas e liberadas, mediante avaliação dos mesmos;
- Os pacientes que estiverem internados na emergência e/ou no Pronto atendimento, com liberação clínica para transferência para unidade de internação devem ter prioridade de recebimento de leito em relação aos demais pacientes.
- Atendimentos Ambulatorial, CDI (exames eletivos) e Laboratório. Nestes setores os pacientes vulneráveis devem ter prioridade de atendimento em relação ao demais.

Paciente Interno

- Pacientes em Terminalidade deverá ser oferecido tratamento diferenciado, como Isolamento social, em caso de acomodação semi-privativa, acompanhamento dos familiares, bem como, a liberação do período de visitas com objetivo de prestar uma assistência humanizada.

Informamos que o ANEXO VIII possui o aprofundamento de todos os protocolos de classificação de riscos necessários ao desenvolvimento das atividades previstas no Termo de referência.

B) ATENDIMENTO

B.1 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO À FORMA DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES

Atendimento dos acompanhantes

Proposta Para a Implantação de Orientações Quanto Às Formas de Acomodação e Conduta para os Acompanhantes

Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, aponta para a criação de um ambiente que permita à pessoa doente ou hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si. O cuidado gera segurança e confiança, possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos. Remeter a pessoa a esse estado é o principal objetivo do cuidar.

Do ponto de vista fisiológico, a visita e o acompanhante estimulam a produção hormonal no paciente, diminuindo o seu estado de alerta e a ansiedade frente ao desconhecido, trazendo mais serenidade, confiança e, em consequência, uma resposta mais positiva aos tratamentos. Assim, tudo que vier dos territórios afetivos e permitir essa afirmação íntima pode contribuir para o seu tratamento, principalmente se o paciente for idoso, criança, adolescente ou portador de necessidades especiais.

Manual de Conduta Para os Acompanhantes de Usuários Idosos, crianças, ortadores de necessidades especiais e vulneráveis

Apresentação

O presente manual define as formas de acomodação e a conduta para os acompanhantes de pacientes idosos e portadores de necessidades especiais, conforme a legislação.

Objetivo

Oferecer aos pacientes idosos, crianças e portadores de necessidades especiais um atendimento humanizado e de qualidade, visando uma recuperação mais rápida, na medida em que os mesmos sintam-se acolhidos não só pela equipe multiprofissional, como também por seus familiares e/ou responsáveis.

Seguem abaixo instruções de formas de acomodação e a conduta para os acompanhantes dos pacientes acima citados, conforme a legislação:

Todos os pacientes idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais terão na Instituição um atendimento humanizado e de qualidade, visando uma recuperação mais rápida, na medida em que os mesmos sintam-se acolhidos não só pela equipe multidisciplinar, como também por seus familiares e/ou responsáveis, ou seja, reconhecendo no passado, excelência no presente e futuro, priorizando o bem estar do cliente e dos profissionais que atuam com seriedade nas relações, transparência e ética, satisfação do cliente, responsabilidade social, qualidade, disciplina, austeridade, motivação, crescimento profissional e promoção humana;

Será mantida a inserção social do doente durante o período de observação, permitindo a ele a presença de um familiar para acompanhá-lo;

Todo paciente que tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, crianças e adolescentes têm direito a um acompanhante, estando ele em observação ou nos atendimentos ambulatoriais, conforme legislação: Lei nº 10.741 De Outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), Lei nº 8.069 De Julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e Lei nº 7853 de 24 de Outubro de 1989 (Portador de Necessidades Especiais);

O acompanhante será orientado quanto às normas da Instituição e poderá permanecer em período integral;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A equipe orientará os familiares e/ou responsáveis quanto ao seu papel de cuidadores que será também acolhido de forma humanizada por toda equipe multidisciplinar;

O paciente poderá optar pelo acompanhante que desejar;

O acompanhante participará também na recuperação do paciente, no sentido de comunicar à equipe alterações no quadro clínico;

O acompanhante terá acesso às informações referentes a seus pacientes;

Será assegurado ao acompanhante uma cadeira ao lado de seu paciente, tanto no consultório médico, quanto na observação;

O acompanhante deverá usar uma etiqueta de identificação fornecida pela recepção;

O familiar ou responsável deverá acompanhar o paciente em remoção para outra unidade de saúde;

A presença do acompanhante é de extrema importância para a recuperação do paciente;

O acompanhante deverá ter mais que 18 (dezoito) anos;

Deverá permanecer ao lado de seu paciente, evitando circular em outras dependências da Instituição;

Não será permitida a entrada de alimentos e lanches.

Os objetos pessoais dos pacientes serão entregues aos responsáveis devidamente protocolados.

No caso do paciente estar sozinho, seus objetos pessoais ficará sob a guarda do serviço de segurança até a chegada do responsável;

O acompanhante deverá evitar barulho excessivo, respeitando o ambiente;

O acompanhante deverá seguir as normas e poderá acompanhar seu paciente na observação, em período integral. Desta maneira, o espaço será percebido pela pessoa doente e seu acompanhante como um lugar seguro quando nele os profissionais de saúde atuam como promotores e guardiões da integridade da vida.

Todo paciente que tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e portadores de necessidades especiais têm direito a um acompanhante, estando ele internado ou em observação.

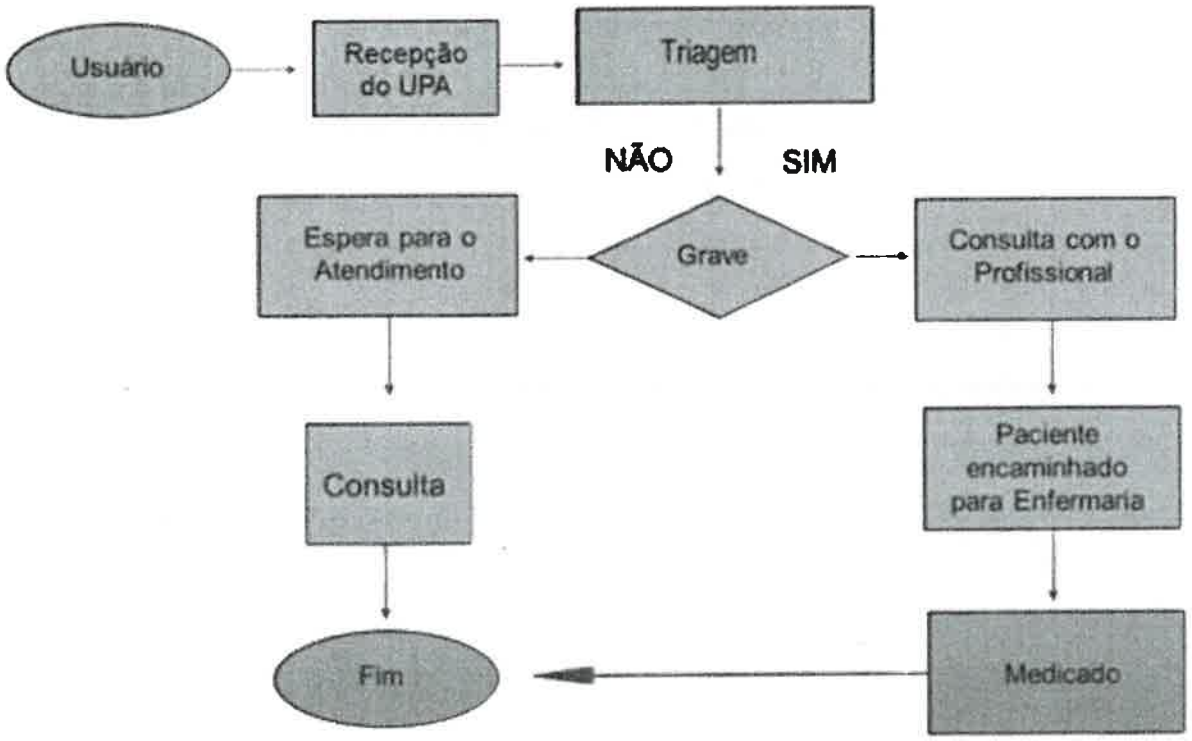
O acompanhante será orientado quanto às normas hospitalares e poderá permanecer em período integral.

Será garantido para o acompanhante as duas refeições (almoço e jantar), exceto os acompanhantes de pacientes pediátricos onde será garantido três refeições (café da manhã, almoço e jantar).

A troca do acompanhante poderá ser feita diariamente nos horários das 06h00 às 08h00, 12h30 às 13h00 e das 18h00 às 19h00.

B.2 PROPOSTA DE FLUXO PARA ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO DE PACIENTES.

Os pacientes serão recepcionados de acordo com as orientações e diretrizes dispostas nos itens anteriores, sendo que o fluxo para atendimento representa a seguinte estrutura:



B.3 PROPOSTA DE SERVIÇO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E SERVIDOR, COM DEFINIÇÃO DO USO DAS INFORMAÇÕES.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

O IDEAS realizará a implantação do Serviço de Atendimento ao usuário de acordo com os protocolos e regimentos propostos, conferindo a competência dos seguintes itens a serem efetivados:

- Garantir o atendimento ao público em geral, prestando-lhes as informações solicitadas, encaminhando o cliente ao Serviço de Atendimento ao usuário;
- Formalizar a admissão dos pacientes aos serviços assistenciais, quer externo ou quanto à internação, enquadrando-os no Sistema Único de Saúde;
- Zelar para que impressos e ou informações introduzidas pela Administração sejam corretamente preenchidos;
- Levantar informações estatísticas diárias e mensais relativas à capacidade instalada dos serviços e leitos da entidade a sua movimentação, enquadrando-os no Plano Estatísticos;
- Controlar fluxo de pessoas que adentram na UPA 24h, de conformidade com as normas estabelecidas pela Diretoria;
- Providenciar o acompanhamento do paciente à internação;
- Manter registro das internações efetivadas, incluindo, sequência dos números de registros, internação, alta, óbito, remoção e evasões;
- Interagir com o Serviço Social, visando o treinamento para a comunicação de óbito;
- Interagir com todos os serviços da Entidade que posam intervir no funcionamento do mesmo;
- Instruir um sistema de Controle de Leitos;
- Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;
- Elaborar, em conjunto com a Diretoria, Manual de normas, rotinas e Regimento da Unidade;
- Cumprir e fazer cumprir o Regulamento e o Regimento da Unidade.
- Receber e controlar todas as chamadas telefônicas, dando-lhes o devido encaminhamento;
- Restringir as chamadas particulares;
- Apresentar, mensalmente, o relatório das ligações;
- Manter atualizada a lista de telefones para contato com os profissionais que atuam na Unidade, bem como dos serviços;
- Manter sempre atualizada a lista das seções e setores e de suas respectivas chefias;

- Manter relatório das ocorrências, estatísticas e atendimentos.

A pesquisa de satisfação dos usuários é um instrumento adotado pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, com o principal intuito de conhecer o grau de satisfação dos pacientes que se utilizaram de serviços em unidades de saúde sob gestão do IDEAS.

Realizar pesquisas de satisfação do usuário é uma prática que oferece, no mínimo, duas grandes vantagens para o IDEAS, porque elas estabelecem um canal de diálogo com os usuários, que passam a se sentir mais considerados e contemplados; e o IDEAS ganha mais chances de acertar no oferecimento dos seus produtos e serviços, atendendo às demandas reais dos seus pacientes.

Sabendo o que o usuário pensa e espera do IDEAS, os erros tendem a diminuir, os processos são melhores direcionados e os ajustes são realizados partindo de dados concretos sobre o que realmente deve ser aperfeiçoado.

Existe uma grande diferença entre Pesquisa de Satisfação do Usuário e Ouvidoria. A ouvidoria trata-se de um canal receptivo aberto para reclamações dos pacientes e, também, de seus acompanhantes ou responsáveis legais. Na ouvidoria os problemas apresentados, os elogios e críticas são recebidos e solucionados de maneira individual.

O IDEAS possui canal de ATENDIMENTO AO CIDADÃO em sua página eletrônica que pode ser acessada pelo link https://ouvidoria.ideas.med.br/ , além da Ouvidoria SUS.



Fonte: Imagem retirada do site www.ideas.med.br

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um serviço que atua na defesa dos direitos e interesses dos usuários. Visa garantir eficiência e crescente compromisso com a assistência prestada, além de ampliar o espaço participativo do usuário nos processos de organização do trabalho Institucional.

O SAU é também responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário que, por meio de questionários disponibilizados, avalia a qualidade dos serviços prestados através da opinião dos usuários.

O SAU também disponibiliza o Serviço de Ouvidoria, Como o próprio nome já diz, a ouvidoria é um serviço destinado a ouvir, de maneira sistemática, as diferentes manifestações daqueles que se relacionam com a organização, seja o público externo, os usuários de nossos serviços, ou público interno, nossos colaboradores.

A ouvidoria é um departamento que direciona suas ações, prioritariamente, na solução de problemas que não foram devidamente solucionados pelos meios tradicionais, porém, também visa receber sugestões, reivindicações ou até mesmo elogios.

Na prática o serviço deve ser compreendido como a última instância de resolução, que só vai ser acionada quando todos os outros departamentos falharem na tentativa de deixar os usuários e colaboradores satisfeitos, mas não só, o serviço ainda tem o papel de sistematizar os diferentes tipos de manifestações gerando informações de maneira a fundamentar ações para aprimorar a gestão e consequentemente o serviço prestado.

A implantação da ouvidoria busca disponibilizar à usuários e colaboradores, um instrumento que lhes permita se manifestar e serem ouvidos. Por força da lei 12.527 de 18 de novembro de 2011, a lei de acesso à informação, ter este instrumento em funcionamento é uma premissa fundamental para o pleno funcionamento do Instituto Ideas, isto porque que a organização tem como foco prioritário de atuação a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, firmando contratos com o setor público.

Contudo, de outro lado, o fato de investir energia e recursos no serviço de ouvidoria, não se dá exclusivamente por força da lei, mas coaduna com missão e com os valores da própria organização, fundamentos que direcionam as atividades da equipe em busca de aprimoramento de seus processos internos de maneira participativa e consequentemente o aperfeiçoamento contínuo da qualidade do serviço oferecido à população.

Com a implantação do serviço de ouvidoria espera-se atingir os seguintes resultados:

Dar rápida resolutividade a problemas que os usuários possam vir a ter em nossas unidades e setores;

Reduzir drasticamente a quantidade de manifestações não atendidas, principalmente aquelas que podem ser facilmente resolvidas, evitando que se tornem problemas mais complexos;

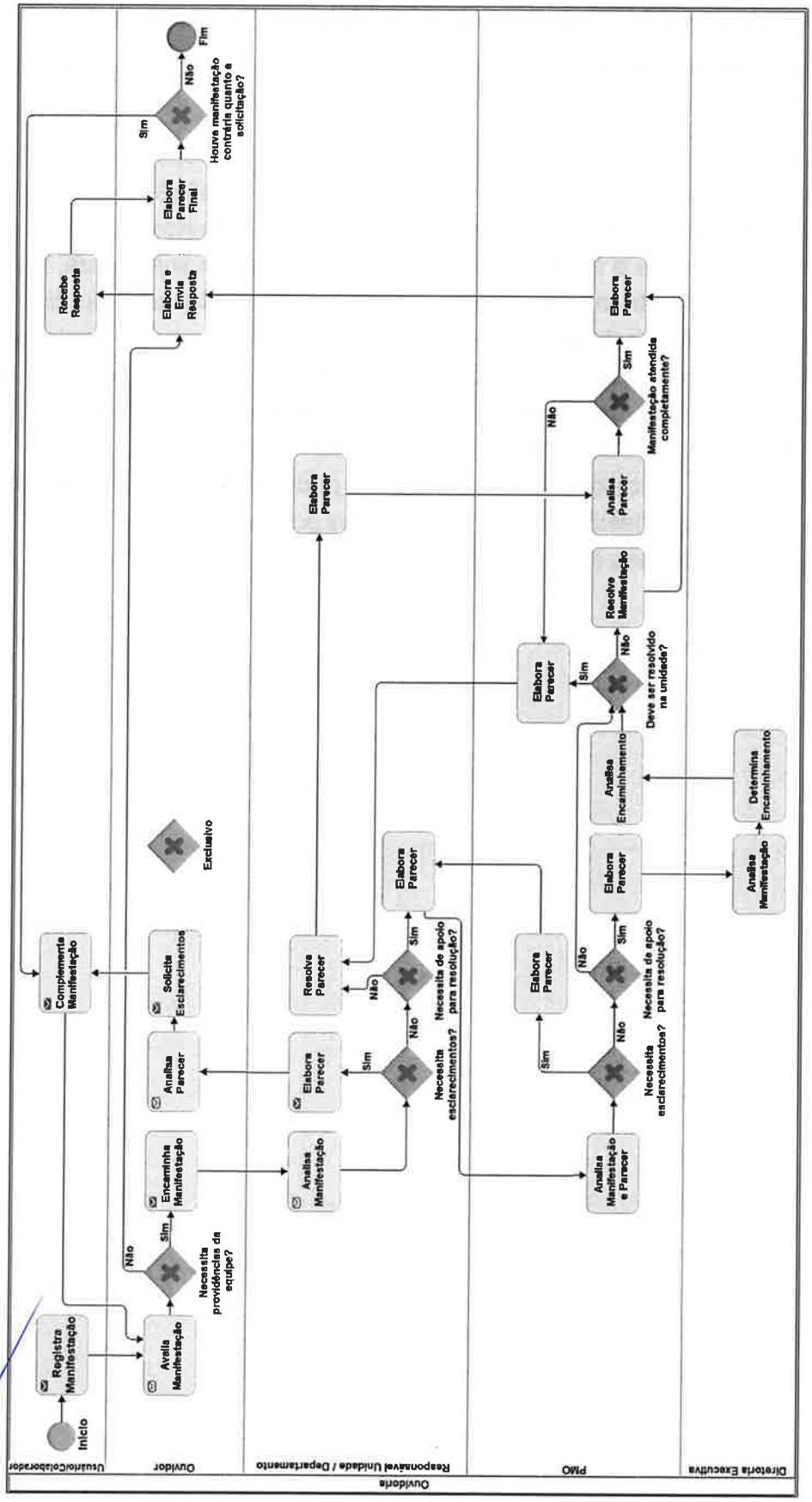
Monitorar ações exitosas e multiplicar práticas que geram impactos positivos;

Garantir que problemas internos sejam identificados e solucionados;

Evitar que problemas de responsabilidade da organização não sejam solucionados e atinjam a imagem de parceiros.

As diferentes manifestações serão triadas a acompanhadas por um profissional capacitado para este fim, denominado "Ouvidor", sendo ele a referência para o cidadão para atendimento à sua demanda. Cabe ao Ouvidor prestar o devido esclarecimento nas situações em que a resposta à manifestação está dentro de sua competência. Porém, nos casos de maior complexidade, as manifestações serão direcionadas ao responsável direto da unidade de onde a manifestação é proveniente. Cabe aos responsáveis das unidades avaliarem se possuem condições de responder adequadamente à manifestação recebida e prestarem os devidos esclarecimentos ao Ouvidor, caso seja necessário poderão solicitar apoio ao Escritório de Projetos (PMO), que, por sua vez, poderá acionar a Diretoria Executiva. Os diferentes fluxos que as manifestações poderão percorrer, do recebimento à sua resolução, bem como a descrição dos responsáveis por cada etapa estão especificados na sistematização do processo apresentado a seguir:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Por outro lado, a pesquisa de satisfação do usuário é pesquisa de opinião, é proativa, porque o paciente/acompanhante/responsável legal e procurado pelo IDEAS com o objetivo de conhecer sua avaliação acerca dos serviços oferecidos em unidades sob sua gestão.

O IDEAS adota estratégia de coleta de informações por instrumento físico disponível nas recepções, entradas, áreas de espera, salas de visitas e acompanhantes e também utiliza em suas unidades canal de comunicação digital entre unidade e paciente. O canal digital divide-se ainda em uso de totens digitais de fácil acesso nas entradas/saídas da UPA 24h e por envio de e-mail e mensagem por celular com link de pesquisa para facilitar o acesso dos usuários.

Estas diferentes formas de coletar a informação de satisfação possibilitam maior adesão dos usuários ao responder o questionário. Todas as informações colhidas na pesquisa de satisfação do usuário fornecem uma base para o progresso do IDEAS, porque busca soluções a partir da opinião direta de seus usuários.

O PROCESSO DE PESQUISA

A concepção de uma pesquisa, seu processo de implementação e a análise subsequente de resultados coletados podem ser vistas a partir de uma ótica processual. De fato, o processo de realização de uma pesquisa resulta numa série de decisões que o administrador deve tomar, desde o primeiro momento - de concepção da pesquisa - até o uso potencial dos seus resultados para processos de melhoria organizacional.

Em outras palavras, as principais etapas representadas nesta figura referem-se a decisões a serem tomadas acerca dos: a) Objetivos da pesquisa (O quê e por que mensurar?); b) Os instrumentos de coleta de dados e sua análise (Como coletar e analisar os dados?); c) Uso dos resultados da pesquisa para subsidiar decisões acerca de melhorias organizacionais, buscando agregar valor público.

O QUÊ E POR QUE MENSURAR?

A primeira etapa de uma pesquisa está relacionada com a especificação dos objetivos a serem alcançados com a sua aplicação ou, em outras palavras, com a resposta às perguntas: "O quê é preciso mensurar? Por que é preciso mensurar?" De fato, pesquisas podem ser utilizadas para diversas finalidades, de natureza mais tática, avaliando aspectos pontuais dos insumos, processos, serviços/produtos do IDEAS, ou de natureza mais geral, abordando percepções acerca da qualidade dos serviços prestados pelo IDEAS, ou acerca da sua imagem organizacional como um todo. Logo, antes de empreender um esforço de pesquisa, que é sempre um processo custoso e dependente de recursos internos e/ou externos à organização, é necessário ter clareza da finalidade da pesquisa e a sua relevância. Dessa forma, os resultados obtidos podem encadear um desejável processo de transformação organizacional, visando agregar valor público.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Por fim, as pesquisas devem ser utilizadas para avaliar os serviços/produtos prestados aos públicos-alvo. Várias dimensões e abordagens podem ser incluídas nesta etapa. As mais utilizadas, as pesquisas de satisfação, têm como objetivo mensurar a qualidade do serviço prestado, tendo em vista as expectativas dos cidadãos-usuários e a percepção acerca do modo como o serviço foi prestado.

COMO COLETAR E ANALISAR OS DADOS?

Experiências analisadas indicam que diversos métodos, quantitativos e qualitativos, podem ser utilizados em pesquisas orientadas para o usuário de serviços públicos. Esta diversidade perpassa as fontes de dados que podem ser utilizadas, assim como os instrumentos de coleta e as técnicas de tratamento e análise dos dados coletados.

Para decidir acerca dos métodos mais adequados de coleta e análise de dados, IDEAS leva em consideração uma série de fatores, entre os quais, destacamos:

a) Finalidade da pesquisa;

b) Recursos financeiros e organizacionais disponíveis;

O IDEAS usa o método de coleta de dados QUESTIONÁRIO, reconhecendo as seguintes características:

Instrumento	Modelo	Vantagens	Desvantagens
Questionário	Pesquisa de satisfação	Rapidez; Baixo custo por respondente; Neutralidade; Boa representatividade dos usuários; os dados podem ser coletados de diversas formas: e-mail, internet, call-center ou presencial.	Não adequado para temas mais controversos; Perguntas mal redigidas podem influenciar os dados

Os questionários sondam um grupo de usuários/acompanhantes para saber se eles estão satisfeitos com a qualidade dos produtos e serviços à sua disposição. Teoricamente, esse tipo de pesquisa considera o usuário como consumidor de serviços, e o convida a se manifestar a respeito da qualidade dos serviços e quanto à forma de prestação dos mesmos. A pesquisa é adotada pelo IDEAS, para conhecer a satisfação da população em relação aos serviços prestados como um todo, em unidades administradas pela entidade.

Para analisar o recurso à pesquisa de satisfação (via questionário) no âmbito do IDEAS se utiliza da métrica que avalia a média das respostas para que se tenha uma visão ampla sobre a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados em pelo Instituto.

SUBSIDIAR DECISÕES

- Se não analisar os dados após a pesquisa, de nada adiantou aplicá-la!
- Através das informações obtidas será possível identificar:
- Oportunidades de melhoria;
- Opiniões;
- Nível de satisfação ou insatisfação;
- Ideias para melhoria da execução dos serviços.

Com base nisso, as decisões envolvendo a gestão das unidades em saúde poderão ser subsidiadas pelas informações encontradas na Pesquisa de Satisfação do Usuário.

OBJETIVO GERAL

Oferecer aos usuários a oportunidade de opinar a respeito do atendimento e serviços prestados pelo IDEAS e avaliar a percepção que os mesmos possuem em relação ao funcionamento e a qualidades dos serviços.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Medir a satisfação do usuário em curto prazo;

b) Entender como o usuário avalia o serviço prestado pelo Instituto;

c) Prevenir usuários insatisfeitos e perda de usuários;

d) Melhorar a visibilidade da "marca" do serviço público, especialmente, o prestado pelo Sistema Único de Saúde;

e) Criar um relacionamento mais próximo com o usuário;

f) Investir em estratégias de processos mais assertivas;

g) Focar na solução dos problemas apontados pelos usuários.

ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Mensalmente deverá ser avaliada a PSU, utilizando como instrumento de pesquisa um questionário-padrão, aplicada por equipe capacitada em pacientes ou acompanhantes de pacientes, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica, dividida em quatro grupos de usuários a serem pesquisados.

Diante disso, os questionários serão elaborados com perguntas claras e específicas ao objetivo da pesquisa, setor e público-alvo, considerando as diretrizes de cada contrato de gestão.

A quantidade de usuários a serem pesquisados e a periodicidade, podem variar conforme o contrato de gestão.

ESCALA ADJETIVA DE AVALIAÇÃO

Alternativa	Avaliação	Peso
Ótimo	Forte evidência da qualidade investigada;	**2**
Bom	Boa evidência da qualidade investigada;	**1**
Regular	Média evidência da qualidade investigada;	**0**
Ruim	Pouca evidência da qualidade investigada;	**1**
Péssimo	Nenhuma evidência da qualidade investigada;	**2**

TABULAÇÃO DAS RESPOSTAS

Para obter um indicador de comparação, faça uma média ponderada do desempenho de cada item isoladamente, indicando o peso para cada alternativa da escala, conforme sistema informatizado disponibilizada pelo IDEAS às unidades.

ORIENTAÇÕES

O resultado SATISFATÓRIO será apurado a partir da divisão do PESO TOTAL (PT) pelo PESO SATISFATÓRIO (PS).

O resultado INSATISFATÓRIO será apurado a partir da divisão do PESO TOTAL (PT) pelo PESO INSATISFATÓRIO (PI).

A alternativa REGULAR é neutra, por isso seu PESO é igual a ZERO;

Após a apuração dos resultados individuais de cada setor/item avaliado é possível estabelecer o percentual de satisfação/insatisfação de toda a unidade, a partir da construção de uma média;

Considera-se SATISFATÓRIAS as alternativas BOM e ÓTIMO.

Considera-se INSATISFATÓRIAS as alternativas RUIM e PÉSSIMO.

Observação: Nesse caso, a tabulação permite a comparação do desempenho entre os itens avaliados.

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

O IDEAS tem como compromisso manter resultado entre 100% a 90% das PSU como satisfatórias.

DO ARQUIVAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

Considerando que a Pesquisa de Satisfação do Usuário se constitui em meta qualitativa na maioria dos contratos de gestão, é imprescindível que todo material seja conservado em arquivo pelo tempo que durar o contrato.

Os formulários deverão ser arquivados em caixas identificadas com o mês e ano da realização da pesquisa na unidade.

Juntamente com os formulários deverão ser arquivados os relatórios das pesquisas, devidamente assinada pelo Coordenador da Atividade.

Dentro da caixa os formulários deverão estar perfeitamente organizados por unidade de pesquisa.

Após a organização dos formulários dentro da caixa arquivo a mesma deverá ser lacrada e acomodada em ambiente capaz de promover a sua conservação.

PLANO DE AÇÃO

Após a análise do resultado das pesquisas as unidades devem promover:

I. Criar um indicador para mensurar os erros e acertos da gestão. Assim é possível visualizar onde estão os principais problemas;

II. Faça uma análise crítica das pesquisas recebidas. Análise quais são os pontos positivos e de maior atenção para os pontos negativos. Em geral os feedback negativos são os que dão ideias para melhoria dos processos;

III. Trace um plano de ação para cada item avaliado abaixo da nota de corte estipulada por cada contrato de gestão. O 5W2H é uma ferramenta interessante para elaboração de planos de ação;

IV. Divulgue os resultados das pesquisas para todos os envolvidos, assim todos os colaboradores (funcionários e prestadores de serviço) saberão o que precisa ser melhorado;

V. Dê feedback, converse com os pacientes/acompanhantes explicando o que foi feito e para saber a opinião dos mesmos após as melhorias, principalmente no que se refere as pesquisas pós atendimento.

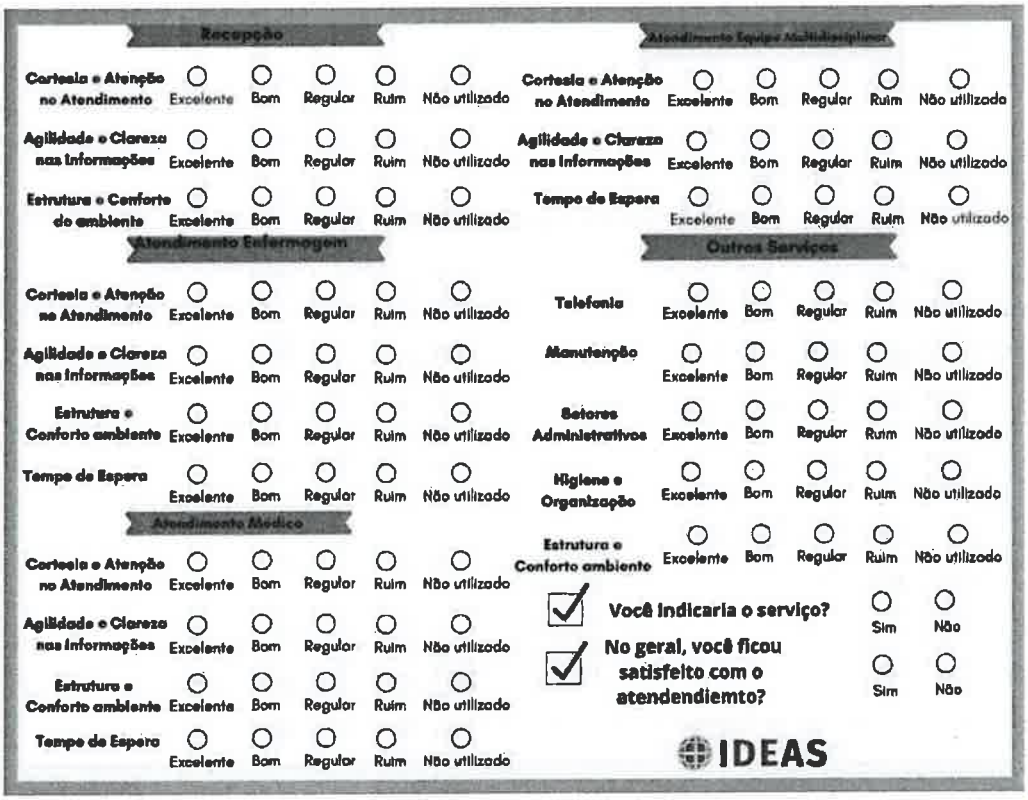
31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Realizar medição da satisfação do usuário	SAU	Pesquisa de Satisfação dos usuários	Disponibilizar a pesquisa de satisfação dos usuários nas Unidades. A ferramenta questionário é elaborada por meios próprios em conjunto com SAU, Qualidade e Equipe Multidisciplinar
Consolidar relatório	Supervisão	Pesquisa de Satisfação dos Usuários	Analisar dados da pesquisa de satisfação dos usuários para a consolidação dos usuários
Encaminhar consolidado para os processos envolvidos	SAU	Relatório consolidado	Encaminhar relatório consolidado da pesquisa de satisfação para diretoria e gerentes.
Encaminhar Resultados para os Setores responsáveis	Coordenadores dos processos e Alta Direção	Relatório Consolidado	Esses dados também são avaliados nas análises de objetivos estratégicos.
Abrir NOM para os itens/processos que obtiveram nível de satisfação inferior a 85% e abrir Sugestão de Melhoria para os itens/processos que obtiveram nível de satisfação superior a esse índice.	SAU	Tratamento de Não Conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhoria	Encaminhar NOM aos gestores para elaboração dos planos de ação
Divulgar resultado na intranet	Qualidade	Intranet	Divulgar resultados na Intranet

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Modelo de Pesquisa de Satisfação do Usuário:





31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE PESQUISA DO COLABORADOR.

Objetivo Gerais

Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.

Objetivos Específicos

Dispor de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao Gerenciamento de Recursos Humanos do **IDEAS**;

Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores do **IDEAS**;

Integrar os diversos processos e áreas funcionais;

Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

Metodologia

Formulário

A aplicação do formulário garante preservação da identidade. As informações solicitadas visam exclusivamente estratificar os resultados e contribuir na elaboração dos planos de ação:

- Local;
- Categoria/Funcional;
- Tempo de Casa;
- Relação de trabalho (forma de contrato);
- Sexo.

Contendo afirmativas com desdobramento para avaliação da área de atuação e da organização, com as seguintes opções de resposta:

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim

Tratamento dos Dados

Em meio eletrônico ou físico, ambos com senha exclusiva de acesso, e armazenamento de dados para garantir a preservação da identidade dos participantes, permitindo que todos possam se expressar livremente.

Forma de Aplicação

Eletrônico – por meio acesso à internet em site por link;

Físico – postos de atendimento na Unidade de Saúde, onde os colaboradores podem esclarecer dúvidas e responder o questionário.

Análise de Dados

- Análise de dados em 5 dimensões:
- Atuação da liderança
- Valorização
- Equidade
- Motivação
- Relacionamento e Ambiente

Consolidação dos Resultados

Divulgação dos Resultados

Elaboração de relatório com apresentação quantitativa (gráficos) e qualitativa (ações)

Divulgação dos resultados para todos os participantes - colaboradores e Gestores

Formulário de Pesquisa de Clima Organizacional

Dimensão	Total Respostas	< 45% Oportunidades de Melhoria	45% a 55% Merece Atenção	56% a 89% Nível Satisfatório	>=89% Pontos Fortes
1.Atuação da Liderança					
2. Valorização					
3. Equidade					
4. Motivação					
5. Relacionamento e Ambiente					

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR



1. Trabalhar aqui é				
2. O Salário que recebo diria que está				
3. O acolhimento de minhas ideias e sugestões pelo hospital é				
4. O compartilhamento de informações no hospital é				
5. As condições do ambiente físico para a realização de meu trabalho são				
6. O relacionamento das pessoas da minha equipe é				
7. O reconhecimento e a valorização do meu trabalho neste hospital são				
8. As oportunidades de treinamento, cursos, capacitação profissional são				
9. Em relação à clareza e objetividade sobre as orientações dadas ao meu trabalho, avalio como				
10. Considero a preocupação com o funcionário nesta empresa como				
11. A sistemática de avaliação de meu desempenho pelo superior é				
12. A minha participação nas decisões tomadas pelo hospital				
13. Considero que a organização e o funcionamento do meu setor estão				
14. Em relação a frequência que recebo elogios quando faço um bom trabalho, considero				
15. Em relação à confiança que tenho em minha chefia imediata				
16. A visão do usuário sobre este hospital é				
17. O meu grau de satisfação com o trabalho é				
18. Quanto adequação das regras e normas estabelecidas pelo hospital				
19. A minha saúde física está				
20. A minha saúde psíquica está				
21. Quanto à liderança de minha chefia imediata				
22. O nível de respeito por minha atividade profissional é				
23. Avalio meu ritimo de trabalho como				
24. Em termos de realização profissional com o meu trabalho, sinto-me				
25. A autonomia que eu tenho para propor melhorias na execução do meu trabalho é				
26. Sua expectativa em relação ao hospital daqui a dois anos				
27. A clareza sobre os resultados esperados do meu trabalho é				
28. O relacionamento entre o superior imediato e os subordinados de minha equipe é				
29. Em relação à clareza das normas e regras, considero que está				

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

13.3.1 TÉCNICA – AVALIA A CAPACIDADE GERENCIAL DA PROPONENTE QUANTO A ADMINISTRAR UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E CONDUZIR AS AÇÕES ASSISTENCIAIS COM BOM NÍVEL DE DESEMPENHO, COM EQUIPE TITULADA NAS ÁREAS QUE SE PROPÕE A ASSISTIR

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

13.3.1 CAPACIDADE GERENCIAL

A) EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES

O ***IDEAS*** apresenta toda a comprovação referente aos Itens referente a certificação e experiência anterior, em gestão de serviços de saúde, em especial aos serviços de pronto atendimento ou urgência e, mediante comprovação através de declarações legalmente reconhecidas.

Item	Serviços
Comprovação de gestão de unidades de saúde com mais de 36 meses (2,5 pontos até duas experiências)	Hospital de Caridade de Jaguaruna. Município de Jaguaruna/SC – Período 06/06/2017 até a presente data **(6 anos e 4 meses)** Atenção Primária. Município de São Leopoldo – Período 30/09/2019 até a presente data. **(4 anos e 1 mês)**
Comprovação de Gestão de unidades de saúde de 12 a 36 meses (1,0 ponto até três experiências)	Complexo Estadual de Saúde Alberto Torres, Hospital Estadual Alberto Torres – Município de São Gonçalo/RJ. Período de vigência 28 de setembro de 2020 até a presente data. **(3 anos e 1 mês)** Hospital Regional Médio Paraíba Zilda Arns Neumann. Município de Volta Redonda – Período 28/09/2020 até a presente data **(3 anos e 1 mês)** Hospital Materno Infantil de Santa Catarina, Município de Criciúma/SC – Período 06/01/2017 até a presente data. **(5 anos e 9 meses)**

Comprovação de gestão de unidades de saúde com até 12 meses (0,5 ponto até quatro experiências)	Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças e Unidade de Pronto Atendimento 24h – Município de São Francisco do Sul/SC - Período de Vigência 11/04/2017 até 11 /04/ 2018. **(1ano)** Hospital Santo Antônio. Município de Itapema/SC – Período 13/04/2017 até 13/04/2018 **(1 ano)** UPA 24h Moradas do Vale. Município de Gravataí/RS - Período 09/11/2020 até 09/11/2021 **(1 ano)** UPA 24h e SAMU - Município de Angra dos Reis. Período de vigência 25 de fevereiro de 2022 até a presente data. **(1 ano e 8 meses)** Hospital Florianópolis, Município de Florianópolis/SC – Período 22/02/2018 até 22/08/2018 **(6 meses)**
Comprovação de gestão de UPA's (5,0 pontos até três experiências)	UPA 24h COHAB C. Município de Gravataí/RS - Período 17/11/2020 até 17/11/2021 **(1 ano)** UPA 24h Bela Vista. Município de Palhoça/SC – Período 20 de abril de 2021 até a presente data **(2 anos e 6 meses)** UPA 24h São Gonçalo I, Colubandê. Município de São Gonçalo/RJ – Período 28/09/2020 até a presente data **(3 anos e 1 mês)** UPA 24h Guajuviras. Município de Canoas/RS – Período 01/08/2019 até 01/02/2020 **(6 meses)**

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

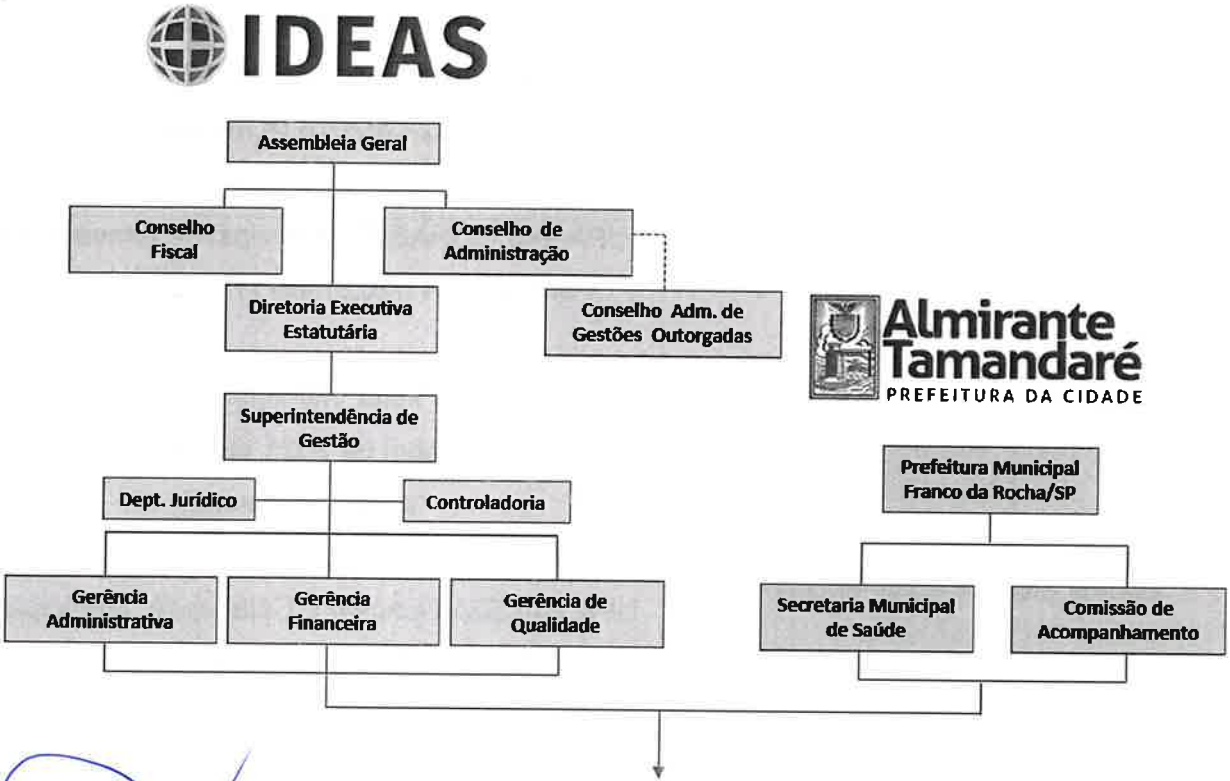
	UPA 24h Forquilhinha. Município de São José/SC – Período 11 de dezembro de 2017 até a presente data **(5 anos e 10 meses)**

Informamos ainda que o IDEAS possui inúmeros atestados vinculados ao atendimento de UPA 24h e serviços de urgência e emergência operacionalizados em suas unidades de saúde, sendo a tabela acima somente uma amostragem do pleno atendimento ao Edital. Frise-se que há possibilidade de manejo das unidades apontadas para atendimento de cada um dos critérios.

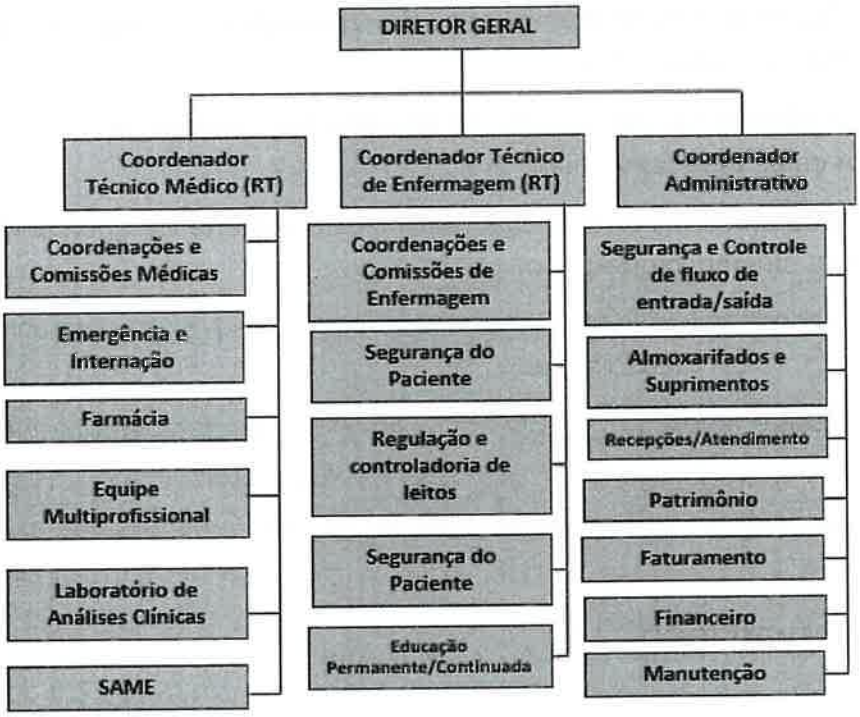
Os documentos estarão dispostos no **Anexo XI.**

B) ESTRUTURA DA DIREÇÃO

B.1 ORGANOGRAMA E DEFINIÇÃO DE CARGOS E RESPONSABILIDADES UPA 24h



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



DIRETOR GERAL:

- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde da SMS, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Conhecer o perfil epidemiológico e demográfico do município;
- Planejar, coordenar e supervisionar a equipe sob sua responsabilidade;
- Participar do planejamento das ações municipais de saúde relativas à Rede de Atenção à Urgência/Emergência;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pela SMS;
- Organizar e coordenar reuniões técnico administrativo, periodicamente, com as equipes sob sua supervisão;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Participar de reuniões técnico administrativo, na SMS ou outro local designado, para discussão de problemas gerais e específicos;
- Elaborar documentos relativos a sua área de atuação;
- Elaborar escala dos serviços de apoio: recepção, limpeza e motoristas;
- Avaliar periodicamente os dados de produção e indicadores epidemiológicos;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Controlar o cumprimento de horário, assinatura de ponto, licenças e férias dos funcionários sob sua supervisão;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Verificar cumprimento dos prazos para entrega de documentação à SMS e demais setores;
- Manter atualizada a Licença de Funcionamento da respectiva Unidade de Saúde;
- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Elaborar e revisar as Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP; e
- Executar tarefas afins.

COORDENADOR MÉDICO - RT:

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Coordenar, avaliar, supervisionar e controlar as atividades técnico/administrativas relativas ao atendimento médico;
- Elaborar e fazer cumprir protocolos clínicos de atendimento;
- Identificar a necessidade de treinamentos da equipe. Propor, articular, executar e/ou participar dos treinamentos;
- Participar de reuniões técnico administrativas, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Elaborar escalas de plantões médicos para atendimento médico na UPA/PSM e remoções/transferências intermunicipais;
- Assumir o atendimento médico na falta de plantonista;
- Participar do planejamento das ações de saúde relativas à Rede de Atenção às Urgências/Emergências;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Executar tarefas afins.

DIRETORIA CLÍNICA:

Propor a admissão de novos médicos;

Organizar e manter atualizado o cadastro dos médicos da UPA 24h;

Propor ao Diretor Técnico nomes para as funções de Coordenadores das Clínicas Básicas e Especializadas;

Coordenar e harmonizar todas as atividades médicas da UPA 24h, em colaboração com a Comissão de Ética Médica e o Conselho Técnico Médico;

Representar o Corpo Médico junto à Administração da UPA 24h;

Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;

Prestar contas de seus atos na Assembleia Geral do corpo médico;

Mediar os possíveis conflitos que envolvam os médicos da UPA 24h, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;

Empenhar-se para que os componentes do Corpo Médico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, as ordens internas da UPA 24h e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;

Cooperar com a Administração da UPA 24h;

Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;

Transmitir o seu cargo ao Vice Diretor Clínico em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;

Nomear, quando pertinente, os membros médicos das Comissões, Estatutárias e Não-Estatutárias, valendo-se da colaboração do Diretor Técnico da UPA 24h;

Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo Médico e as Reuniões específicas;

Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado.

COORDENADOR DE ENFERMAGEM - RT:

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer sua equipe de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde do município;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Cumprir e fazer cumprir as normas de Segurança do Trabalho, instruindo servidores sob sua supervisão quanto às precauções no sentido de prevenir a ocorrência de acidente de trabalho ou doenças ocupacionais;
- Prestar assistência de enfermagem conforme protocolo da Unidade;
- Supervisionar e ser corresponsável pelo correto preenchimento dos prontuários e impressos padronizados, de acordo com as normas estabelecidas;
- Checar os equipamentos de forma sistemática e periódica, no que diz respeito ao seu funcionamento, uso, limpeza, desinfecção, acondicionamento e manutenção conforme manual de normas e procedimento dos equipamentos e de enfermagem;
- Controlar a entrada e saída dos materiais e equipamentos da unidade, assumindo juntamente com os demais membros da equipe a responsabilidade pelos mesmos;
- Participar da elaboração e revisão das Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP;
- Controlar o uso e reposição de psicotrópicos e entorpecentes, mediante receita médica, contendo carimbo, assinatura e CRM nos receituários;
- Receber e passar o plantão ao próximo supervisor, registrando todas as intercorrências do plantão;
- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos pacientes em observação em período superior a 2 (duas) horas;
- Participar em ações de Vigilância em Saúde;
- Realizar as atividades inerentes ao enfermeiro, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Supervisionar a organização, limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos e mobiliários, realizar essas atividades sempre que necessário;
- Participar de reuniões técnicos administrativos, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem sob sua supervisão;
- Identificar a necessidade de treinamentos da equipe. Propor, articular, executar e/ou participar dos treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;

- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores; e
- Executar tarefas afins.

DIRETORIA DE ENFERMAGEM:

Propor a admissão de novos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;

Organizar e manter atualizado o quadro de enfermagem da UPA 24h;

Coordenar e harmonizar todas as atividades de enfermagem da UPA 24h, em colaboração com da Supervisão de Enfermagem e Comissão de Ética de Enfermagem;

Representar o Corpo de Enfermagem junto à Administração da UPA 24h;

Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;

Mediar os possíveis conflitos que envolvam as equipes da UPA 24h, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;

Empenhar-se para que os componentes do Corpo de Enfermagem observem os princípios do Código de Ética, as disposições legais em vigor, as ordens internas da UPA 24h e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;

Cooperar com a Administração da UPA 24h;

Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;

Transmitir o seu cargo ao Gerente de enfermagem em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;

Nomear, quando pertinente, os membros enfermeiros das Comissões,

Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo de enfermagem e as Reuniões específicas;

Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Enfermagem e o Conselho Regional de Enfermagem do Estado.

Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;

Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;

Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;

Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que eles possam desenvolver adequadamente as suas atividades;

Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua área e planos de ação para resolver os possíveis problemas;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Zelar para que os Serviços estejam em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;

Manter constante contato com a Diretoria Executiva para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;

Agir como educador e multiplicador, orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e pessoal;

Avaliar todos os pedidos de compra, verificando se há real necessidade de aquisição;

Estudar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus Serviços.

Elaborar e manter atualizado os Regimentos de todos os serviços sob sua responsabilidade.

COORDENADOR ADMINISTRATIVO:

- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde da SMS, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Conhecer o perfil epidemiológico e demográfico do município;
- Planejar, coordenar e supervisionar a equipe sob sua responsabilidade;
- Participar do planejamento das ações municipais de saúde relativas à Rede de Atenção à Urgência/Emergência;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pela SMS;
- Organizar e coordenar reuniões técnico administrativo, periodicamente, com as equipes sob sua supervisão;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Participar de reuniões técnico administrativo, na SMS ou outro local designado, para discussão de problemas gerais e específicos;
- Elaborar documentos relativos a sua área de atuação;
- Elaborar escala dos serviços de apoio: recepção, limpeza e motoristas;
- Avaliar periodicamente os dados de produção e indicadores epidemiológicos;
- Controlar o cumprimento de horário, assinatura de ponto, licenças e férias dos funcionários sob sua supervisão;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;

- Verificar cumprimento dos prazos para entrega de documentação à SMS e demais setores;
- Manter atualizada a Licença de Funcionamento da respectiva Unidade de Saúde;
- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Elaborar e revisar as Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP; e
- Executar tarefas afins.

CORPO CLÍNICO

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer o funcionamento dos serviços de saúde do município;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Realizar o atendimento dos pacientes que procurarem o serviço através de exames clínicos, diagnósticos e tratamento médico, prescrever medicamentos (conforme REMUME) e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidade, bem como intervenções de pequenas cirurgias, aplicando recursos da medicina preventiva ou curativa;
- Requisitar, analisar e interpretar resultados de exames complementares solicitados para apoio diagnóstico sendo que, a solicitação de exames deverá ser exclusivamente para elucidação do caso em atendimento;
- Cumprir protocolos clínicos, normas e rotinas estabelecidas pela SMS;
- Encaminhar aos outros níveis de atenção, quando necessário, conforme protocolos vigentes;
- Preencher documento de Contrarreferência para os pacientes que necessitarem de continuidade de tratamento/acompanhamento na Atenção Básica;
- Participar das ações de vigilância em saúde;
- Emitir atestados de óbitos por determinações legais;
- Cumprir escala de trabalho;
- Acompanhar pacientes em remoção, quando necessário; e
- Executar tarefas afins.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Planejar, executar e supervisionar as ações de enfermagem de sua equipe;

Conhecer o perfil epidemiológico do município;

Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;

Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;

Cumprir e fazer cumprir as normas de Segurança do Trabalho, instruindo servidores sob sua supervisão quanto às precauções no sentido de prevenir a ocorrência de acidente de trabalho ou doenças ocupacionais;

Prestar assistência de enfermagem conforme protocolo da Unidade;

Participar de trabalhos de grupo e reuniões de equipe;

Supervisionar e ser corresponsável pelo correto preenchimento dos prontuários e impressos padronizados, de acordo com as normas estabelecidas;

Checar os equipamentos de forma sistemática e periódica, no que diz respeito ao seu funcionamento, uso, limpeza, desinfecção, acondicionamento e manutenção conforme manual de normas e procedimento dos equipamentos e de enfermagem;

Controlar a entrada e saída dos materiais e equipamentos da unidade, assumindo em companhia de os demais membros da equipe a responsabilidade pelos mesmos;

Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acompanhantes e sobretudo os pacientes;

Participar de todos os treinamentos propostos;

Participar de reuniões técnico administrativas, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;

Supervisionar a organização, limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos e mobiliários, realizar essas atividades sempre que necessário;

Participar na elaboração de documentos relativos à sua área de atuação, quando solicitado;

Participar em ações de Vigilância em Saúde;

Realizar as atividades inerentes ao enfermeiro, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas;

Participar do processo de implantação do Sistema da Qualidade em sua área de atuação;

Criar estratégias visando melhorar os custos das unidades de internação; implementar os processos de trabalho e procedimento técnicos;

Alinhar a equipe ao Modelo de Assistência da UPA 24h;

Planejar, elaborar, orientar e controlar os trabalhos das Unidades;

Receber e passar o plantão ao Enfermeiro responsável, através do registro de todos os dados e intercorrências de seu período de trabalho;

Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em todos os pacientes sob sua responsabilidade;

Colaborar nos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde;

Interagir com os colaboradores da equipe;

Realizar visitas a todos os pacientes sob sua responsabilidade e acompanhar os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem;

Realizar procedimentos complexos de enfermagem nos pacientes sob sua responsabilidade;

Incentivar a equipe a ter uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizada;

Realizar reuniões e capacitar a equipe mensalmente;

Participar de reuniões periódicas com a Diretoria Assistencial ou sempre que convocado;

Participar de comissões da instituição quando solicitado;

Medir os indicadores da assistência de enfermagem que lhe forem solicitados;

Acompanhar o Plano de Tratamento;

Organizar a unidade e distribuir as tarefas aos membros da equipe;

Receber e passar o plantão ao Enfermeiro responsável, através do registro de todos os dados e intercorrências de seu período de trabalho;

Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em todos os pacientes sob sua responsabilidade;

Colaborar nos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde; Interagir com os colaboradores da equipe;

Realizar visitas a todos os pacientes sob sua responsabilidade e acompanhar os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem; Realizar procedimentos complexos de enfermagem nos pacientes sob sua responsabilidade;

Incentivar a equipe a ter uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizada;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Realizar reuniões e capacitar a equipe mensalmente;

Participar de reuniões periódicas com a Diretoria Assistencial ou sempre que convocado;

Participar de comissões da instituição quando solicitado;

Medir os indicadores da assistência de enfermagem que lhe forem solicitados;

Acompanhar o Plano de Tratamento;

Organizar a unidade e distribuir as tarefas aos membros da equipe;

Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão Pró Saúde (Programas da Qualidade);

Participar e Incentivar a participação dos colaboradores nas atividades oferecidas pelo Serviço de Gestão de Pessoas, que venham qualificar e motivar a equipe no ambiente de trabalho;

Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual de Gestão, Procedimentos de enfermagem

AUXILIAR ADMINISTRATIVO/RECEPCIONISTA:

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer o funcionamento dos serviços de saúde do município;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Atender ao público interno/externo prestando informações/orientações rotineiras;
- Efetuar o atendimento telefônico, prestando informações, localizando o destinatário da ligação, anotando e transmitindo recados;
- Cadastrar e atualizar dados de pacientes nos sistemas padronizados pela SMS, emitir Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), registrar e encaminhar o paciente para atendimento;
- Organizar as fichas de atendimento por ordem numérica e digitar em programa próprio para gerar o faturamento;
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao recepcionista, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e

- Executar tarefas afins.

FARMACÊUTICO

- Controlar as atividades da farmácia;
- Supervisionar a atividade de seu pessoal durante o serviço;
- Identificar problemas na atividade da farmácia;
- Verificar se os protocolos para armazenamento de medicamentos são adequados;
- Solicitar em tempo hábil ao setor de logística a aquisição de medicamentos ou de material permanente que atinjam limite de reposição do estoque;
- Responsabilizar pela segurança patrimonial dos bens de consumo e permanentes sob seu controle;
- Notificar os desvios de padrão de consumo de medicamentos a sua chefia imediata.

AUXILIAR DE LIMPEZA

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Executar trabalho rotineiro de limpeza em geral conforme manual de procedimentos;
- Fazer e distribuir o café, chá, sucos, etc.;
- Cuidar do processamento das roupas utilizadas na Unidade de Saúde, conforme manual de procedimentos;
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Zelar pela conservação dos materiais, mobiliário e instalação física da Unidade de Saúde;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao serviço de servente, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e
- Executar tarefas afins.

PORTEIROS/VIGILANTES

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Zelar pela ordem da UPA 24h;
- Zelar pela segurança dos funcionários e usuários;
- Auxiliar na contenção de pacientes, quando necessário;
- Acionar a Guarda Municipal ou Polícia, sempre que necessário
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao serviço de motorista, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e
- Executar tarefas afins.

ENFERMEIRO

- Planejar, executar e supervisionar as ações de enfermagem de sua equipe;
- Conhecer o perfil epidemiológico do município;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Cumprir e fazer cumprir as normas de Segurança do Trabalho, instruindo servidores sob sua supervisão quanto às precauções no sentido de prevenir a ocorrência de acidente de trabalho ou doenças ocupacionais;
- Prestar assistência de enfermagem conforme protocolo da Unidade;
- Participar de trabalhos de grupo e reuniões de equipe;
- Supervisionar e ser corresponsável pelo correto preenchimento dos prontuários e impressos padronizados, de acordo com as normas estabelecidas;
- Checar os equipamentos de forma sistemática e periódica, no que diz respeito ao seu funcionamento, uso, limpeza, desinfecção, acondicionamento e manutenção conforme manual de normas e procedimento dos equipamentos e de enfermagem;

- Controlar a entrada e saída dos materiais e equipamentos da unidade, assumindo em companhia de os demais membros da equipe a responsabilidade pelos mesmos;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acompanhantes e sobretudo os pacientes;
- Participar de todos os treinamentos propostos;
- Participar de reuniões técnico administrativas, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Supervisionar a organização, limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos e mobiliários, realizar essas atividades sempre que necessário;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Participar em ações de Vigilância em Saúde, e
- Realizar as atividades inerentes ao enfermeiro, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas;

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Receber, conferir, distribuir e remeter a correspondência interna e externa da Unidade de Saúde;
- Executar tarefas de arquivamento em geral de documentos, formulários, fichas e afins;
- Auxiliar no atendimento ao público interno/externo prestando informações/orientações rotineiras;
- Efetuar o atendimento telefônico, prestando informações, localizando o destinatário da ligação, anotando e transmitindo recados e afins.
- Agendar retornos de consultas e exames;
- Cadastrar e atualizar dados de pacientes nos sistemas padronizados pela SMS;
- Digitar os procedimentos realizados nos sistemas padronizados e enviar a SMS, conforme cronogramas preestabelecidos;
- Abrir, arquivar, organizar e transferir prontuários;
- Receber, conferir, armazenar e dispensar materiais e insumos;
- Participar de reuniões de equipe;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes, e
- Realizar outras atividades inerentes ao auxiliar administrativo, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Acolher os usuários com escuta qualificada;
- Participar de todos os treinamentos propostos;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes, e
- Realizar as atividades inerentes ao técnico de enfermagem, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas
- Executar tarefas afins.

ASSISTENTE SOCIAL

- Cumprir normas e rotinas estabelecidas;
- Desenvolver atividades de educação em saúde pública, junto com o paciente e a comunidade;
- Realizar visita e atendimento domiciliar, quando necessário;
- Participar das reuniões de equipe, treinamentos, discussão de casos e elaboração de Projeto Terapêutico Individualizado;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Atuar como Profissional de Referência;
- Realizar acolhimento e triagem;
- Realizar estudo social;
- Realizar grupo de Orientação e Apoio às Famílias; Grupos de Direito e Cidadania e Grupos de Atualidades; Realizar atendimentos individuais e encaminhamentos, quando necessário;
- Fazer a articulação com a Rede de Proteção Social (Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, CREAS e CRAS) e outras parcerias (Senac, Senai,

Previdência Social, IFE, Escolas Municipais e Estaduais, Secretaria de Desenvolvimento Social e Família, Cartório de Registro Civil Municipal, entre outros);

- Coordenar o grupo de família; e
- Executar tarefas afins

SETOR FINANCEIRO

Receber prontuários médicos, e fichas do Pronto Atendimento, efetuando a cobrança de pendências junto aos respectivos órgãos responsáveis e providenciar o arquivamento dos mesmos;

Receber relatórios de raio-x e tomografia, incluindo no sistema, dados pessoais do paciente e quantidades de exames, para que seja efetuada a cobrança dos mesmos;

Controlar as altas administrativas de pacientes, fazendo o fechamento mensal, para que as contas não passem de um mês para o outro;

Organizar as contas hospitalares, anexando-as nos prontuários ou enviando para arquivo, respeitando a rotina de cada uma;

Codificar as contas hospitalares e ambulatoriais de pacientes com alta, visando o faturamento das mesmas;

Receber as Notas Fiscais e anexar as contas hospitalares de pacientes com alta, inserindo no sistema as informações necessárias para a cobrança.;

Fazer o fechamento mensal das contas hospitalares, ambulatoriais e Pronto Atendimento dos pacientes com alta médica;

Preparar demonstrativo de faturamento, inserindo no sistema, informações recebidas e posterior encaminhamento a Divisão Administrativa, Secretaria Municipal de Saúde;

Executar outras atividades correlatas conforme necessidades ou a critério da chefia;

Receber ficha do pronto atendimento e prontuários do ambulatório, realizar a cobrança e providenciar o arquivamento dos documentos das fichas e prontuários; e

Realizar fechamento de BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) / AIH (autorização de internação hospitalar) / APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade); Emitir AIH e APAC no sistema online DATASUS.

NUTRIÇÃO

Fazer o levantamento de prescrições dietéticas, nos prontuários dos pacientes para elaborar o mapa de dietas;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Supervisionar a distribuição de toda alimentação dos pacientes;

Visitar diariamente os pacientes para inteirar-se da aceitação da refeição servida;

Documentar no prontuário dos pacientes a evolução dietética para acompanhamento médico;

Informar aos médicos sobre os hábitos alimentares dos pacientes, disponibilidade, viabilidade da execução da dieta etc.;

Pesquisar a disponibilidade de alimentos dietéticos que possam ser usados na UPA 24h;

Aplicar novas dietas e acompanhar os casos apresentando resultados e acompanhando o comportamento psicossomático do paciente submetido a determinadas dietas;

Informar aos pacientes sobre a importância da dieta em sua recuperação, bem como acompanhar a satisfação dos usuários com o Serviço em geral;

Elaborar relatórios sobre o grau de satisfação das refeições servidas pela UPA 24h;

Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão (Programas da Qualidade);

Participar e Incentivar a participação dos colaboradores nas atividades oferecidas pelo Serviço de Gestão de Pessoas, que venham qualificar e motivar a equipe no ambiente de trabalho; e

Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual de Gestão, Procedimentos de Gestão, Instruções de Trabalho e Manual do Colaborador.

ATENDIMENTO AO USUÁRIO/TELEFONIA

Promover atendimento telefônico de forma rápida, direcionada e com qualidade;

Fornecer orientações e informações seguras e adequadas;

Direcionar e monitor as ligações realizadas e recebidas;

Atender as solicitações dos usuários externos e internos no que se refere à realização de contatos telefônicos;

Manter atualizada a relação de pacientes internados e colaboradores atuantes;

Emitir relatórios administrativos para a coordenação no que diz respeito a indicadores setoriais;

Orientar usuários e familiares sobre normas da UPA 24h;

Acionar sempre a coordenação de atendimento em casos de não conformidades;

Realizar controle de ligações;

Enviar e receber e-mail dos setores responsáveis;

Executar outras tarefas afins a critério do superior imediato; e

Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual de Gestão, Procedimentos de Gestão, Instruções de Trabalho e Manual do Colaborador.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Desenvolver programas de computador, seguindo as especificações e paradigmas da lógica de programação e das linguagens de programação;

Utilizar ambientes de desenvolvimento de sistemas, sistemas operacionais e banco de dados;

Realizar testes de programas de computador, mantendo registros que possibilitem análises e refinamento dos resultados;

Executar manutenção de programas de computadores implantados; e

Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

Informamos que a demonstração da capacitação da equipe de profissionais IDEAS ancontra-se disposta nos **ANEXOS XII e XIII** do Edital, demonstrando-se a capacitação necessária para o desenvolvimento dos serviços.

DIMENSIONAMENTO DE EQUIPE CONFORME PREVISÃO DO EDITAL

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	PERÍODO	QTDE TOTAL	REGIME
Apoio e Recepção	Assistente Técnico Administrativo Diurno	CLT	Diurno	2	12x36
Apoio e Recepção	Assistente Técnico Administrativo Noturno	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio e Recepção	Auxiliar de Farmácia Diurno	CLT	Diurno	2	12x36
Apoio e Recepção	Auxiliar de Farmácia Noturno	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio e Recepção	Auxiliar de Farmácia Diurno Folguista	CLT	Diurno	1	12x36
Apoio e Recepção	Auxiliar de Farmácia Noturno Folguista	CLT	Noturno	1	12x36
Apoio e Recepção	Zelador Diurno	CLT	Diurno	10	12x36
Apoio e Recepção	Zelador Noturno	CLT	Noturno	5	12x36
Apoio e Recepção	Zelador Diurno Folguista	CLT	Diurno	2	12x36
Apoio e Recepção	Zelador Noturno Folguista	CLT	Noturno	2	12x36

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Apoio e Recepção	Auxiliar de Escritório Diurno	CLT	Diurno	4	12x36
Apoio e Recepção	Auxiliar de Escritório Noturno	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio e Recepção	Auxiliar de Escritório Diurno Folguista	CLT	Diurno	1	12x36
Apoio e Recepção	Auxiliar de Escritório Noturno Folguista	CLT	Noturno	1	12x36
Apoio e Recepção	Copeira Diurno	CLT	Diurno	2	12x36
Apoio e Recepção	Copeira Noturno	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio e Recepção	Copeira Diurno Folguista	CLT	Diurno	1	12x36
Apoio e Recepção	Copeira Noturno Folguista	CLT	Noturno	1	12x36
Apoio e Recepção	Porteiro Diurno	CLT	Diurno	2	12x36
Apoio e Recepção	Porteiro Noturno	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio e Recepção	Porteiro Diurno Folguista	CLT	Diurno	1	12x36
Apoio e Recepção	Porteiro Noturno Folguista	CLT	Noturno	1	12x36
Apoio e Recepção	Encarregado de Limpeza e Manutenção Diurno	CLT	Diurno	2	12x36
Apoio e Recepção	Encarregado de Limpeza e Manutenção Noturno	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio e Recepção	Encarregado de Portaria e Recepção Diurno	CLT	Diurno	2	12x36
Apoio e Recepção	Encarregado de Portaria e Recepção Noturno	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio e Recepção	Recepcionista Diurno	CLT	Diurno	6	12x36
Apoio e Recepção	Recepcionista Noturno	CLT	Noturno	4	12x36
Apoio e Recepção	Recepcionista Diurno Folguista	CLT	Diurno	1	12x36
Apoio e Recepção	Recepcionista Noturno Folguista	CLT	Noturno	1	12x36
Apoio e Recepção	Técnico de Informática Junior	CLT	Diurno	1	40h
Gerência e Nível Superior	Farmacêutico RT	CLT	Diurno	1	40h
Gerência e Nível Superior	Gerente de Enfermagem RT	CLT	Diurno	1	40h
Gerência e Nível Superior	Nutricionista	CLT	Diurno	1	40h
Gerência e Nível Superior	Assistente Social	CLT	Diurno	2	30h
Enfermagem	Enfermeiro Diurno	CLT	Diurno	6	12x36
Enfermagem	Enfermeiro Noturno	CLT	Noturno	4	12x36

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Enfermagem	Enfermeiro Diurno Folguista	CLT	Diurno	1	12x36
Enfermagem	Enfermeiro Noturno Folguista	CLT	Noturno	1	12x36
Enfermagem	Técnico de Enfermagem Diurno	CLT	Diurno	20	12x36
Enfermagem	Técnico de Enfermagem Noturno	CLT	Noturno	12	12x36
Enfermagem	Técnico de Enfermagem Diurno Folguista	CLT	Diurno	2	12x36
Enfermagem	Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio Técnico	Recepcionista Diurno	CLT	Diurno	3	12x36
Apoio Técnico	Recepcionista Noturno	CLT	Noturno	3	12x36
Apoio Técnico	Recepcionista Diurno Folguista	CLT	Diurno	1	12x36
Apoio Técnico	Recepcionista Noturno Folguista	CLT	Noturno	1	12x36
Apoio Técnico	Motorista Diurno	CLT	Diurno	4	12x36
Apoio Técnico	Motorista Noturno	CLT	Noturno	2	12x36
Apoio Técnico	Motorista Folguista	CLT	Diurno	1	12x36
Apoio Técnico	Assistente Técnico Administrativo Diurno	CLT	Diurno	2	12x36
Apoio Técnico	Assistente Técnico Administrativo Noturno	CLT	Noturno	2	12x36

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	QTDE P/ TURNO	QUANT. HORAS TOTAL
UPA	Médico Clínico Generalista	PJ	6	4500
UPA	Diretor Técnico	PJ	1	1

MODELO E REGIME DE ESCALA MÉDICA UPA 24h

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

(DIU = Diurno; NOT = Noturno; S.A = Sobreaviso)

DIA	DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
1 SEMANA			1	2	3	4	5
PLANTÃO DIU			Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT			Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT			Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
2 SEMANA	6	7	8	9	10	11	12
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
3 SEMANA	13	14	15	16	17	18	19
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
4 SEMANA	20	21	22	23	24	25	26
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
5 SEMANA	27	28	29	30	31		
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)

C) IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Conforme já devidamente abordado no Item **C1 da IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS**, o IDEAS anexa ao Plano de Trabalho todo o Manual detalhado com todas as condutas e protocolos necessários para o atendimento do corpo clínico e da equipe multidisciplinas, conforme disposto nos ANEXOS V. VI, VII e VIII.

O IDEAS garante a execução de toda estrutura de assistêncai multidisciplinar pela uniformização de seus protocolos oriundos das unidades gerenciadas pelo instituto, tratamos expecialmente da temática específica do Edital, correpondente à previsão dos protocolos para IAM; AVC; ARBOVIROSES e COVID-19.

D) IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS.

D.1 APRESENTAÇÃO DO FUNCIONAMENTO E REGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL.

Instrução para o funcionamento do serviço social

Estrutura do Serviço

O Serviço Social da **UPA 24h** atuará dentro de uma perspectiva mediadora entre cliente, família e instituição, desenvolvendo ações que ofereçam respostas à dimensão social do paciente. Recepcionará o usuário e a família de maneira humanizada, definindo uma parceria e compromisso no tratamento proposto.

O assistente social tem como objetivo representar a Instituição Hospitalar na solução de problemas diversos que afligem família e/ou paciente, mantendo sempre uma posição de coerência, clareza, orientação e solução dos problemas que surgem durante o período de atendimento, fazendo muitas vezes a ponte entre a família, equipe técnica, comunidade e unidade de saúde.

Normas e Rotinas

O Serviço Social deverá seguir um Regimento Interno, que constará as atribuições, normas, rotinas, requisitos, estrutura física e horário de funcionamento.

Atividades Desenvolvidas:

- ✓ Resolução de problemas de ordem social;
- ✓ Intervenção como mediador;
- ✓ Orientação ao paciente e/ou familiares;

- ✓ Acolhimento e atendimento humanizado;
- ✓ Realizar entrevista social com o paciente;
- ✓ Contra referenciar o paciente aos serviços de atenção básica;
- ✓ Realizar encaminhamentos para os CRAS (Centro de Referencia de Assistência Social), secretarias de saúde/ assistência social/direitos humanos, Ministério Público, Conselhos Tutelares;
- ✓ Desenvolver campanhas educacionais e projetos assistenciais e sociais junto à comunidade;
- ✓ Entrevista social; Viabilização de serviços, tais como: transporte, casa de apoio, dentre outros;
- ✓ Orientação aos pacientes sobre direitos e benefícios legais;
- ✓ Apoio psicossocial grupal e individual;
- ✓ Visitas hospitalares e domiciliares.
- ✓ O Serviço Social terá seu horário de atendimento de segunda a sexta feira, 8h/dia.

Regimento Serviço Social

Capítulo I - Da finalidade

Art.1° - Através de uma linguagem clara, acessível e disponibilizando de informações, o Serviço Social tem por finalidade, conhecer, orientar, mediar, acolher, encaminhar, resolver intercorrências de ordem social, apreender, compreender e atender as demandas do usuário de maneira humanizada, oferecendo-lhe à devida atenção, encaminha as ações e as direciona para a resolutividade. Trata-se de um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades, percebidas ou não, do paciente.

Capítulo II - Da organização

Art.2º- O setor de Serviço Social é representado por Assistente Social de acordo com organograma da UPA 24h.

Capítulo III - Da competência

Art.3º- Compete ao Setor de Serviço Social:

- ✓ Resolução de problemas de ordem social;
- ✓ Intervenção como mediador;
- ✓ Orientação ao paciente;
- ✓ Acolhimento ao usuário;
- ✓ Realização de entrevista social com o paciente;
- ✓ Contra referenciar o usuário à atenção básica;
- ✓ Realização de encaminhamentos;
- ✓ Desenvolvimento de campanhas educativas e projetos sociais junto à comunidade;

✓ Humanização para usuários, visitantes, acompanhantes e funcionários.

Capítulo IV - Do pessoal e suas atribuições

Art.4º- São atribuições do Assistente Social:

✓ Conhecer o paciente através de uma entrevista, que de acordo com as condições do mesmo, poderá ser realizada com ele ou com o responsável;

✓ Orientar o usuário mediante suas necessidades, informando-os sobre as normas, direitos e deveres;

✓ Usar de todos os meios possíveis de comunicação (telefone, telegrama, visita domiciliar) para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis de pacientes que estão sozinhos e necessitam de acompanhantes;

✓ Solicitar documento do paciente e do responsável no momento da entrevista para confirmação dos dados de identificação;

✓ Verificar se os dados de identificação colhidos pelo Assistente Social conferem com os dados impressos na ficha de internamento. Havendo divergência, o mesmo deverá solicitar a retificação;

✓ Intervir como mediador, conforme as demandas do usuário, de forma que, tanto o cliente quanto à instituição fiquem satisfeitos;

✓ Acolher de maneira humanizada, ou seja, cumprimentar, dirigir-se à pessoa pelo nome, manter contato visual, demonstrar disponibilidade de tempo e vontade de atendê-la;

✓ Autorizar visita para pacientes em observação no repouso, como também, autorizar a liberação de refeição para acompanhantes com necessidades sociais especiais;

✓ Realizar ligações telefônicas, de acordo com a necessidade do paciente;

✓ Solicitar no departamento financeiro passagem de ônibus ou de táxi para pacientes sem condições financeiras de retornarem à suas casas, ou ainda viabilizar ambulância para pacientes que não deambulam e estão desacompanhados;

✓ Resolver intercorrências de ordem social, e/ou encaminhar para outras unidades (CRAS, Conselho Tutelar, Ministério Público, diretos humanos, entre outros);

✓ Informar ao paciente a importância do preenchimento do questionário de satisfação do cliente no momento da alta;

✓ Contra referenciar o usuário aos serviços prestados pela atenção primária;

✓ Desenvolver e colocar em prática campanhas educativas junto à comunidade;

✓ Desenvolver e colocar em prática projetos assistenciais e sociais

✓ Promover humanização para os funcionários da Instituição;

✓ Solicitar a presença do familiar e/ou responsável em caso de óbito;

✓ Realizar visitas periódicas aos PSFs para fortalecer a parceria e trocar informações sobre a comunidade e sobre os atendimentos realizados;

✓ Organizar mensalmente a comemoração dos funcionários aniversariantes;

✓ Ajudar na organização de eventos, campanhas, palestras e datas comemorativas dentro do Hospital com os funcionários;

- ✓ Registrar todos os atendimentos realizados, no livro de ocorrência;
- ✓ Fazer relatório mensal das atividades do Serviço Social para conhecimento da chefia;
- ✓ O assistente Social atuará em todas as áreas assistenciais, tanto com o usuário quanto com funcionários;

1.1.1. Capítulo V - Das disposições gerais

Art.5°- Cabe ao responsável do serviço manter este regimento devidamente atualizado.

Art.6º- Todos cumprirão horário de trabalho estabelecido.

Art.7º- Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.8º- Todos os funcionários seguirão as instruções contidas neste regimento.

Art.9º- Toda e qualquer saída de funcionário da seção deverá ser autorizada, por escrito, pele chefia.

Art.10º- Este regimento deverá ser observado na íntegra por todos os funcionários da unidade.

Art.11º- O presente regimento serve como instrumento de definição de atividade e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art.12º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Coordenação Geral.

Art.13º- O presente regimento entra em vigor a partir da data de implantação do mesmo e a devida assinatura da Diretoria e Responsável

Áreas de Abrangência

O Serviço Social irá prestar atendimento a todos os usuários, estejam eles na Unidade de Internação de Clínica Médica, Cirúrgica, UTI, em observação ou acompanhando menores e ou idosos. A orientação em todos estes casos é fundamental para que o usuário siga as orientações dadas na Instituição, respeitando assim o fluxo de referência e contra-referência.

Quadro de Metas

Metas:

- ✓ Treinar todo o quadro funcional com foco em Humanização;
- ✓ Promover palestras voltadas para a comunidade local, de acordo com as necessidades previamente identificadas;
- ✓ Promover o bem estar entre a família e paciente;
- ✓ Estabelecer um atendimento especializado, no sentido de aproximar e garantir o correto e melhor acesso aos serviços de saúde;
- ✓ Intervir em situações que extrapolam a questão da saúde do usuário nos plantões, e que exigem uma intervenção social, implantando um fluxo de encaminhamentos

para a Rede Sócio-Assistencial e orientando o usuário quanto aos direitos sociais;

✓ Orientar os familiares e/ou responsáveis por pacientes que estão em sala de observação realizando a mediação entre o familiar e a equipe de saúde;

✓ Realizar atendimento em sala de espera com o objetivo de informar a população sobre a rede de atendimento à saúde e a de Direitos Sociais;

✓ Notificar os casos de violência e outras, realizando as devidas orientações, encaminhamentos e justificativas necessárias, tanto à vítima e/ ou acompanhante;

✓ Levantar dados e contatar a Unidade de Referência, familiares e outros em caso de usuários que requeiram acompanhamento e atendimento resolutivo;

✓ Comunicar à Rede Assistencial os casos de violência, abuso, negligência, abandono, omissões e outros atendimentos realizados

Horário

De segunda a sexta feira 6 horas por dia

Equipe

Assistentes Sociais contratados pelo **IDEAS**

Legislação de Referência

Lei 8.662/1993 Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências;

Resolução CFESS 273/1993 Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências.

Lei 8.742/1993 Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

NR 32 Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em gera.

RDC Anvisa No 36 de 2013 Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde

D.2 APRESENTAR MÉTODO ADERENTE DE GESTÃO DE ATIVIDADES/ROTINAS ESTRATÉGICAS DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E SUA CONEXÃO COM A GESTÃO MÉDICA QUE GARANTAM O ALCANCE DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE.

Monitoramento de Indicadores de desempenho de qualidade e de produtividade, dentre outros.

O IDEAS realizará o acompanhamento e a avaliação do Contrato de Gestão a partir da metodologia, parâmetros, procedimentos e periodicidade estabelecidos pelo termo de referência e seus respectivos anexos. Tem como objetivo garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes para atendimentos de todas as metas pactuadas, monitorando e avaliando os indicadores de saúde, priorizando as ações estratégicas do Programa Nacional de Segurança do Paciente e Humanização da Assistência, utilizando-se de dos parâmetros da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para nortear as ações sistêmicas para os serviços.

Para os efeitos de definição do processo de trabalho e sistemática, considera-se:

- Ações – realização de alguma atividade que resulte na criação ou modificação de uma realidade;
- Indicadores – unidade de medida das ações/metas que indicam a realização da ação/meta definida;
- Metas – definição da imagem-objetivo que se quer alcançar;
- Acompanhamento – comparação entre os quantitativos programados no Programa de Trabalho do Contrato de Gestão e aqueles efetivamente alcançados, visando à verificação do cumprimento do referido instrumento contratual.

Na organização e qualificação do Processo de Trabalho serão cumpridas as disposições contidas nas pactuações oficiais, tais como: Termos de Contrato de Gestão; Programação Anual de Saúde; Plano Estadual e Municipal de Saúde; Sistema de Acompanhamento e Avaliação, com a utilização de instrumentos do Sistema de Informação em Saúde, considerando que a maior parte das metas serão produzidas e analisadas pelo sistema de informação em saúde.

A partir deste cenário serão elaborados Relatórios de Análise de Metas Quantitativas e Qualitativas mensais para encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu /RJ, como prevê o termo de referência para os serviços, possibilitando que a Comissão de Acompanhamento e Avaliação possa se reunir para avaliar a execução do Contrato de Gestão e elaborar o Relatório de Análise de Metas Quantitativas e Qualitativas.

Serão apresentados os relatórios consolidados de dados quantitativos dos atendimentos mensais e de informações relacionadas a ações que demonstrem obtenção das metas de qualidade definidas no Programa de Trabalho do ***IDEAS*** e Secretaria de Saúde e em concordância com o Sistema de Acompanhamento e Avaliação, sempre dentro dos prazos estabelecidos.

Assim, considerando as definições prévias do conceito de indicador, cabe destacar alguns atributos que serão considerados no processo de monitoramento qualidade e produtividade, a saber:

Atributos dos indicadores

Validade – o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas.

Sensibilidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os casos de cuidados nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados.

Especificidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados.

Simplicidade – quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização.

Objetividade – todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca.

Baixo custo – indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado.

Além disso, serão considerados o **Painel de Indicadores, com as informações:**

- Nome do indicador
- Fórmula (maneira de expressão, dependendo do tipo)
- Tipo (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto, fato)
- Fonte de informação (local de onde será extraída a informação)
- Método (retrospectivo, prospectivo, transversal)
- Amostra
- Responsável (pela elaboração)
- Frequência (número de vezes que será medido em determinado período)
- Objetivo/meta (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir)

O ***IDEAS***, com a finalidade de atingir as metas e indicadores pactuados se utilizará de:

1) ferramentas gerenciais digitais que facilitem a horizontalização da gestão, da qualificação gerencial, profissional e educação permanente em saúde, além do enfrentamento das questões corporativas, rotinas técnicas e operacionais e sistema de avaliação de custos e gerenciais;

2) supervisionará tecnicamente as atividades, visando atender todas as diretrizes para atenção hospitalar e ambulatorial;

3) Implantará a metodologia de planejamento, programação e avaliação sistemática e permanente dos serviços hospitalar e ambulatorial;

4) Manterá registro atualizado de todos os atendimentos, disponibilizando a qualquer momento, as fichas e prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;

5) O ***IDEAS*** manterá ativas as Coordenações/Supervisões: Administrativa, Médica e de Enfermagem, a fim de garantir o bom andamento das atividades previstas no Termo de Referência;

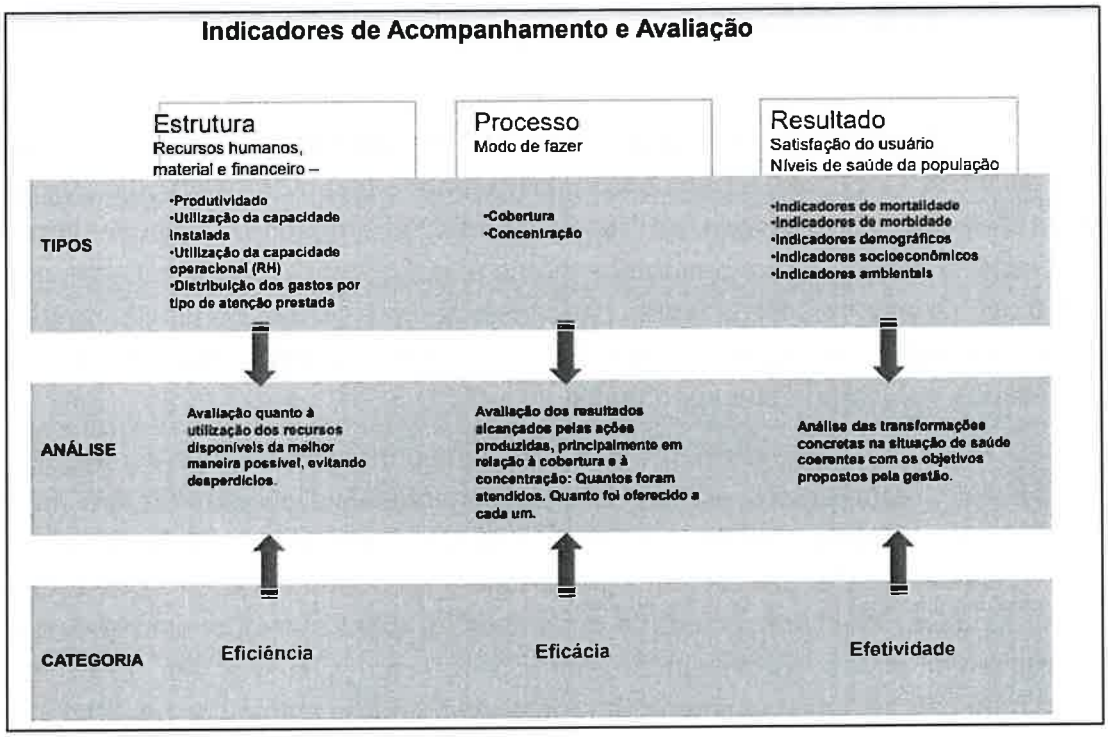
6) Implantar modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas

7) Promover meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a Humanização das relações entre equipe profissional, usuários da unidade.

Para a operacionalização do monitoramento e avaliação cabe destacar os seguintes conceitos que serão adotados. Frente ao monitoramento entende-se como uma ação contínua, utilizada para acompanhar, tomar decisões corretivas na gestão e informar as equipes de saúde sobre a evolução dos resultados. A partir dos indicadores pactuados, estes serão acompanhados de forma contínua para medir o desempenho e verificar se os insumos e recursos estão sendo utilizados com eficiência.

O acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos podem ser predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da qualidade dos serviços. Nesse sentido, entendendo que estes são essenciais para a implantação, consolidação e redirecionamento do trabalho em saúde na perspectiva de se galgar melhores resultados sanitários para as unidades e serviços em que o ***IDEAS*** estiver atuando.

A seguinte estrutura será contemplada:



Já no processo de avaliação dos indicadores, esta consiste em uma análise objetiva e sistemática, com o objetivo de avaliar a relevância, a eficácia, a eficiência, o impacto e as sustentabilidade do projeto para posterior elaboração dos relatórios de desempenho e prestação de contas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu /RJ.

Alguns parâmetros subsidiarão essas etapas, a saber:

PARÂMETROS	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
Frequência	Contínuo, ao longo do projeto.	Em um momento determinado (ex post, em médio prazo, ou durante mudança de fase do projeto).
Finalidade básica	Orientar o projeto e fornecer informações oportunas sobre os progressos realizados.	Avaliar o desempenho do projeto e aprender com o passado para melhorar futuras programações.
Foco de análise	Coletar e analisar informações pertinentes sobre atividades, processos e produtos (sem esquecer o resultado final).	Avaliar a relevância, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade do projeto.
Responsáveis pela execução	Equipe do projeto e contrapartes.	Equipe do projeto, contrapartes e outras partes interessadas (internas e externas).
Público-alvo do relatório	Gerentes de projeto, equipe do projeto, contrapartes, doadores.	Gerentes de projeto, equipe do projeto, contrapartes, doadores e outras partes interessadas (internas e externas).

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Fonte: OPAS (2016).

Conforme apresentados nas seções anteriores dessa proposta técnica e gerencial frente as metas pactuadas para gestão, o plano proposto pelo ***IDEAS*** tem como finalidade dar continuidade as ações de monitoramento e avaliação como forma de subsidiar o melhor desempenho das metas e indicadores de saúde. Deste modo, definiu-se o uso de algumas ferramentas de planejamento e gestão de qualidade para compor o plano de ação de corretiva para as não conformidades/falhas no desempenho das atividades que serão desempenhadas.

Sabe-se que o sistema gerencial tem enorme importância por possibilitar traduzir os objetivos estratégicos em indicadores mensuráveis, desdobrados em metas a serem alcançadas. Permite também aos profissionais e gestores medir o desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas. A partir dele é possível conhecer o que é esperado para suas funções, monitorar o próprio desempenho, identificar oportunidades de melhoria e implementar ações de prevenção, melhoria ou correção. Por fim, propicia a melhoria contínua, pois não basta atingir as metas e se acomodar diante dos resultados alcançados. É necessário evoluir continuamente adotando de forma proativa medidas de melhorias e de inovação.

O ***IDEAS*** executará ações para eliminar as causas de não-conformidades, de forma a evitar sua repetição. As ações corretivas devem ser apropriadas aos efeitos das não-conformidades detectadas. O monitoramento é o acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), de modo a verificar se esses estão sendo executados conforme o programado. Esta ação deve ser rotineira, pois possibilita a correção dos problemas identificados.

Os procedimentos documentados deves ser estabelecido definindo os requisitos para:

- Análise Crítica de não conformidades (incluindo reclamações de usuários inclusive),
- Determinação das causas de não-conformidades,
- Avaliação da necessidade de ações para assegurar que não conformidades não ocorram novamente,
- Determinação e implementação de ações necessárias,
- Registro dos resultados de ações executadas, e
- Análise crítica da eficácia da ação corretiva executada

Contudo, além de ações corretivas à OSS se compromete em definir ações para eliminar as causas de não conformidades potenciais, de forma a evitar sua ocorrência, ou

seja, ações preventivas. As ações preventivas devem ser apropriadas aos efeitos dos problemas potenciais. Os procedimentos documentados devem ser estabelecidos para definir os requisitos para:

- Determinação de não conformidades potenciais e de suas causas,
- Avaliação da necessidade de ações para evitar a ocorrência de não conformidades,
- Determinação e implementação de ações necessárias,
- Registros de resultados de ações executadas, e
- Análise crítica da eficácia da ação preventiva executada.

Assim, é possível acompanhar as variáveis da gestão, como, por exemplo, a efetividade de ações e estratégias destinadas à saúde, à segurança dos colaboradores, à ergonomia e às condições de trabalho, aos níveis de atratividade e fixação de profissionais, ao potencial de retenção de talentos, à eficiência dos programas de treinamento/capacitação, à capacidade de planejamento de demanda e, principalmente, aos indicadores de satisfação dos usuários.

Nesse contexto, as ferramentas e estratégias combinadas que serão utilizadas são: Análise situacional, elaboração de matriz das metas (conforme apresenta acima nessa proposta), o plano de ação, o uso do Diagrama de Ishikawa (diagrama espinha de peixe para identificar problemas/causas e efeitos, trabalhado sempre em equipe ou grupo/categorias profissionais) e para operacionalização das ações corretivas e preventivas o Ciclo do PDCA (*plan – do – check – act*/planejar-fazer-checar e agir) – é um processo de melhoria contínua mundialmente reconhecido e utilizado. O foco principal do PDCA é a agilização dos processos de gestão, tornando-os mais claros, objetivos e eficazes. Quando a última fase termina, reinicia-se o ciclo para identificar novas oportunidades de melhorias.

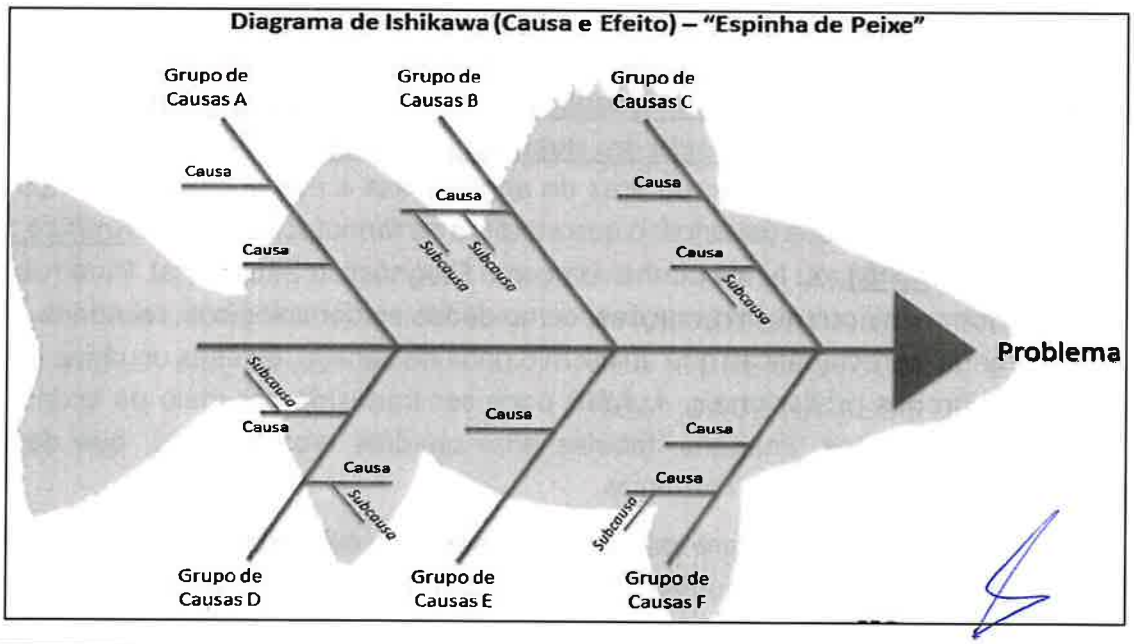
O ***IDEAS*** identificará as **necessidades de saúde, metas atingidas, metas não atingidas e problemas apresentados**, com suas **causas e consequências através do diagrama e sistematizando em quadros para análise**. Para tanto é imprescindível a avaliação prévia do território da área de abrangência e das ações dos serviços de saúde, além da satisfação dos usuários, o que auxiliará na formulação de uma **Análise Situacional em Saúde (ASIS)**, ou ainda conhecida como Diagnóstico Situacional. Para realizar a **ASIS** você pode reunir outras informações, como dados epidemiológicos, relatórios, registros em prontuários, características que auxiliem o perfil do serviço, de seus usuários e do processo de trabalho dos profissionais. A **ASIS** pode ser traduzida por meio de textos descritivos, narrativos, quadros, imagens, tabelas e/ou quadros e/ou gráficos, que demonstrem a situação naquele serviço e território.

A partir disso, será realizada uma escuta qualificada com os membros da equipe, individualmente e/ou em reunião de equipe, com os gerentes dos serviços, bem como ouvir

os usuários que utilizam os serviços acerca das questões que acreditam serem importantes de serem trabalhadas dentro de um **Plano de Ação (PA)**, o qual será implementado. Após a definição do que é mais importante trabalhar, será elaborado o **PA**, traduzindo-o em uma **Matriz de metas**, que será pactuada e assinada por ambas as partes, criando compromisso com a realização das ações planejadas em cada equipe e unidade de saúde.

Na identificação dos problemas e suas causas e efeitos será utilizado o Diagrama de Ishikawa ou conhecido como Diagrama de Causa e Efeito, que é uma das ferramentas de gestão da qualidade, por ser composta pelo problema e suas possíveis causas. A ferramenta é usada para encontrar, organizar, classificar, documentar e exibir graficamente as causas de um determinado problema, agrupados por categorias, que facilitam o brainstorming de ideias e análise da ocorrência. Como as causas são hierarquizadas, é possível identificar de maneira concreta as fontes de um problema. Um brainstorming com a equipe pode incentivar uma análise aprofundada sobre o problema, que envolva a maioria das possíveis causas de um problema, pois promove a discussão, e consequente melhoria do processo.

O método do Ishikawa parte da hipótese de que para cada problema há um número limitado de causas primárias ou principais, secundárias, terciárias, e assim sucessivamente. Algumas palavras-chave são utilizadas na elaboração do Diagrama de Ishikawa são: Efeito – aquilo que é produzido por uma causa, resultado, consequência; Problema - dificuldade na obtenção de um determinado objetivo ou resultado esperado, situação difícil que pede uma solução, no Diagrama de Ishikawa, é comum que o problema apareça como uma pergunta; Causa- origem, motivo, razão de algo; Causa principal - causas mais notáveis, causas de primeiro nível que agruparão subcausas; Causa secundária - subcausas das causas principais, ramificação das causas principais (conforme observa-se no diagrama e quadro a seguir).



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Quadro: identificar, eleger os problemas e necessidades a partir do Diagrama de causa e efeito, bem como relacionar que causas e consequências poderiam suscitar a partir dos problemas relatados.

Problema/ Necessidades Descrição da Não Conformidade Maior / Não Conformidade Menor / Oportunidade de Melhoria	Descrição da Causa ou causas: (Descreva aqui o porquê, na sua análise, ocorreu esta falha de não atendimento a um requisito definido por sua organização.)	Correção: (Descreva qual a ação que será tomada para eliminar a não conformidade indicada. Esta correção poderá ser feita antes de, ou em conjunto com, uma ação corretiva) /padronização

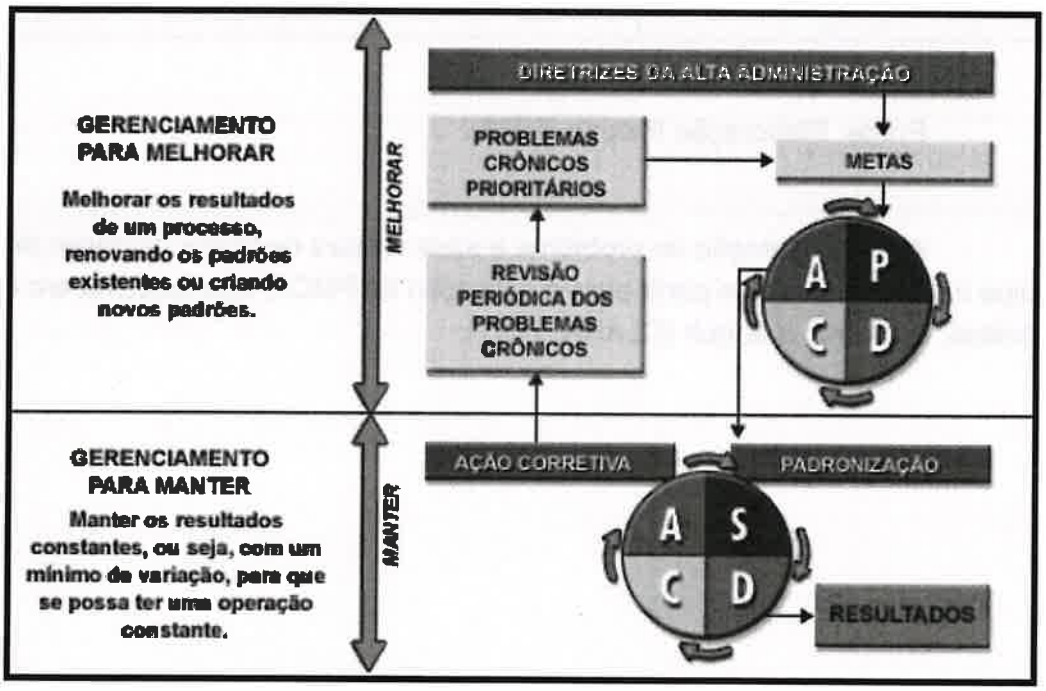
Fonte: Elaboração Própria (2023).

Após a detecção do problema e suas causas de forma bastante didática junto à equipe de saúde, deve-se partir para a aplicação do PDCA, que funciona em 4 etapas bem definidas, conforme a seguir (CLARK, 2001):

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



Fonte: Imagens google (2023).



Fonte: Imagens google (2023).

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

PDCA	FLUXOGRAMA	FASE	OBJETIVO
P	1	Identificação do problema	Definir claramente o problema e reconhecer a sua importância.
	2	Observação	Investigar as características específicas do problema com uma visão ampla e sob vários pontos de vista.
	3	Análise	Descobrir as causas fundamentais.
	4	Plano de ação	Conceber um plano para bloquear as causas fundamentais.
D	5	Ação	Bloquear as causas fundamentais.
C	6	Verificação	Verificar se o bloqueio foi efetivo.
	NÃO ? SIM	O bloqueio foi efetivo?	
A	7	Padronização	Prevenir contra o reaparecimento do problema.
	8	Conclusão	Recapitular todo o processo de solução do problema para trabalho futuro.

Abaixo apresenta-se modelos de instrumentos para serem utilizados neste processo:

Quadro: Após a identificação dos problemas e necessidades de saúde a serem trabalhados deverá ser elaborado: **Objetivos, Metas** e **Ações para unidade de atenção primária que objetivem resolver as não conformidades/ações corretivas e preventivas**

EIXO TEMÁTICO/PROBLEMA: OBJETIVO GERAL: (o que fazer?)					
Objetivos específicos (passos para	META (igual ao objetivo	AÇÃO (Intervenções – como fazer?)	INDICADORES (a forma de acompanhar,	ORÇAMENTO / RECURSOS	RESPONSÁVEL

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

concretizar o objetivo geral)	espec. + o prazo – onde chegar)	Pass os dados p/ alcançar metas)	monitorar, avaliar as intervenções)		
Assinatura do responsável pela equipe:			Assinatura do gerente do serviço:		

LEMBRANDO QUE:

1. **Eixo Temático**: pode ser uma política pública que reporte às diretrizes atuais em vigência para implementação pelo SUS ou diretrizes/normas de uma instituição
2. **Objetivo Geral**: o que fazer? De forma geral, qual a grande ação ao pensar na política ou diretriz?
3. **Objetivo(s) específico(s)**: quais são os passos que dou para concretizar este objetivo, como faço para alcançá-lo?
4. **Meta**: exatamente igual aos **objetivos específicos** com **prazo e quantidade – onde chegar?**
5. **Ação**: são todos os **passos** que dou para alcançar **as metas**
6. **Indicadores**: é a forma de acompanhar, monitorar, avaliar as intervenções e de vincular recursos conforme sua execução
7. **Orçamento/ Recursos**: são todos os custos que tenho para fazer as ações acontecerem. "Sem ele é difícil retirar o planejamento do papel".
8. **Responsáveis**: todo planejamento deve ter um ou mais responsáveis, principalmente para dar autonomia ao se delegar funções.

Cronograma de implantação e alcance das medidas

Atividades a serem desenvolv	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

idas no período de 12 meses.												
Análise situacional	X	X	X									
Elaboração de relatório mensal de desempenho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatório quadrimestral				X				X				X
Identificação de Não Conformidades e definição de ações corretivas		X		X		X		X		X		X
Aplicação de Planos de Ação Corretiva e/ou Preventivas.			X		X		X		X		X	
Auditoria externa a unidade (Qualidade Ideas)												

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Execução dos planos de ação.			X			X			X			X

O Controle de execução do cronograma fica sob responsabilidade da gerencia de Qualidade do Ideas, que acompanha desempenho junto aos gestores da unidade. O Diretor da unidade e lideranças responderão por ações específicas de suas respectivas áreas na medida que identificarem necessidade de adequações preventivas ou corretivas dos processos internos.

Destaca-se ainda o Plano de Educação Permanente contempla um eixo direcionado para o desenvolvimento de ações com base na avaliação dos indicadores, denominado "Eixo de aprimoramento", onde as atividades educativas direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores da unidade. O plano de educação permanente contempla mais informações acerca desta estratégia.

Sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento acima.

A atuação em protocolos tem como diretriz padronizar, normatizar, planejar, resguardar e reduzir os riscos, garantindo evidências dos processos realizados na instituição, bem como assegurar a sistemática de elaboração, verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

A Unidade de Saúde terá seu sistema de documentação estruturado com base nos conceitos abaixo apresentados. Cada serviço irá estabelecer e seguir normas técnicas e funcionais que caracterizam seu funcionamento e sejam orientadoras dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Todo documento interno elaborado é gerenciado pelo Núcleo da Qualidade, onde serão observados os seguintes critérios:

- Elaborador: Responsável do setor/área;
- Verificador: Responsável da Qualidade;
- Aprovador: Liderança, conforme hierarquia do processo e tipos de documento;
- Distribuidor/Controlador: Responsável da Qualidade.

Todo documento terá ainda controle de codificação, versão e data para revisão. Quanto ao tipo de documento, a Unidade do usará a seguinte classificação:

MG. Manual de Gestão – Documento soberano que descreve quem é a Instituição, sua identidade, aborda todo o sistema organizacional, políticas, diretrizes, normas de governança e considerações sobre o modelo de gestão instituído.

CN. Circular Normativa – Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria referente a assuntos de amplo interesse da Instituição.

RE. Regimento – Documento imposto por força de regulamentação dos órgãos oficiais, com poder normativo.

PG. Procedimentos de Gestão – Documento que descreve uma ou mais etapas de um processo corporativo, possui abrangência global, ou seja, deve ser aplicado igualmente por todas as áreas da instituição.

MT. Manual Técnico – Documento que descreve amplamente um processo (todas as suas etapas), com abrangência setorial, ou seja, aquele processo que envolve uma ou mais áreas e tem uma aplicação específica.

PC. Protocolo Clínico – Recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. Orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia.

PS. Protocolo de Segurança – São recomendações desenvolvidas para uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA.

IT. Instrução de Técnica – Documento que descreve atividades e se aplica a um setor/área especificamente.

FO. Formulário – Documento utilizado para a inserção de registros.

OF. Ofício – Documento de uso para comunicação externa, ou seja, de uso extra institucional.

CI. Comunicação Interna – Documento de uso para tratativas internas, ou seja, de uso Institucional.

Registro – É todo e qualquer documento que demonstre as verificações, acompanhamentos e situações específicas daquilo que efetivamente foi realizado e constatado em cada etapa do processo, também denominado de "evidência objetiva". São caracterizados como "comprovantes" de que uma respectiva tarefa/atividade foi efetivamente realizada (ofícios, guias e formulários preenchidos).

Procedimento de Gestão de Auditoria:

Tem como diretriz verificar os fatos e evidências, avaliando o estado de conformidade do sistema de gestão rente às normas, legislações, padrões, procedimentos e políticas. Sua finalidade é gerar informações úteis e válidas para que a administração da organização analise criticamente seus processos.

Trata-se de um instrumento de aprimoramento e/ou melhoria uma vez que proporciona medidas preventivas e corretivas, tem o caráter educativo e não punitivo, com foco na identificação das oportunidades de melhoria dos processos.

a) Procedimento de Gerenciamento das Ocorrências:

Tem como diretriz registrar, investigar as causas, tratar e monitorar suas reincidências, promovendo um ciclo de melhoria contínua, bem como consolidar a eficácia da política de gerenciamento de risco.

b) Procedimento de Gestão de Análise Crítica de Desempenho:

Tem como diretriz a utilização de indicadores cujo objetivo é gerenciar, controlar, monitorar, e avaliar os resultados institucionais. Desta forma, analisar a necessidade de

ações de melhoria, utilizando referências externas e literárias quando necessário, garantir o aprimoramento dos processos e direcionamento da equipe e o envolvimento da alta direção, lideranças e colaboradores. Além disso, garantir a análise crítica e a implementação de ações corretivas e preventivas par alcance de resultados, e também garantir o alinhamento e consolidação dos indicadores de acordo com os objetivos estratégicos da Instituição e suas contratuais.

c) Gerenciamento de Processo:

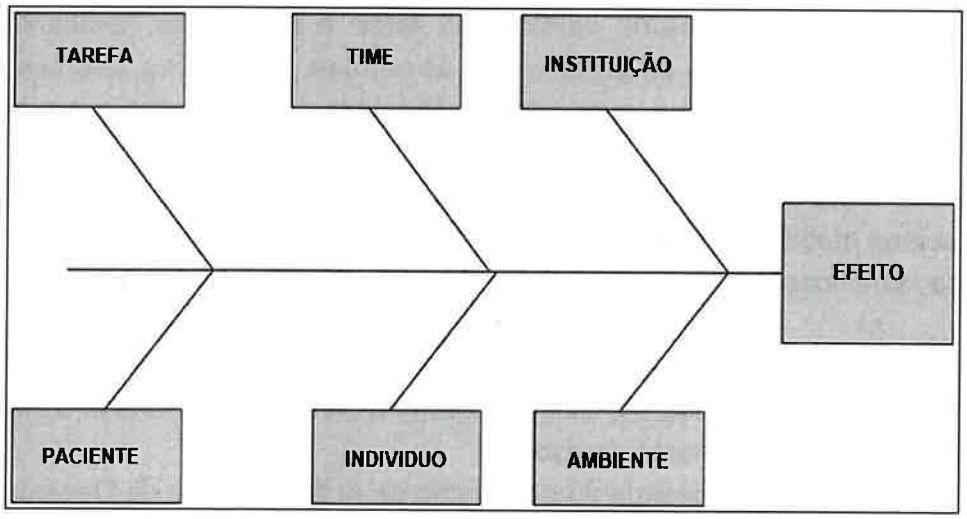
Tem como diretriz mapear, monitorar e mensurar o desempenho dos processos e suas interações com clientes e fornecedores, buscando atender necessidade e expectativas das partes interessadas. Também busca realizar Benchmarking para identificar e implementar as boas práticas aplicadas em outras instituições.

d) Ferramentas de Gestão da Qualidade:

Tem como finalidade definir, mensurar, analisar e monitorar os problemas, promovendo facilidade e efetividade na tomada de decisões. Para garantir a evidência de ciclos de melhoria contínuas, deverão ser utilizadas as seguintes ferramentas:

- PDCA (Plan-Planejar, Do-Executar, Check-Verificar, Act-Agir/Padronizar): É um método de gerenciamento de processos que contribui para alcance das metas visando melhoria contínua;
- 5W2H (What – O que, Why – Por que, Where – Onde, When – Onde, Who – Por quem, How – Como, How much – Quanto custará): Sistemática do plano de ação que permitirá que determinadas ações sejam desenvolvidas com máximo de clareza possível pelos colaboradores;
- Diagrama de causa e efeito (ISHIKAWA ou 6ms): Ferramenta utilizada para analisar criteriosamente as causas potenciais de um problema. Promover exatidão no planejamento das ações para solucionar o problema e permitir agrupar a visualização das várias causas que estão na origem do problema ou resultado que se pretende melhorar.

A seguir, apresenta-se esquematicamente uma figura simplificada de um diagrama de espinha de peixe.



A construção do diagrama de causa e efeito deve seguir os seguintes passos:

- Definir claramente o problema ou efeito que se pretende analisar e registrar na caixa do"efeito". O diagrama deve refletir causas que bloqueiam o caminho para uma condição desejada ou fatores que podem ser úteis para alcançá-la;
- Identificar causas específicas e preencher corretamente as caixas de causas (tarefa, time, instituição, paciente, indivíduo, ambiente);
- Ao se identificar as possíveis causas é necessário seguir perguntando "por que" até que uma possível causa raiz seja identificada. Uma causa raiz é aquela que pode explicar o efeito diretamente ou é aquela que, quando removida, elimina ou reduz o problema;
- A discussão sobre os problemas no grupo deve ocorrer de forma organizada, centrada nos problemas e não nas pessoas;
- A ferramenta de causa e efeito também estrutura visualmente possíveis estratificações a serem aplicadas nas tratativas. Sendo toda sua metodologia aplicada para estabelecer parâmetros de controle, com base em estratos uniformes que permitem, com maior facilidade, a detecção das causas dos problemas analisados.

O comprometimento de todos os envolvidos no processo é fundamental e que ao examinar cada causa, o usuário observe fatos que mudaram, como por exemplo, desvios de normas e padrões, lembrando de eliminar a causa e não os sintomas que nele são apresentados.

Sistema de Gestão da Qualidade

O IDEAS estabelece e mantém o **Sistema de Gestão da Qualidade** documentado, objetivando assegurar que seus serviço e produtos sejam realizados em conformidade com os requisitos estabelecidos nos contratos de gestão, além de monitoramento de resultados da qualidade da assistencial, sempre baseado em diretrizes de boas práticas. Para desenvolver a cultura de monitorar resultados e gerar ciclos de melhoria contínua é que se define um **Plano de Qualidade**.

O Plano de Qualidade foi pensado a partir da gestão por processos, ou seja, uma abordagem de avaliar e monitorar os resultados a partir das etapas previamente definidas junto da operação, buscando informações que agreguem valor ao processo de trabalho, com resultados positivos.

Os processos são gerenciados através da abordagem PDCA (Plan-Do-Check-Act). O monitoramento da satisfação do cliente é necessário para avaliar e validar se os requisitos do cliente têm sido atendidos.

Pode-se distinguir a abordagem por processos da seguinte maneira:

- Processos orientados ao cliente: são aqueles processos relacionados a atividade fim (assistência).
- Processos de apoio à gestão: são aqueles processos que atuam para a gestão da organização estabelecendo diretrizes e realizando monitoramento

- Processos de suporte: são aqueles processos que apoiam a execução das atividades principais.
- Processos terceirizados: são aqueles necessários ao cliente, mas executados por parte terceira, sob à qual o Instituto exerce controle.

O mapeamento dos processos internos gerencia os processos identificados como necessários à implementação do Plano de Qualidade realizando as seguintes atividades:

- Determinando a sequência e interação entre os processos;
- Determinando os critérios e métodos necessários para assegurar a efetiva operação e controle;
- Garantindo a disponibilidade da informação necessária para suporte de operação e monitoramento;
- Medindo, monitoramento, analisando e implementando ações necessárias para se alcançar os resultados planejados e a melhoria contínua.

A Direção do Instituto está comprometida com a implantação, manutenção e melhoria contínua dos processos, por meio de condução de reuniões Análise Crítica, que visam a análise da eficiência e da eficácia do Plano de Qualidade, promovendo sua melhoria contínua. Nas reuniões são promovidos debates para identificar possibilidades de ações que possam trazer melhores resultados, não somente para os indicadores que demonstram fragilidade, mas também para os resultados bons que devem ser mantidos, ou ainda servirem de exemplo para promover boas ações.

Em reuniões semanais com as lideranças de áreas os diretores também acompanham as necessidades prioritárias, vislumbrando adequações para potencializar os bons resultados.

Os resultados qualitativos e quantitativos (produção e satisfação) serão monitorados continuamente por meio de sistema de gestão de indicadores, que facilita a visualização dos resultados e tomada de decisão rápida para alinhamento de condutas quando necessário.

Outro importante mecanismo de controle das atividades são as comissões, núcleos e comitês eu constituem-se por profissionais das diversas áreas de atuação, incluindo lideranças, a fim de discutir e implementar atividades e rotinas de acordo com as boas práticas dos serviços de saúde. Cada grupo tem resultados que devem ser analisados para pensar ações de melhoria contínua.

De acordo com o que já foi manifestado no item desta proposta de trabalho, o IDEAS possui como rotina implementada o gerenciamento de projetos, metodologia que é estabelecida para cada projeto novo, para ampliar atividades em unidades, trazer melhoria contínua ou iniciar novos projetos com contrato de gestão, como é o caso deste Projeto.

METODOLOGIA DE GESTÃO DE QUALIDADE IDEAS

O ***IDEAS*** possui uma Política de Qualidade consolidada em seu manual, sendo esta aplicada de forma uniforme em todos os serviços de saúde desenvolvidos. Além da matriz do Manual de qualidade o instituto busco o desenvolvimento local de políticas e programas de qualidade direcionados às necessidades dos munícipes, com o levantamento de dados e compilação das informações.

DECLARAÇÃO DE PROPÓSITO

Aprimorar continuamente a gestão da qualidade, promovendo ações de melhorias contínuas nos processos, mantendo sempre foco no cliente e buscando a excelência no atendimento.

Para atender a esta política, as unidades gerenciadas pelo **IDEAS** trabalham com diversas comissões e possui um departamento de Qualidade centralizado na Sede Administrativa em Florianópolis, que coordena e demanda as ações, atuando em parceria com os Núcleos de Segurança do Paciente, instituídos em cada unidade.

Todas as questões relativas à Qualidade, tanto na área clínica quanto na área administrativa estão inter-relacionadas. Portanto, os esforços para melhorar esses processos são conduzidos por uma estrutura global de gerenciamento da Qualidade e atividades de melhoria, que são supervisionadas pelo Diretoria Executiva.

DIRETRIZES

A alta gestão através do Diretoria Executiva do **Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS** colaboram na execução do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente. Priorizam os processos a serem medidos e as atividades de melhoria da qualidade e segurança do paciente a serem executadas.

Há amplo fornecimento de suporte tecnológico para o programa e todos os colaboradores recebem informações e treinamentos sobre a Qualidade.

O **IDEAS** desenha sistemas e processos novos, de acordo com princípios de melhoria de Qualidade e existem diretrizes da prática clínica, fluxogramas clínicos e protocolos clínicos que são utilizados para orientar os profissionais.

A seleção das medidas e coleta de dados são identificadas pelo **Diretoria Executiva** nas estruturas, processos e resultados do **IDEAS** para serem utilizados no plano de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

A **Diretoria Executiva** avalia e aprova medidas chave para cada Meta Internacional de Segurança do Paciente, processos administrativos e assistenciais.

A validação e análise dos dados de medição são avaliados por indivíduos com experiência, conhecimento e habilidades adequadas que agregam e analisam dados de forma sistemática nas unidades do **IDEAS.**

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A frequência da análise de dados se dá mensalmente e é apropriada para o processo de estudo, este processo inclui comparações internas, com outras instituições, quando disponíveis, e com padrões científicos e práticas desejáveis.

Quando o **IDEAS** pública dados ou expõe dados em um website público, os líderes da instituição garantem a confiabilidade das informações.

Os dados são analisados quando evidenciam tendências e variações indesejáveis. Utilizamos um processo definido para identificar e gerenciar eventos:

a) Sentinela

b) Grave

c) Moderado

d) Leve

. Temos um processo claro e robusto para a identificação e análise de eventos classificados como quase-falhas.

Estamos em um processo de alcance e sustentação da melhoria da qualidade implementadas para as áreas prioritárias através de um programa contínuo de gerenciamento de risco, que identifica e reduz eventos adversos inesperados e outros riscos à segurança do paciente e profissionais.

Nosso sistema de gerenciamento de informações, mantem atualizada as fichas de notificação de eventos adversos, com e sem dano ao paciente e as notificações são estimuladas pelo anonimato no que tange a não punição de eventos notificados. Os eventos são reportados a agencias externas e monitorados.

Apresentação

A Gestão da Qualidade Corporativa nasce de uma decisão estratégica e propõe uma concentração de energia que visa atingir a excelência assistencial. A implantação de estratégias ligadas à gestão da qualidade é essencial para a sustentabilidade, segurança, gestão de riscos,padronização de processos e satisfação do paciente.

A Qualidade Corporativa do **IDEAS**, através dos departamentos locais, em cada unidade sob sua gestão, possui um sistema de gestão inteligente, transparente e robusto, baseado em políticas claras, métodos eficazes de planejamento, avaliação e controledos riscos, treinamentos, implantação de boas práticas, gestão de e por processos, que contribui para uma organização orientada a resultados.

O Conselho Executivo leva, através da Qualidade, às unidades gerenciadas pelo **IDEAS** a melhorarem continuamente a qualidade de seus serviços e proporcionarem

elevados padrões de atendimento. Através da visão epidemiológica e redesenho dos processos, cria-se um ambiente de excelência de cuidados clínicos voltado a todas as partes interessadas, sendo elas pacientes, familiares, médicos, colaboradores, prestadores, compradores de serviços e comunidade. Desta forma, respondem às necessidades e à lógica de uma rede assistencial sustentável.

O modelo de gestão da qualidade do **IDEAS** acredita que a experiência perfeita do paciente é alcançável, para isto definiu como direcionador de trabalho a tríade de estrutura, processo e resultado e fundamenta suas iniciativas, políticas e diretrizes em consonância aos princípios e dimensões da Qualidade.

Dimensões da Qualidade

1) Segurança: ausência de lesões devido a assistência á saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.

2) Efetividade: prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes e evitar prestar serviços aqueles que provavelmente não se beneficiaram (evitar a infra e supra utilização respectivamente)

3) Atenção centrada no paciente: envolve e respeita o paciente, considerando suas preferencias individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.

4) Oportunidade/Acesso: Redução das esperas e atrasos, as vezes prejudiciais, tanto para os que recebam como para os que prestam a assistência á saúde.

5) Eficiência: Prevenção dos desperdícios de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.

6) Equidade: Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

7)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, definiu segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou de realizar outro tratamento. A cultura de segurança do paciente possui estas características fundamentais:

- Compreensão de que a operação de uma UPA é uma atividade de alto risco para os pacientes;
- Um ambiente de não punição e *accountability;*
- Cooperação interdisciplinar e multiprofissional;
- Comprometimento dos envolvidos, em todos os níveis hierárquicos, em garantir recursos suficientes para os problemas com a segurança do paciente.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Núcleo de Segurança do Paciente

Em busca da melhoria contínua, as unidades hospitalares gerenciadas pelo **IDEAS** unificam o Escritório da Qualidade com a Gerência de Risco, tendo como objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, o que atualmente está conforme RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

Objetivo

Definir diretrizes para manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade Corporativa e das Unidades gerenciadas pelo **IDEAS**, com foco na melhoria contínua dos processos e apoiar a construção de um sistema de saúde seguro, eficaz, mensurável e sustentável.

Responsabilidades

Responsabilidade do Conselho Executivo

- Prover recursos para as iniciativas alinhadas ao planejamento estratégico do **IDEAS.**
- Coordenar o desenvolvimento e a implementação do Sistema de Gestão de Qualidade
- Definir a metodologia de acreditação e certificação de acordo com o planejamento estratégico
- Acompanhar a melhoria contínua das unidades através das atividades descritas neste Plano, relatório gerencial de segurança do paciente
- Definir as instituições que serão inseridas no programa de acreditação e certificação
- Aprovar as políticas e diretrizes relacionadas à gestão da qualidade

Responsabilidade da Qualidade Corporativa

- Apresentar ao Conselho Executivo as instituições que conquistaram certificação/acreditação de qualidade
- Disponibilizar o relatório de segurança das unidades gerenciadas pelo **IDEAS**
- Discutir assuntos de interesse para manutenção da qualidade e segurança assistencial
- Disponibilizar e manter atualizada as ferramentas da qualidade
- Aperfeiçoar o Sistema Informatizado de Gestão da Qualidade

- Apoiar as unidades na aplicação da pesquisa de Clima de Segurança, utilização de listas de verificação para auditorias e demais ferramentas para avaliação da qualidade.
- Preparar as instituições para auditorias de manutenção dos certificados de qualidade.
- Atender à solicitação do Conselho Executivo na estruturação de linhas de cuidado, alinhamento de diretrizes de qualidade e segurança nas novas aquisições à estratégia e demais demandas
- Desenvolver ações para melhoria sistêmicas e conduzir as instituições para sustentar e elevar os padrões de qualidade.
- Estimular os profissionais para a manutenção da qualidade e gestão das mudanças.
- Desenvolver os profissionais sobre os temas de qualidade e segurança em parceria com a área de Desenvolvimento Organizacional
- Realizar gestão corporativa de documentos.
- Gerenciar, apoiar e contribuir com os núcleos de Segurança das unidades, fomentando discussões e favorecer a igualdade de processos, resultados nas unidades.

Responsabilidade da Coordenação Local

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo **IDEAS**
- Estruturar a Liderança e definir responsabilidades para a realização de ações relevantes na unidade em prol da qualidade e segurança dos pacientes
- Elaborar junto a **Qualidade Corporativa** o escopo das visitas de consultoria e auditoria
- Acompanhar todas as consultorias e auditorias da qualidade
- Desenvolver estratégias para realização de auditorias internas de processos e protocolos
- Criar estratégias para melhoria a partir do resultado das auditorias realizadas
- Sustentar e aprimorar os padrões de qualidade alcançados
- Sustentar ações para a promoção do cuidado centrado no paciente
- Coordenar o trabalho com foco em resultado
- Manter atualizado o plano de continuidade na ferramenta disponibilizada pela Qualidade
- Participar, divulgar e estimular os colaboradores quanto as iniciativas de desenvolvimento da Qualidade.
- Coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente da unidade;
- Assessorar os serviços na identificação e estratificação dos riscos e perigos;
- Assessorar os serviços nas análises dos riscos e elaboração dos planos de contenção e contingência;

- Acompanhar a implantação dos planos de ação e a avaliação pós-implantação deles;
- Desenvolver e participar das ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;
- Coordenar a elaboração, a implantação, a divulgação do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;
- Implantar, junto com às Unidades Assistenciais e de apoio, os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde em conjunto com as Unidades Assistenciais e de Apoio;
- Desenvolver, implantar e acompanhar, programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar, junto à Direção, a Gerência de Qualidade da Sede e aos profissionais do serviço de saúde, os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar à ANVISA todos os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos, hemocomponentes, equipamentos e outros produtos para saúde identificados;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar para a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações sobre riscos divulgadas pelas autoridades sanitárias e agencias externas;
- Participar da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSS);
- Participar da elaboração, a implantação e a divulgação do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS) juntamente com a Comissão Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);
- Realizar o monitoramento dos indicadores do (PGRSS);
- Contribuir no desenvolvimento, implantação e acompanhamento em parceria com a Educação Permanente (NEP), as campanhas de divulgação do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Compartilhar e divulgar junto à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos indicadores do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);
- Participar da Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) da Instituição como membro efetivo;
- Participar de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Instituição como membro efetivo;
- Participar da Comissão de Hemoterapia e Hemovigilância da Instituição como membro efetivo;
- Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Instituição como membro efetivo.
- Participar da Comissão de EMNT como membro efetivo.

Responsabilidade da Média Liderança e Qualidade

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo **IDEAS**
- Acompanhar todas as consultorias e auditorias da qualidade
- Sustentar e aprimorar os padrões de qualidade alcançados
- Manter atualizada a modelagem do processo e SLAs
- Realizar gestão e melhorias no processo
- Monitorar as entregas críticas de fornecedores e terceiros
- Gerenciar os eventos do processo e implantar barreiras de segurança
- Implantar protocolos clínicos
- Monitorar a adesão aos protocolos de segurança
- Fazer benchmarking com outras instituições
- Disseminar e compartilhar internamente as boas práticas nos processos
- Compor Times de Alta Performance e Comissões da instituição
- Compartilhar os resultados do processo com a equipe operacional
- Manter atualizados os indicadores de processo e realizar melhorias com base na análise crítica dos resultados

Responsabilidade das Equipes Multiprofissionais e dos Prestadores de serviços e Especialistas

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo **IDEAS**
- Aplicar as ferramentas da Qualidade
- Executar os protocolos de segurança
- Estabelecer comunicação eficaz com o paciente, profissionais e entre processos

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Gerenciar os eventos do processo e implantar barreiras de segurança
- Manter atualizados os indicadores do processo e realizar melhorias com base na análise crítica dos resultados
- Atuar em equipe interdisciplinar para gerar resultados esperados para o paciente e para o **IDEAS**.

Responsabilidade do Núcleo de Gestão da Qualidade e Gestão de Risco

- Assessorar a Direção Geral no mapeamento institucional;
- Definir junto à direção os processos estratégicos, a partir de uma matriz de priorização institucional;
- Assessorar os gestores na melhoria da modelagem dos processos estratégicos da unidade de negócio;
- Assessorar a Direção da unidade no desdobramento das metas estratégicas para todos os serviços;
- Apoiar a execução dos projetos estratégicos da unidade e os planos de ação dos setores;
- Promover a melhoria da interação de processos entre áreas;
- Registrar, organizar e analisar os incidentes notificados, respostas e reavaliação;
- Monitorar e analisar os indicadores estratégicos e contratuais da unidade;
- Enviar mensalmente os Dashboards com informações atualizadas da unidade para a Sede;
- Assessorar os gestores na análise de desempenho mensal;
- Assessorar a direção na elaboração dos relatórios mensais de desempenho das unidades;
- Fornecer as informações para o relatório de gestão (semestral e anual) para Sede;
- Incentivar o compartilhamento de experiências e melhores práticas entre os serviços;
- Assessorar a Direção na elaboração e execução de um programa de desenvolvimento das lideranças em gestão;
- Assessorar os gestores na utilização das ferramentas da qualidade;
- Agendar e registrar as visitas de benchmarking;
- Desenvolver e acompanhar a implementação das ações necessárias à certificação quando definido pelo Conselho Gestor;
- Comunicar imediatamente os eventos sentinelas, Eventos com dano Graus I, II e III.
- Encaminhar relatório com as tratativas relacionadas aos eventos.
- Realizar as auditorias internas planejadas em parceria com a Sede;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

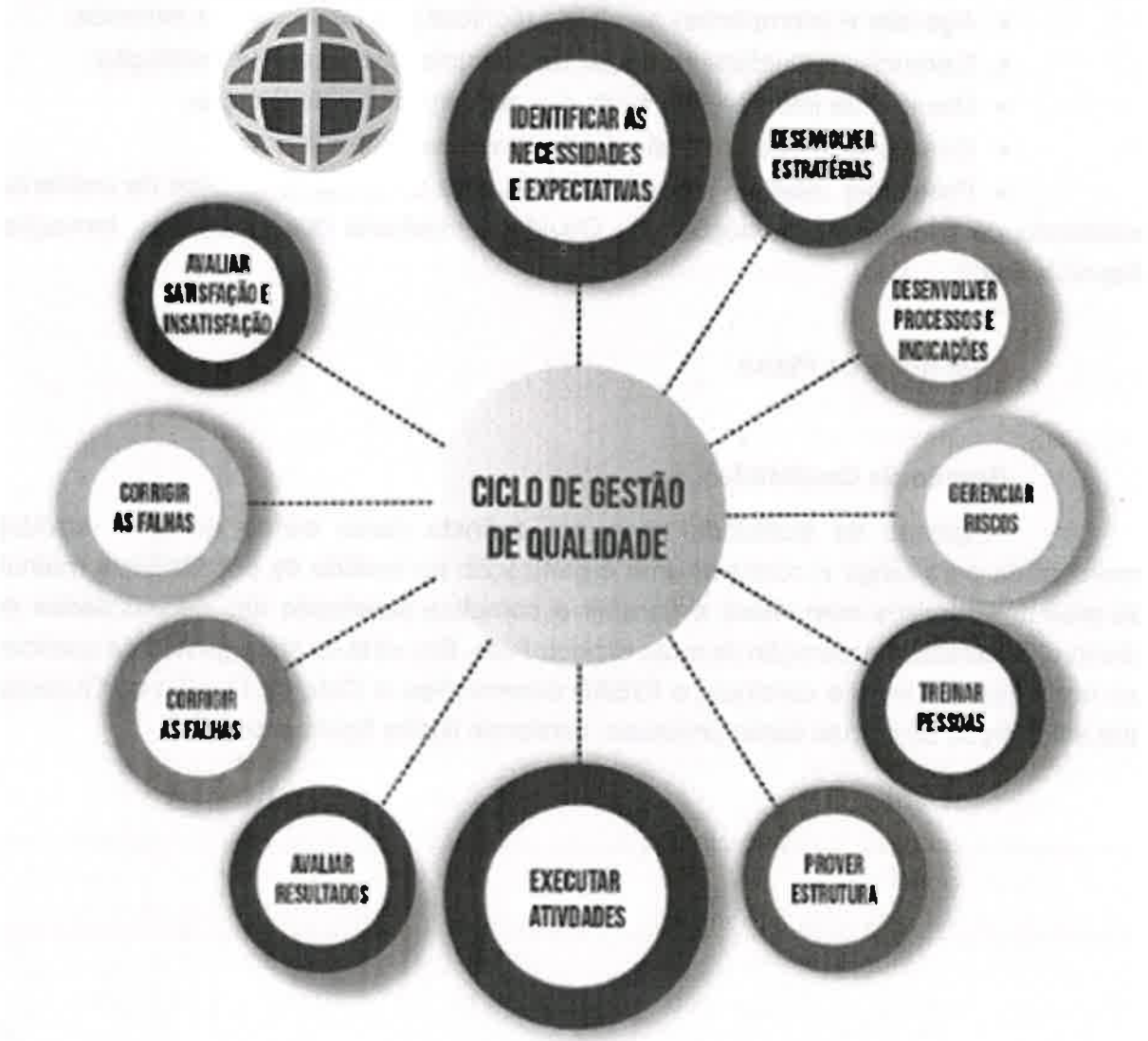
- Coordenar e apoiar as auditorias internas extraordinárias realizadas na Sede nas unidades;
- Agendar e acompanhar as visitas técnicas aos fornecedores externos;
- Gerenciar e atualizar os dados da comunicação visual da instituição;
- Divulgar as informações institucionais definidas pela Direção;
- Coordenar a padronização de documentos e formulários;
- Preencher relatório mensal da qualidade da unidade (análise de incidentes, satisfação do cliente, manifestações da Ouvidoria, melhoria dos processos, inovações) disponibilizado;

Descrição do Plano

Gestão da Qualidade

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes, ou ainda, a superação de suas expectativas. Em vista de ser a gestão da qualidade um processo dinâmico e contínuo, o **IDEAS** desenvolveu o Ciclo de Gestão da Qualidade que estabelece as etapas deste processo, conforme ilustra figura a seguir:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



Gestão por Processos

Os processos são constituídos pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos ou serviços (saídas). Para que funcionem de forma eficaz, elas têm que identificar e gerenciar processos inter-relacionados e interativos. Em muitas ocasiões a saída de um processo resultará diretamente na entrada do processo seguinte.

Gestão por processos é uma metodologia para avaliação, análise e melhoria contínua do desempenho dos processos estratégicos da unidade, ou seja, os que mais impactam na satisfação das partes interessadas.

A abordagem por processos permite melhor especificação do trabalho realizado, o desenvolvimento de sistemas, a gestão do conhecimento, o redesenho e a melhoria, por

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

meio da análise do trabalho realizado de modo a identificar oportunidades de aperfeiçoamento. Tem como principais objetivos:

• Conhecer e mapear os processos organizacionais desenvolvidos pela unidade e disponibilizar as informações sobre eles, promovendo a sua uniformização;

• Identificar, desenvolver e difundir internamente metodologias e melhores práticas da gestão de processos;

• Promover o monitoramento e a avaliação de desempenho dos processos organizacionais, de forma contínua, mediante a construção de indicadores apropriados;

• Implantar melhorias nos processos, visando a alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade no seu desempenho.

Mapeamento do Processo

Mapeamento do processo é uma ferramenta gerencial de comunicação que tem a finalidade de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para os processos.

Os processos de negócio são os primeiros processos a serem identificados, depois os processos de apoio e por fim os processos de controle ou reguladores. Com todos os processos identificados, pode-se iniciar a elaboração da "Cadeia de Valor".

• Processos Finalísticos – São aqueles que agregam valor diretamente aos clientes e estão alinhados à missão da instituição. São também denominados "processos fim", "processos finalísticos" ou "processos primários". Sua natureza e quantidade variam conforme o tipo de negócio.

• Processos de Apoio – São aqueles que dão suporte aos processos principais do negócio e a si mesmos, fornecendo produtos, serviços e insumos adquiridos ou comprados, equipamentos, tecnologia, softwares, manutenção de equipamentos e instalações, recursos humanos, informações e outros. Fornecem ou criam as condições necessárias para que a unidade possa gerar seus produtos ou serviços.

• Processos Gerenciais – São aqueles que definem e direcionam o negócio da organização. Dão suporte aos processos do negócio fornecendo informação, auxiliando na tomada de decisão.

Interação de Processo

A interação de processo é realizada ao se empregar um conjunto de condutas institucionais geralmente designadas como contratos (SLA). Necessita que os processos estabeleçam acordos sobre como as partes interessadas serão integradas para produzir resultados, fortalecendo uma cooperação interna para maximizar a criação de valor e a satisfação dos pacientes.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A manutenção das interações com o cumprimento dos contratos é um dos fatores que melhoram a assistência em saúde, fomentando sua importância para o resultado organizacional. O **IDEAS** instituiu um consolidado de interações entre processos para que fique descrito com clareza o papel do cliente e do fornecedor do processo de cada unidade. A relação entre fornecedor e cliente depende do comprometimento e da qualidade do produto. Sem eles não se alcançam resultados favoráveis.

Notificação de Incidentes

Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, passível de ser notificado. Um ponto prioritário da prevenção de erros é o sistema de notificação, onde qualquer cidadão, seja paciente, acompanhante ou colaborador, pode notificar.

A notificação é necessária para o desenvolvimento de estratégias que reduzem os riscos de incidentes evitáveis. A unidade deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança na organização e promove um ambiente favorável ao aprendizado.

Nesta direção, o **IDEAS** adota um sistema de notificação de incidentes o qual se classifica em Erro, Não Conformidade e Evento Sentinela.

Segue abaixo, taxonomia para esta classificação, adotada pelo instituto:

• Erro: falha não intencional em executar um plano de ação como pretendido ou a aplicação de um plano incorreto dentro de um determinado processo;

•Não Conformidade: não atendimento ao princípio do padrão entre processos, comprometendo, assim, a coerência e o funcionamento do sistema;

• Evento Adverso (sem dano, com dano grau I, grau II, grau III: dano leve, moderado e grave)

• Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo que acarrete o óbito, qualquer lesão física, permanente ou temporária.

Todas as organizações que se preocupam com a segurança do paciente devem analisar os dados notificados, bem como desenvolver uma cultura de segurança, para que possa gradativamente conhecer a realidade local e propor estratégias direcionadas para uma prática segura.

Análise de Incidentes

Os colaboradores das nossas unidades devem ser sensibilizados em relação ao registro dos incidentes, estando aptos a procederem com as notificações. Qualquer cidadão, seja paciente, acompanhante ou colaborador, pode realizar a notificação de

quaisquer incidentes, sendo estes definidos como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, passível de ser notificado.

Após o preenchimento de formulário específico, destacando-se alguns dados como data e horário do incidente; setor ou unidade onde ocorreu; nome do paciente envolvido e/ou número do seu prontuário etc., ele é encaminhado ao Núcleo de Segurança do Paciente.

O colaborador da Qualidade avalia previamente o ocorrido, classificando-o como Erro, Não Conformidade ou Evento Sentinela, a depender da natureza do incidente. Quando acontece o não atendimento ao princípio do padrão entre processos, comprometendo a coerência e o funcionamento do sistema, define-se como Não Conformidade. Após a classificação, os formulários são encaminhados para a coordenação dos respectivos setores notificados, via e-mail, que têm o compromisso de investigar o que ocorreu para, em seguida, emitirem uma resposta ao setor notificador, através do Núcleo, num período máximo de cinco dias.

Algumas ferramentas da qualidade são utilizadas para a análise dos incidentes, destacando-se o Diagrama de Ishikawa e o Planejamento 5W3H. Ao receber a resposta, o Núcleo avalia a coerência das informações e, considerando-a satisfatória, encaminha-a para o notificador.

Quando a resposta se apresenta inconsistente, ou mesmo não contempla qualquer medida relevante, seja nas ações imediatas para conter os danos ou nos planos de ação para prevenir novos incidentes, o Núcleo age como mediador entre notificador e notificado, a fim de se planejarem estratégias de intervenções que tenham mais efetividade ou para a interação de processos, que propõe acordos entre os setores.

Gestão de Documentos

O gerenciamento de documentos é realizado através de Sistema, que armazena e organiza os arquivos online, facilitando o controle e a recuperação de informações. O sistema é uma ferramenta de suporte à gestão do conhecimento.

Todos os documentos do **IDEAS** estão apresentados em uma estrutura padronizada visando principalmente à uniformidade de apresentação, objetividade e clareza conforme descrito na Norma Zero, bem como o controle das revisões de documentos.

Os níveis de aprovação seguem os critérios descritos na Norma Zero, após aprovação, todos os documentos são arquivados em pasta específica no sistema e disponibilizados em PDF no OneDrive, o qual os profissionais das instituições têm acesso para consultas.

Ferramentas adotadas pela Qualidade

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Ferramentas de Auditoria

As ferramentas de auditoria utilizadas pela Qualidade Corporativa são o:

- *Tracer*
- *Checklist de processo*
- *Checklist de Diretrizes Obrigatórias*

O objetivo é identificar não-conformidades e oportunidades de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

Este método de trabalho com várias ferramentas permite obter uma maior quantidade deinformações dos serviços de apoio e assistenciais, desta forma, é possível analisar como se concretiza na prática os processos de trabalho e sua relação com as diretrizes do serviço

A Qualidade Corporativa disponibiliza no OneDrive (sede) as listas de verificação para apoiar os profissionais na realização de auditorias.

Ferramentas da Qualidade

As ferramentas da qualidade são técnicas utilizadas com a finalidade de coletar dados, mensurar, investigar e analisar eventos, propor soluções e planejar ações de melhoria para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho, além de estruturar o desenvolvimento de ciclos de melhorias.

Elas permitem o maior controle dos processos e auxiliam na tomada de decisões. Devidamente aplicadas, as ferramentas poderão levar a unidade a:

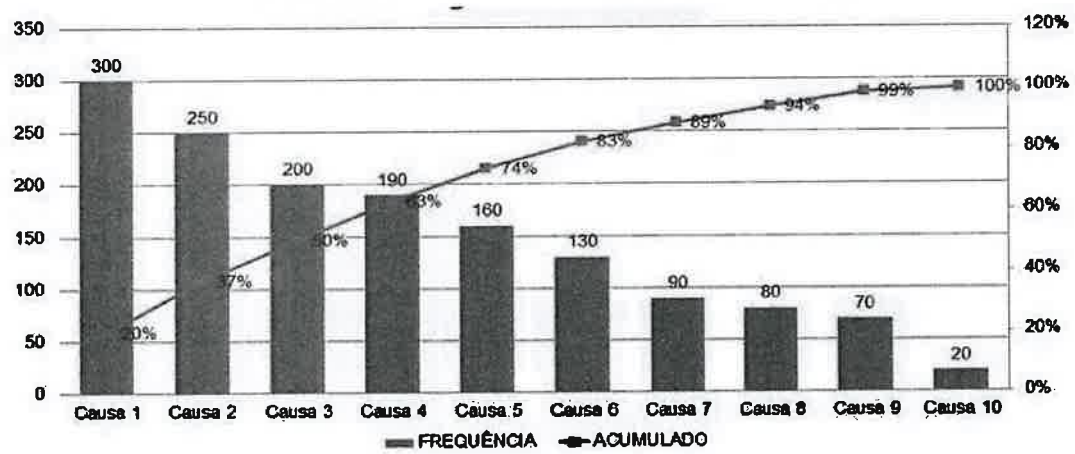
- Elevar os níveis de qualidade por meio da solução eficaz de problemas;
- Diminuir os custos com produtos e processos;
- Executar projetos melhores;
- Melhorar a cooperação em todos os níveis da organização;
- Identificar problemas existentes nos processos, fornecedores e produtos;
- Identificar causas raízes dos problemas e solucioná-los de forma eficaz.

As ferramentas padronizadas pela Qualidade Corporativa para utilização nas unidades de saúde gerenciadas pelo **IDEAS** são:

Diagrama de Pareto

Utilizado para identificar quais os itens responsáveis pela maior parcela de erros ou problemas. Em termos práticos, podemos dizer que: 80% dos problemas são causados por 20% das causas (máquinas, materiais, pessoas, métodos etc.). Neste diagrama, a

categoria mais frequente é colocada à esquerda, e em seguida são colocadas às outras por ordem decrescente



Procedimento para utilizar o Diagrama de Pareto:

1. Defina o problema;

2. Liste os fatores por categoria;

3. Estabeleça método e período para coleta dos dados;

4. Colete os dados registrando o total de vezes em que cada categoria foi observada e o nº total de observações;

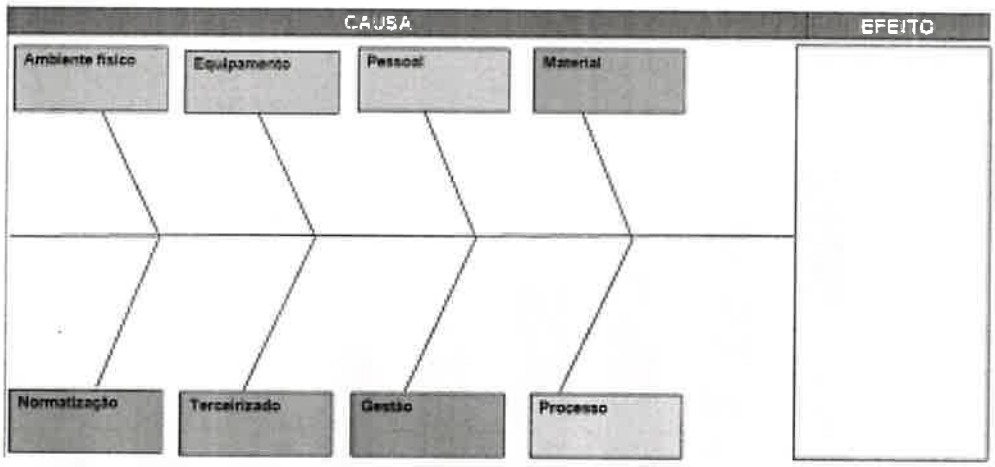
5. Elabore planilha de dados com as colunas: categorias, quantidades, totais acumulados, porcentagem do total e porcentagem acumulada, em ordem decrescente de frequência;

6. Faça um gráfico de barras verticais com valores decrescentes da esquerda para a direita, traçar curva de porcentagens acumuladas (curva de Lorenz).

Diagrama de Causa-Efeito Ishikawa

Também conhecido como Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama Espinha-de-peixe, permite estruturar hierarquicamente as causas potenciais de determinado problema ou oportunidade de melhoria, bem como seus efeitos sobre a qualidade dos produtos.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



Procedimento para utilizar o Diagrama de Causa-Efeito

1. Identifique o problema (efeito).

2. Escreva o problema no centro direito do quadro. Desenhe uma caixa em torno deste e desenhe uma seta horizontal apontada para o problema.

3. Identifique todas as causas possíveis do problema agrupando em Ambiente, Equipamento, Pessoal, Material, Normatização, Terceirizado, Gestão e Processo.

4. Faça uma análise das principais causas do problema.

5. Pergunte a cada causa "Porque é que isto acontece?". A cada ideia dada, escreva-a como subcausa, ramificando-a da apropriada causa principal. As subcausas podem ser escritas em várias posições no caso de haver múltiplas relações.

6. Se não se lembrar de mais contributos para o diagrama, termine a análise.

Matriz GUT

Também conhecida como matriz de priorização, é uma ferramenta de gestão muito utilizada para priorizar alternativas ou fazer escolhas com critério mais rigoroso do que as demais ferramentas, permitindo que as alternativas se confrontem entre si.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Risco	Gravidade	Urgência	Tendência	Total
Incêndio	4	2	1	8
Falta de energia	5	3	2	30
LGPD em vigor	5	5	5	125
Cancelamento de cliente	5	3	4	60
Atraso dos fornecedores	5	3	3	45
Acidente de trabalho	5	4	2	40

Procedimento para utilizar a Matriz GUT

1. Identifique os problemas;

2. Priorize os problemas a serem tratados considerando a Gravidade, a Urgência e a Tendência do problema definidos abaixo:

✓ Gravidade: impacto do problema sobre operações e pessoas da empresa. Efeitos que surgirão em longo prazo em caso de não resolução.

✓ Urgência: o tempo disponível ou necessário para resolver o problema.

✓ Tendência: potencial de crescimento (piora) do problema;

3. Determine uma pontuação de 1 a 5 em cada uma das características: gravidade, urgência e tendência;

4. Realize o cálculo de multiplicação das características de cada problema;

5. Coloque em ordem decrescente de prioridade, considerando o resultado total.

Brainstorming

É uma tempestade cerebral ou tempestade de ideias. É um método usado para testar e explorar a capacidade criativa de indivíduos ou grupos. A técnica de Brainstorming propõe que grupos de pessoas se reúnam e utilizem seus pensamentos e ideias para que possam chegar a um denominador comum, a fim de gerarem ideias inovadoras que levem um determinado projeto adiante. Nenhuma ideia deve ser descartada ou julgada como errada ou absurda e nem deve ser desprezada. Todas devem estar na compilação ou anotação de todas as ideias ocorridas no processo, para depois evoluir-se até a solução final.

Plano de Ação

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Também chamado de 5W3H, é basicamente um checklist de determinadas atividades que precisam ser desenvolvidas com o máximo de clareza possível por parte dos colaboradores. Ele funciona como um mapeamento dessas atividades, onde ficará estabelecido o que será feito, quem fará o quê, em qual período, em qual área da empresa e todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita, além de considerar a necessidade em ter ou não um indicador para melhor acompanhamento. Esta ferramenta é extremamente útil para as empresas, uma vez que elimina por completo qualquer dúvida que possa surgir sobre um processo ou sua atividade.

Protocolo de Londres

O Protocolo de Londres é a versão revisada e atualizada do nosso "Protocolo para Investigação e Análise de Incidentes Clínicos" original.

Pode-se dizer que seu objetivo é analisar de forma abrangente e reflexiva os incidentes clínicos e ter uma visão macro do contexto, sem focar somente na falha em si.

Analisar falhas, lacunas e incidentes atrelados à assistência à saúde é etapa fundamental para a melhoria da segurança do paciente. Entretanto, o foco deve estar em conhecer e compreender todo o contexto que levou àquele erro, e não apenas achar um culpado.

Para ser possível assegurar a investigação e análise profunda dos fatos que compõem o incidente clínico, é importante organizar as etapas de aplicação do protocolo, em conjunto com a equipe multidisciplinar.

As etapas de análise e investigação sugeridas apresentam a seguinte ordem sequencial:

- Investigar o incidente;
- Selecionar o time de investigação;
- Coletar dados;
- Organizar dados;
- Linha cronológica;
- Identificar problema;
- Identificar fatores contribuintes;
- Desenvolver um plano de ação.

Entre os fatores contribuintes, podemos destacar:

Fatores do Paciente

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Condição (complexidade e gravidade)
- Comunicação e linguagem.
- Fatores sociais e de personalidade

Fatores da Tarefa ou Tecnologia

- Claridade da estrutura e desenho da tarefa.
- Disponibilidade e uso de protocolos.
- Disponibilidade e acurácia dos testes auxiliares à tomada de decisão

Fatores Individuais (pessoas)

- Conhecimento, habilidade, experiência específica.
- Saúde física e mental

Fatores do Time (equipes)

- Comunicação verbal
- Comunicação escrita
- Disponibilidade de ajuda e supervisão
- Estrutura do time (congruência, consistência, liderança etc.)

Fatores do Ambiente de Trabalho

- Interrupções, barulho, conforto térmico, iluminação etc.
- Padrões de turno e carga de trabalho
- Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos
- Apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho

Fatores Organizacionais e Gerenciais

- Restrições financeiras
- Estrutura organizacional
- Políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras.
- Cultura de segurança e prioridades

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Fatores do Contexto Institucional

- Contexto regulatório e econômico
- Sistema de saúde loco regional
- Ligação com organizações externas

O uso do protocolo de Londres oferece à equipe uma metodologia estruturada que possibilita um conjunto de vantagens pois:

- Instiga a análise do que pode ter contribuído para a falha;
- Ajuda a promover uma cultura focada na melhoria dos processos;
- Entende as particularidades da Organização a qual se está inserido.

Matriz SWOT

Destina-se a especificar os objetivos de riscos do negócio ou projeto, e identificar os fatores internos e externos que são favoráveis e desfavoráveis para alcançar esses objetivos. Usuários da análise SWOT frequentemente perguntam e respondem questões para gerar informações significativas para cada categoria, de maneira a tornar a ferramenta útil e identificar sua vantagem competitiva. SWOT tem sido descrita como uma ferramenta de tentativa-e-erro de planejamento estratégico.

Gestão de Riscos

A gestão de riscos é um conjunto de ações estratégicas para identificação, administração,condução e prevenção dos riscos relacionados as atividades do **IDEAS**. Está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança que pressupõe o aprendizado comas falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados a assistência à saúde.

Ressalta-se a necessidade cada vez maior de aumentar a confiabilidade dos processos em serviços de saúde. A Qualidade Corporativa dispõe de métodos e técnicas para análise e gestão de risco, minimização de falhas e melhoria da segurança do paciente. Atualmente utilizamos a Ferramenta de Gestão de Risco, COZO.

Indicadores

O indicador é uma medida quantitativa e qualitativa que demonstra a evolução, compara o desempenho e identifica as oportunidades de melhoria, permitindo a avaliação da organização.

Dentre as características do indicador estão:

• Simplicidade: ser de fácil entendimento, de fácil obtenção, o custo de apuração é baixo e não tem interferência significativa no processo.

• Seletividade: está relacionada com o produto, serviço ou processo, mede ou está ligada ao atingimento das metas e mede características importantes para o gestor.

• Abrangência: É compatível com os objetos e metas da organização.

• Constância: possibilita comparações históricas, tem periodicidade e período de medição adequados.

• Gerenciabilidade: ser mensurável (exato e preciso) é possível interferir no resultado, a variação reflete a melhoria ou piora dos produtos, serviço ou processo, tem objetivo claro e definido.

Por trabalhar na linha de pensamento de Donnabedian, o **IDEAS** constrói os indicadores com as seguintes premissas:

• Estrutura: avaliam as características dos recursos ou a capacidade de prover o serviço.

• Processo: mensura o desempenho no processo, controle interno.

• Resultado: mensura a efetividade do processo.

Os indicadores do **IDEAS** estão divididos em três categorias: indicadores contratuais, indicadores estratégicos e indicadores prioritários, descritos abaixo:

• Os indicadores contratuais referenciam-se aos contratos de gestão firmados pelo ISGH.

• Os indicadores estratégicos foram estabelecidos no processo de gestão estratégica.

• Os indicadores prioritários são aqueles de relevância para a gestão do serviço naquele momento.

Estes indicadores devem ser definidos junto à Diretoria da Unidade e Sede. O **IDEAS** adotou uma ficha técnica do indicador para auxiliar o gestor quanto à padronização do indicador. Esta ficha é padronizada e deve ser completada antes da criação do indicador. Deverá ser encaminhada para Qualidade local que analisa a pertinência e auxiliará na construção e cadastro no sistema. A análise efetuada pela Qualidade deverá seguir a aplicação da Ferramenta SMART.

SMART

Ela é uma **ferramenta que ajuda na definição de metas, estabelecendo critérios que irão orientar para que eles sejam o mais objetivos possível, facilitando seu alcance**. Devem obrigatoriamente, ser:

- Specific/Específico
- Measurable/Mensurável
- Achievable/Atingível
- Relevant/Relevante
- Time/Temporal

Aqui, definimos cronogramas, prazos de entregas e datas de reuniões, pois são atitudes vitais para avaliar o cumprimento das metas. Resumidamente, **as metas precisam ser específicas, claramente alcançáveis e mensuráveis, com um prazo definido e em sintonia com os objetivos e o propósito corporativo.** Assim, as ações se tornarão mais objetivas, facilitando seu alcance. Nesta atividade, vale a pena revisitar a Missão, Visão e Valores do **IDEAS** e os objetivos também devem ser coerentes com as ações previstas no planejamento estratégico.

Melhoria Contínua

O conceito de melhoria contínua surgiu nas práticas adotadas pelas empresas japonesas após a Segunda Guerra Mundial. Esta filosofia prega a busca contínua de formas para melhorar as operações de uma empresa.

Este conceito traz a perspectiva de atuar nas causas de um problema potencial antes mesmo de se notar os seus possíveis efeitos. A melhoria contínua encontra-se embasada na crença de que todos os aspectos de uma operação podem ser continuamente melhorados, partindo-se do princípio de que os envolvidos diretamente em uma operação se constituem nos principais atores capazes de identificar alterações que devem ser realizadas.

A busca da competitividade necessita, entre outros fatores, da melhoria contínua de processos. Dessa maneira, destacam-se o aprendizado e o caráter investigativo em processos como as principais características da melhoria contínua, sendo que sua essência está na habilidade de solucionar problemas de maneira efetiva.

A obtenção de resultados que revelem a melhoria contínua pressupõe a resolução de problemas da empresa mediante métodos de análise que facilitem o encontro da sua causa-raiz.

Metodologia PCDA

O PDCA é uma metodologia gerencial com foco na melhoria contínua que utiliza sucessivos ciclos de desenvolvimento com objetivo de adquirir conhecimento e testar os efeitos potenciais sobre os processos com consequente melhoria dos resultados.

É aplicado para se atingir metas dentro de um sistema de gestão e pode ser utilizado em qualquer empresa, independentemente da área de atuação. Através do ciclo PDCA, os resultados e processos de trabalho devem ser analisados e medidos para identificar as fontes de variações que fazem com que os produtos não atendam às necessidades dos clientes.

Embora aparentemente seja de fácil compreensão, muitas vezes é difícil de se realizar em uma base contínua, devido à necessidade crescente de aprimorar a análise dos problemas e processos. Tem como etapas:

• PLAN: Planejar e estabelecer os objetivos e processos para alcançar os resultados esperados (objetivos e metas) e revisar componentes de processos para melhorar os resultados.

• DO: Treinar a equipe e executar o plano.

• CHECK: Avaliar o desempenho alcançado e divulgar os resultados.

• ACT: Decidir sobre as mudanças necessárias para melhorar o processo.

Na prática, o **IDEAS** utiliza a metodologia da seguinte forma:

1. Identificação e priorização dos Problemas (Análise Funcional);

2. Interação da equipe com os processos e os resultados esperados em cada processo;

3. Pode-se aplicar um Brainstorming com o grupo de trabalho e com algumas pessoas que participam de outros processos e que podem contribuir; levantando uma lista com os problemas mais relevantes;

4. Priorize os problemas através da pontuação do grupo;

5. Conhecimento do histórico do problema crítico, variações e tendências; Comparação com seus resultados (indicadores e práticas) com serviços de excelência.

Segue abaixo a descrição das etapas do método PDCA:

• Análise do Processo

• Elaboração do Plano de Ação

• Treinamento e capacitação

• Execução das Ações

• Avaliação dos Resultados

• Ações Corretivas

• Avaliação da Efetividade do Ciclo de Melhoria.

• Avaliar qual foi o impacto das medidas nos processos e resultados.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

• Qual a relação dos equipamentos com o problema? (dimensionamento, manutenção).

• Qual a relação dos processos com o problema? (Sub-Processo, interação, comunicação, fluxo).

• Qual a relação do ambiente com o problema? (Dimensionamento, limpeza, controle ambiental).

• Qual a relação dos profissionais com o problema? (Treinamento, motivação, dimensionamento, competências).

• Qual a relação dos insumos com o problema? (Quantidade, qualidade, agilidade).

• Qual a relação da gestão do serviço com o problema? (Informações, análise de indicadores e tendências, falta de itens de controle e verificação, ciclos de melhoria incompletos, prazos e responsabilidades, alinhamento estratégico).

Definição e Abreviação

Tema	Conceito
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e adequação, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
Cadeia de Valor	Representa o conjunto de atividades desempenhadas por uma organização, para criar valor para os seus clientes
Cuidado Centrado no Paciente	Prestar assistência que respeite as preferências e individualidades dos pacientes, suas necessidades e valores, assegurando que seus valores dirijam todas as decisões clínicas.
Cuidado Seguro	Prestar uma assistência que evite que o cuidado destinado a ajudar os pacientes acabe por provocar danos.
Efetividade	Prestar assistência baseada em conhecimento científico a todos que possam se beneficiar dela e evitando prover assistência àqueles que não têm probabilidade de se beneficiar dela.

Eficácia	O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias. Estabelece linhas de cuidado, protocolos e diretrizes clínicas que combinem o cuidado com a ciência, para evitar o uso excessivo de cuidados ineficazes e o uso insuficiente de cuidados efetivos
Eficiência	Evitar desperdícios, incluindo desperdícios de equipamento, materiais, ideias e energia. É a relação entre o benefício oferecido pela assistência à saúde e seu custo econômico.
Equidade	Prestar um cuidado que não apresente variações de qualidade devido às características de uma pessoa
Integralidade	É o conjunto articulado e contínuo de saberes, processos e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso em
Legitimidade	a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço às partes interessadas ou à sociedade como um todo, confirmando sua aceitação e credibilidade.
Oportuno	Atendimento ágil, o objetivo é reduzir esperas e atrasos danosos, tanto para aqueles que recebem quanto para os que prestam assistência
Processo	É um conjunto de atividades interrelacionadas que envolve pessoas, equipamentos, informações e procedimentos para transformar entradas em saídas (produtos ou serviços), que atendem um cliente interno ou externo para agregar valor e gerar resultado para a organização
Processos de Apoio	Dão suporte direto aos processos finalísticos. Fornecem ou criam as condições necessárias para que a organização possa gerar os produtos ou serviços que vão atender as necessidades e expectativas de seus clientes. Exemplos: Serviço de Higienização e Tecnologia da Informação.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Processos Estratégicos	São os processos chave para que a organização consiga atingir sua visão, cumprindo os objetivos determinados no planejamento estratégico.
Processos Finalísticos	Geram os produtos ou serviços finais da organização, isto é, atendem as necessidades e expectativas dos clientes. Esses processos agregam o valor diretamente para os clientes. Exemplos: Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.
Processos Gerenciais	Existem para coordenar e melhorar os processos finalísticos e os processos de apoio. Esses processos não resultam em um produto ou serviço. É através desses processos que são estabelecidas as diretrizes e práticas de gestão, possuem ações de controle, monitoramento e ações para o desenvolvimento da organização. Exemplos: Gestão de Pessoas e Jurídico.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

D.3 METAS GERAIS

INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
Classificação de Risco	Classificação de risco de 98% dos pacientes no Pronto Atendimento	Realizar a Classificação de Risco de acordo com o protocolo de Manchester na recepção de 100% dos pacientes atendidos. Realizar verificação periódica do fluxo de classificação e atendimentos registrados na fila, realizando as alterações necessárias no caso de mudança de classificação.
Referência	Referenciar 100% dos pacientes que necessitem de atenção superior a 24 horas	Dar atendimento a todas as necessidades dos pacientes, realizar o acompanhamento do caso e inserção pelo sistema CROSS para ofertas de serviços especializados para Referência e contrarreferência.
Resolutividade	Transferir, no máximo, 3% dos pacientes classificados	Dar atendimento cabal a todas as necessidades dos pacientes, visando a solução efetiva da urgência. Realizar a referência e contrarreferência dos pacientes que necessitam de serviços especializados, de acordo com recomendações de Protocolos Institucionais.
Atendimento	Atender de 301 a 450 pacientes/dia	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento de urgência e emergência em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica.

D.4 METAS ADICIONAIS

INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
Tempo médio de espera para	≤ 5 min	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

atendimento médico dos pacientes classificados com o risco VERMELHO		para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução.
Tempo médio de espera para atendimento médico dos pacientes classificados com o risco LARANJA	≤ 15 min	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução.
Tempo médio de espera para atendimento médico dos pacientes classificados com o risco AMARELO	≤ 60 min	Elaboração de protocolos de controle de entrada e do período dos exames, repassando informações coesas e corretas aos pacientes, bem como fornecendo protocolo para controle do mesmo. Além do treinamento contínuo da equipe para auxílio e assistência.
Tempo médio de espera para atendimento médico dos pacientes classificados com o risco VERDE	≤ 120 min	Elaboração de protocolos de controle de entrada e do período dos exames, repassando informações coesas e corretas aos pacientes, bem como fornecendo protocolo para controle do mesmo. Além do treinamento contínuo da equipe para auxílio e assistência.
Tempo médio de espera para atendimento médico/enfermeiro dos pacientes classificados com o risco BRANCO	≤ 180 min	Elaboração de protocolos de controle de entrada e do período dos exames, repassando informações coesas e corretas aos pacientes, bem como fornecendo protocolo para controle do mesmo. Além do treinamento contínuo da equipe para auxílio e assistência.
Tempo médio de espera para	≤ 360 min	Elaboração de protocolos de controle de entrada e do período dos exames, repassando informações

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

atendimento médico dos pacientes classificados com o risco AZUL		coesas e corretas aos pacientes, bem como fornecendo protocolo para controle do mesmo. Além do treinamento contínuo da equipe para auxílio e assistência.
Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo	100%	Remeter todos os relatórios clínicos, operacionais, financeiros e assistenciais para levantamento da produção mensal da unidade de saúde. Os relatórios deverão alimentar o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS) até o 5º dia útil do mês subsequente.
Percentual de usuários/acompanhantes satisfeitos/muito satisfeitos	70%	Elaboração de sistemas de pesquisa e de colheita de feedback dos usuários do sistema de saúde, disponibilizados por sistema informatizado e por via física a todos os usuários, visando a colheita de dados acerca da percepção dos serviços prestados, bem como o regime de melhoria e otimização contínua dos serviços.

Ações para a promoção da Qualidade Técnica:
1. Implementar programas de treinamento e capacitação contínua para a equipe médica e profissionais de saúde, com foco em atualização e aprimoramento técnico.
2. Desenvolver protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências para orientar a prática médica e padronizar os procedimentos em áreas de alta complexidade.
3. Estabelecer processos de monitoramento e auditoria interna para avaliar a qualidade dos serviços prestados, identificar oportunidades de melhoria e garantir a conformidade com os padrões de segurança e qualidade.
4. Investir em tecnologia e equipamentos de última geração para apoiar os procedimentos de alta complexidade, garantindo diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes.
5. Implementar programas de pesquisa e inovação clínica para promover o desenvolvimento de novas terapias e abordagens médicas.
6. Estabelecer parcerias com instituições de ensino e centros de pesquisa para fomentar a troca de conhecimentos e a colaboração científica.
7. Realizar auditorias periódicas em todas as áreas do hospital para identificar possíveis lacunas na qualidade técnica e implementar ações corretivas.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

8. Incentivar a participação em programas de certificação e acreditação externa, visando o reconhecimento da qualidade técnica da UPA.
9. Implementar sistemas de informação e gestão hospitalar integrados, permitindo o monitoramento em tempo real dos indicadores de qualidade e desempenho.
10. Promover uma cultura de aprendizado contínuo e melhoria, encorajando a participação ativa da equipe médica e profissionais de saúde em atividades de educação continuada e grupos de estudo.

Ações para a gestão de serviços:
1. Realizar um mapeamento completo dos serviços oferecidos pelo hospital, identificando pontos fortes, áreas de melhoria e oportunidades de expansão.
2. Desenvolver um plano estratégico que defina metas claras, prioridades e ações específicas para a melhoria dos serviços prestados.
3. Implementar sistemas de gestão da qualidade e monitoramento de indicadores para avaliar o desempenho dos serviços e garantir a entrega de cuidados de alta qualidade.
4. Estabelecer processos eficientes de triagem e fluxo de pacientes, otimizando o tempo de espera e a utilização dos recursos disponíveis.
5. Promover a integração entre as diferentes áreas e equipes do hospital, incentivando a comunicação e o trabalho em equipe para melhorar a eficiência dos serviços.
6. Implementar estratégias de gestão de riscos e segurança do paciente, incluindo a identificação e prevenção de eventos adversos e a melhoria contínua dos processos de segurança.
7. Desenvolver um sistema de gestão de suprimentos eficiente, garantindo o abastecimento adequado de materiais e medicamentos, evitando desperdícios e reduzindo custos.
8. Implementar programas de melhoria da experiência do paciente, buscando a satisfação e o bem-estar dos usuários da UPA.
9. Estabelecer parcerias com outras instituições de saúde para ampliar a oferta de serviços especializados e reduzir a necessidade de encaminhamentos externos.
10. Realizar pesquisas de satisfação periódicas com pacientes e seus familiares para avaliar a qualidade dos serviços e identificar áreas de melhoria.

Ações para a gestão de pessoas:
1. Elaborar um plano de capacitação e desenvolvimento profissional para a equipe, levando em consideração as necessidades individuais e as demandas da UPA.
2. Implementar um programa de gestão de desempenho, estabelecendo metas claras e avaliando regularmente o desempenho dos colaboradores.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

3. Promover uma cultura organizacional baseada no respeito, na valorização e no reconhecimento dos profissionais de saúde, incentivando o trabalho em equipe e a colaboração.
4. Estabelecer canais de comunicação efetivos, como reuniões periódicas, feedback individual e ferramentas de comunicação online, para manter a equipe informada e engajada.
5. Criar um ambiente de trabalho saudável e seguro, adotando medidas para prevenir doenças ocupacionais, promovendo a saúde e o bem-estar dos colaboradores.
6. Implementar políticas de remuneração e benefícios atrativas, levando em consideração a valorização do trabalho realizado pelos profissionais de saúde.
7. Incentivar a participação dos colaboradores em programas de educação continuada e eventos científicos, estimulando o aprendizado e o desenvolvimento profissional.
8. Estabelecer um programa de retenção de talentos, com ações voltadas para a valorização e o crescimento dos profissionais dentro da instituição.
9. Promover a diversidade e a inclusão no ambiente de trabalho, garantindo oportunidades iguais para todos os colaboradores, independentemente de gênero, etnia, orientação sexual, entre outros.
10. Realizar pesquisas de clima organizacional regularmente para identificar oportunidades de melhoria e promover um ambiente de trabalho positivo.

Ações para a articulação com a rede de serviços:
1. Estabelecer parcerias estratégicas com unidades de atenção primária, visando o compartilhamento de informações e a coordenação do cuidado dos pacientes.
2. Implementar um sistema de prontuário eletrônico integrado que permita o acesso seguro e rápido aos registros de saúde dos pacientes por profissionais de diferentes serviços de saúde.
3. Realizar reuniões periódicas com gestores de outros hospitais e unidades de saúde especializadas para discutir casos complexos, trocar experiências e definir protocolos de encaminhamento.
4. Participar ativamente de redes de urgência e emergência, compartilhando recursos e estabelecendo fluxos de atendimento eficientes.
5. Estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa para fomentar o intercâmbio de conhecimentos e promover a formação de profissionais de saúde.
6. Desenvolver um plano de comunicação efetivo com a rede de serviços, compartilhando informações sobre a disponibilidade de leitos, especialidades atendidas e capacidade de atendimento da UPA.
7. Participar de fóruns e comitês de saúde regionais, contribuindo ativamente para o planejamento e a organização dos serviços de saúde na região.
8. Estabelecer protocolos de encaminhamento e referência para garantir a continuidade do cuidado dos pacientes que necessitam de atendimento especializado fora da UPA.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

9. Realizar ações de educação em saúde junto à comunidade e aos profissionais da atenção primária, visando a prevenção de doenças e o fortalecimento da rede de cuidados.
10. Participar de programas de regulação e controle do sistema de saúde, contribuindo para a otimização dos recursos e a melhoria da qualidade do atendimento em toda a rede.

D.5 NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS, OBSERVADAS AS FASES DE CONSTRUÇÃO DE BANCO DE DADOS E FORNECEDORES, CONSULTAS DE PREÇOS, AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.

Introdução

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

Os medicamentos, que costumam receber um tratamento diferenciado devido a sua importância estratégica para as ações de saúde, serão considerados como um grupo igual aos demais, uma vez que essa diferenciação não garante um gerenciamento satisfatório se comparado com os demais grupos de materiais.

Pode-se, atualmente, definir almoxarifado como o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionada à política geral de estoques da empresa.

Impedir divergências de inventário e perdas de qualquer natureza é o objetivo primordial de qualquer almoxarifado, o qual deve possuir condições para assegurar que o material adequado, na quantidade devida, estará no local certo, quando necessário, por meio da armazenagem de materiais, de acordo com normas adequadas, objetivando resguardar, além da preservação da qualidade, as exatas quantidades. Para cumprir sua finalidade, o almoxarifado deverá possuir instalações adequadas, bem como recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

Rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado preservarão os materiais armazenados, protegendo-os contra furtos e desperdícios. A autoridade para a retirada do estoque deve estar definida com clareza e somente pessoas autorizadas poderão exercer essa distribuição. Da mesma forma que a retirada de numerário de um banco se dá mediante apresentação do correspondente cheque, a retirada de materiais do almoxarifado deve estar condicionada à apresentação da respectiva requisição. Depositar

materiais no almoxarifado é o mesmo que depositar dinheiro em um banco. Seu objetivo é claro: proteger.

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento das viagens de ida e volta do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas, da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

O almoxarifado é o reduto onde se encontram os "insumos", materiais necessários à sustentação do processo e do sistema produtivo, seja ele de bens, sejam de serviços.

Segundo o regimento interno deste departamento, o mesmo tem como finalidade controlar e analisar gerencialmente todos os estoques existentes na instituição, provendo todos os materiais e medicamentos necessários ao desenvolvimento adequado das atividades hospitalares.

Compreende os setores de:

- Gestão dos estoques,
- Farmácia central e satélites,
- Almoxarifado,
- Gerenciamento de materiais consignados,
- Recebimento de mercadorias e
- Transportes.

Gestão de Estoque

Neste setor ocorre a definição de "quanto" e "quando" comprar. O sistema utilizado é o de reposição dos estoques através do ponto de pedido que se baseia na definição de parâmetros de controle conforme a classificação ABC.

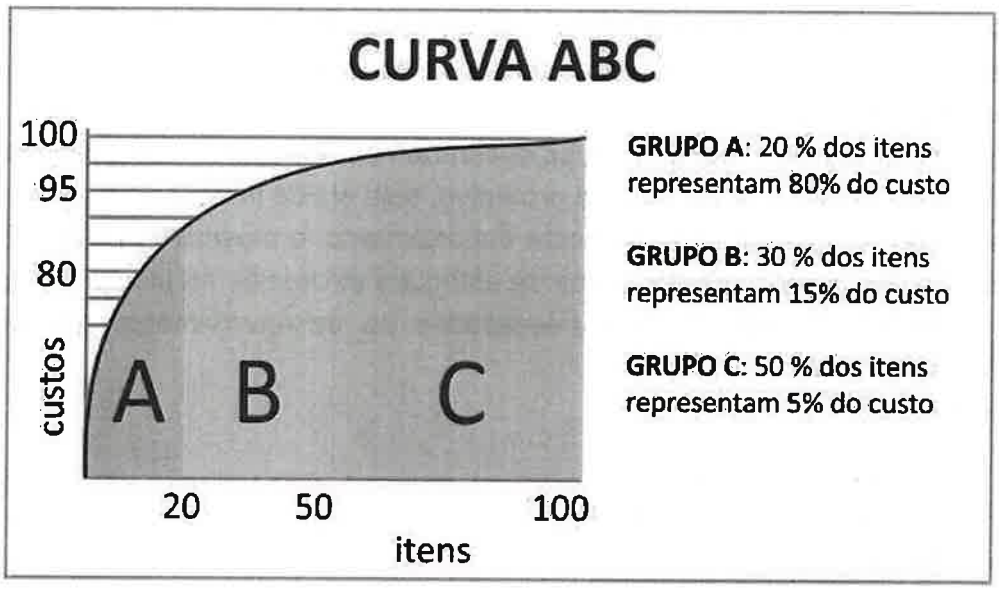
A classificação ABC, também conhecida como classificação de Pareto, é um método de gestão que visa identificar os produtos em função dos valores que eles representam e, com isso estabelecer formas de gestão apropriadas à importância de cada item em relação ao valor total considerado. Essa classificação pode ser feita sob diferentes valores, por exemplo, classificação ABC do consumo de materiais; de estoque e de fornecedores, sendo a primeira a mais importante para gestão de materiais.

É um importante instrumento para o administrador, pois permite identificar aqueles itens que justificam atenção e tratamento adequados quanto à sua administração. Obtém-se a curva ABC através da ordenação dos itens conforme a sua importância relativa e impacto orçamentário.

Verifica-se, portanto, que uma vez obtida à sequência dos itens e sua classificação ABC, disso resulta imediatamente a aplicação preferencial das técnicas de gestão administrativa, conforme a importância dos itens. A curva ABC tem sido usada para a administração dos estoques, para a definição de política de gestão de estoques, estabelecimento de prioridades para a programação de abastecimento da unidade de saúde.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Após terem sido ordenados pela importância relativa, as classes da curva ABC, podem ser definidas das seguintes maneiras:



Neste setor ocorre também a previsão da demanda. As previsões sobre a demanda ou o consumo de materiais são fundamentais para a consecução dos objetivos da administração de materiais, que consistem em prover o usuário do material certo na organização.

Previsão de demanda é um processo pelo qual se procura antever o que ocorrerá no futuro para antecipar as providências necessárias para atender aqueles objetivos. Faz parte, portanto, do planejamento da organização e quanto melhor for a capacidade de antevisão das demandas futuras, melhor será o desempenho da gestão de material no alcance desses objetivos. Planejar é sempre uma atividade voltada para o futuro, e o futuro só se pode prever - daí a importância das previsões de modo geral e da demanda em particular.

Existem muitos modelos de previsão, exemplos: método ingênuo, Delphi, analogia, taxas de crescimento, média móvel aritmética simples, suavização exponencial, análise de regressão e correlação, curva S.

A fórmula básica utilizada é a seguinte: PP = ES = TR + LC, onde: "PP = Ponto de pedido" é o nível de estoque indicado para se gerar a solicitação de compras. É medido em dias x o consumo diário. O "ES = Estoque de segurança" pode ser calculado cientificamente ou empiricamente É medido em dias x o consumo diário. O "TR = Tempo de reposição" é o tempo que se gasta desde a emissão da solicitação de compra até o recebimento da mercadoria. É medido em dias x o consumo diário.

Finalmente, o "LC = Lote de compra" é uma quantidade fixa que deve ser comprada quando o item atingir o PP. É medido em dias x o consumo diário. Sendo assim, o estoque máximo é o máximo estoque que se deseja obter para cada curva. É também expresso em dias x o consumo diário e é numericamente igual à somatória do ES=TR+LC.

Classificação XYZ.

Outro conceito bastante utilizado em gestão de estoques é a Classificação XYZ.

Avalia o grau de criticidade ou imprescindibilidade do material no desenvolvimento das atividades realizadas. Parte integrante da gestão de qualidade a classificação XYZ, implica numa avaliação adicional do impacto que determinado item causará nas operações de gestão de estoque.

No âmbito hospitalar facilita a identificação para obtenção ou substituição de um item por outra baseada na criticidade que cada item representara na assistência ao paciente.

ITENS	CARACTERÍSTICAS
Classe X	**Materiais de baixa criticidade – sua falta não interrompe as atividades da organização; elevada possibilidade de substituição**
Classe Y	**Materiais de criticidade média – são vitais para a realização das atividades; podem ser substituídos por outros com relativa facilidade**
Classe Z	**Materiais de máxima criticidade – sua falta provoca a paralização de uma ou mais fases operacionais da organização; não podem ser substituídos por outros equivalentes**

Gestão de compras

Definida como a área de fator estratégico na cadeia de suprimentos do **IDEAS**, no setor de saúde, voltada em gestão de recursos financeiros com ênfase no abastecimento de materiais, medicamentos e correlatos do âmbito de saúde.

Atividade que compactua com todas as unidades direta ou indiretamente, tem como objetivo de eficiência a obtenção de insumos certos, das quantidades corretas, das entregas em tempo programado e dos valores mais vantajosos.

Fundamental para o sucesso da organização, pois dentem função direta nos bons resultados tanto financeira como no âmbito de assistência ao cliente.

Almoxarifado e Farmácia

Objetivo

Estabelecer os critérios para recebimento de produtos hospitalares, medicamentos, materiais consignados, equipamentos hospitalares e outros, a fim de garantir a qualidade de acordo com a legislação vigente.

- **Responsabilidades**

Almoxarifado / Farmácia

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- **Documentos Complementares**

Manual de procedimentos
Manual da Qualidade

- **Definições**

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
ONA: Organização Nacional de Acreditação;
N.F.: Nota-Fiscal;

- **Descrição**

Central de Abastecimento Almoxarifado

Suas principais funções e atribuições (almoxarifado de especialidades farmacêuticas) são: **receber, armazenar** (estocar), **controlar estoque**, **distribuir** os produtos para oscentro de custos do hospital. Após o recebimento, todos os produtos são identificados através de códigos de barras, visando garantir a **rastreabilidade** por lote e validade. Critérios internos de armazenamento são seguidos para **preservar a qualidade** dos produtos adquiridos.

Responsabilidades dos Serviços

- Gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) dos produtos;
- Gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);

Recebimento e inspeção dos produtos – Almoxarifado

- O departamento de compras encaminha duas vias de ordem de Fornecimento para o almoxarifado.
- O almoxarifado recebe a Nota-Fiscal, confere com a Ordem de fornecimento, verificando descrição do produto, quantidade, valor, CNPJ, razão social e data de emissão da NF.
- No almoxarifado, há uma área específica para o recebimento dos produtos (Quarentena).
- Para medicamentos, materiais médico hospitalares, insumos e dietas enterais, são analisados: quantidade; validade; integridade física; especificações técnicas; lote e embalagem.
- Os produtos com algum tipo de divergência são acondicionados e identificados, até que seja resolvido.
- No ato da conferência dos produtos, efetua –se o check list da Nota fiscal, atestando a veracidade e juntamente com a Ordem de fornecimento, encaminha-se para contas a pagar. Posteriormente é realizado o lançamento no sistema de gestão gerando

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

etiquetas com código de barras individualizado constando nome do produto, lote e validade, para que a rastreabilidade seja eficaz.

Nota: O recebimento de dietas enterais é realizado por uma nutricionista e dietas parenterais por um Farmacêutico.

- Para equipamento médico-hospitalar, encaminha o equipamento e a N.F. para a análise técnica do setor de Engenharia Clínica. Depois de analisado e testado o equipamento será patrimoniado e encaminhado para o setor solicitante. A N.F. será devolvida para o Almoxarifado.

- Para medicamentos Termolábeis à inspeção é realizada através de um termômetro digital, onde este nos mostra a temperatura do medicamento, que pode variar de 2º à 8º, segundo instruções do fornecedor que vem na própria embalagem.

- Quando ocorrer reincidência de não conformidade, notifica o setor de compras, solicitando que se tome a ação necessária, a fim de evitar problemas futuros.

Avaliação e performance do fornecedor – Almoxarifado

- No ato da entrega é realizada uma avaliação de performance do fornecedor, preenchendo a ficha no sistema, onde contém informações técnicas e específicas do transporte, integridade dos produtos, segurança e acuracidade das entregas.

Manuseio de produtos – Almoxarifado

O manuseio é realizado por equipamentos adequados, respeitando as normas técnicas e boas práticas farmacêuticas.

Armazenar os Produtos – Almoxarifado

A estocagem, devem ser em pallets, prateleiras e armários, permitindo fácil visualização e perfeita identificação dos produtos, quanto ao nome, seu número de lote e seu prazo de validade.

- Na Farmácia Central o controle de temperatura e umidade é realizado através de um checklist diário, respeitando as normas estabelecidas para cada tipo de produto/medicamentos (quando aplicável). Através do sistema de alerta é possível detectar defeitos no equipamento para pronta reparação.

- O método utilizado para o armazenamento dos materiais e medicamentos é o PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) ou FEFO (Primeiro que Vence é o Primeiro que Sai).

- No almoxarifado os insumos são controlados via sistema de gestão atualizados mensalmente, onde sua rastreabilidade previne o desvio de medicamentos tendo impacto direto na saúde do paciente. Permitindo a identificação da rastreabilidade reversa, medicação administrada em horário e dosagem correta.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

• Para as dietas enterais, parenterais e fórmula infantil é realizada uma verificação do "Laudo Microbiológico" onde será arquivado na UND ou Farmácia.

• No estoque, o controle de validade dos medicamentos e materiais, é realizado através do sistema de gestão (Software) em relatórios trimestrais apontando os itens com validade próxima, onde o gestor e o farmacêutico providência o giro do produto em questão. Caso não seja possível o consumo e algum produto atinja o prazo de validade deverá ser excluído do sistema de gestão (Software) com as devidas informações e descartado (Conforme orientação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos do hospital) assinado a baixa e arquivando-a na pasta de medicamentos e/ou materiais vencidos.

Separação de materiais e medicamentos

• Padronização de catálogos dos produtos, respeitando a particularidade de cada centro de custo onde o sistema (Software) apontará o ponto de ressuprimento para o almoxarifado realizar a reposição dos itens.

• Realizado semanalmente atualização dos catálogos com cada supervisor dos diversos centro de custo.

• Separar através do sistema FIFO (Primeiro que vence é o Primeiro que Sai) PEPS, Transferir e/ou Baixar o material e medicamento no sistema (Software) através do seu código de barra e encaminhar ao centro de custo solicitante.

Distribuição

• A distribuição é realizada com horário previamente definido para cada centro de custo, sendo ele diariamente a cada 12 horas e encaminhado o relatório (Requisição) de entrega para conferência e ciência do recebimento.

• As solicitações das áreas de emergência são efetuadas no primeiro horário respeitando o cronograma interno.

• As prescrições médicas são verificadas pelo farmacêutico, onde é efetuado a assistência farmacêutica e em seguida encaminhado ao setor solicitante. A cada passagem de plantão o enfermeiro responsável verifica as medicações e materiais dos pacientes de alta para fazer a devolução ao almoxarifado, onde será incluso o item no estoque através do seu código de barra via sistema (Software), disponibilizando o produto para consumo imediato.

Emitir Relatório gerenciais – Almoxarifado

• Após fechamento do mês feito pela Controladoria, emitir Relatório de Histórico de Entrada X Saída Consolidada para acompanhamento do prazo médio de estoque e encaminha à Gerência.

• O Relatório de Saída / Devolução de Produtos por Setor/Pacientes é encaminhado à controladoria.

• Outros relatórios gerenciais utilizados como ferramenta para gestão de estoque são:

– Consumo de Estoque; Balanço Contábil, curva ABC XYZ PQR 123 de Consumo.

– Relatório de Consumo de Estoque: serve para buscar e analisar o histórico de consumo dos produtos durante um determinado período. Exemplo: tirar o histórico de saída dos últimos três meses, dois meses etc.

– Relatório Balanço Contábil: demonstra todas as movimentações financeiras (entrada de nota fiscal, saída etc.) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve estar consolidado.

– Curva ABC XYZ PQR 123 de Consumo: este relatório aponta quais itens do estoque apresenta maior custo para o hospital. Em mãos com estes números, são tomadas ações para maior controle destes itens, a fim de evitar custos desnecessários para o hospital e sua criticidade. Padronização de produtos e kits para processos médicos, otimizando custos.

– Relatórios de ponto de ressuprimento ao setor de suprimento para que seja realizado a compra ou entrega dos itens em questão.

Almoxarifado: Responsável pelo gerenciamento do estoque, e pela reposição da farmácia.

Farmácia: Responsável pelo armazenamento dos materiais e sua distribuição ao Centro Cirúrgico.

A contagem dos itens é realizada mensalmente para que seja identificado as divergências e tomar as devidas providências.

Solicitação de Materiais para Sub estoque

- **Objetivo**

Solicitação de materiais para o subestoque.

- **Responsabilidade**

Técnico de Enfermagem / Farmácia

- **Documentos complementares**

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

- **Definições**

Não se aplica

- **Descrição**
- O subestoque permanece fixo na unidade;
- A baixa dos produtos deve ser feita via sistema pela equipe de enfermagem no nome do paciente durante 3 vezes por dia. No período da manhã, as baixas dos produtos deverão ser feitas até às 11:30hs, à tarde até às 17:30hs e no período noturno até às 04:00hs. Os horários das baixas deverão ser seguidos criteriosamente, pois caso ultrapasse o horário citado acima o material será reposto apenas para o plantão seguinte;
- A farmácia ficará responsável em tirar o relatório dos subestoques, repondo apenas as quantidades necessárias para o plantão;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- O auxiliar / técnico de enfermagem deverá conferir o pedido e assinar no momento que for retirar.

Compras

Documentação do processo de compra

O processo de documentação deverá ser composto pela solicitação de compra, as cotações realizadas e a ordem de compra.

Este processo deverá ser arquivado e mantido sua guarda pelo período de 5 anos.

Capítulo VI

Da contratação de serviços por ordem de compra

Será considerado serviço toda reforma, recuperação, manutenção realizada com mão-de-obra de terceiro jurídica, bem como a utilização de empresas voltadas para execução administrativas, treinamentos e prestação de serviços.

Para a contratação do serviço o gestor da área solicitante deverá consultar procedimento interno que descreverá os critérios de seleção, autorização, homologação e acompanhamento do desempenho de fornecedores de produtos e serviços.

A contratação de empresa, para a execução dos serviços, será autorizada pela Diretoria, após apresentação de propostas pelos interessados, levando-se em conta as disposições contidas neste Regulamento, em que couber.

Capítulo VII

Testes de produtos

O Suprimentos receberá as amostras com documento formal da empresa fornecedora e encaminhará à comissão de homologação de fornecedores para avaliação legal e técnica do produto. Após a avaliação, a comissão formaliza o parecer técnico para Suprimentos inserir ou não o produto (fornecedor e marca) no banco de dados próprio, a partir de então o Hospital poderá adquirir ou não o produto.

Capítulo VIII

Das disposições gerais

Em todas as compras de bens e serviços deverá ser emitida, pelo fornecedor, nota fiscal, devidamente preenchida.

Os valores estabelecidos no Artigo 13º deste Regulamento, poderão, periodicamente, serem revistos e atualizados, pela Administração com aprovação da Diretoria do **IDEAS.**

Os casos omissos ou duvidosos, na interpretação deste Regulamento, serão resolvidos pela Diretoria.

Faz parte integrante da Política de Compras os procedimentos:

a) Fluxo de Aquisição;

b) Cronograma de solicitação de compras e recebimento de produtos;

c) Fluxo de Teste de Produto;

d) Seleção, Autorização, Homologação e Acompanhamento do Desempenho do Fornecedor

de Produto ou Serviço.

e) Compras de urgência.

Fluxo de Aquisição

- **Objetivo**

Descrever a metodologia de aquisição, a fim de assegurar que os mesmos estejam em conformidade com os requisitos específicos.

- **Responsabilidades**

Compras

- **Documentos complementares**

Manual da Qualidade
Requisito Legal / Documento Externo
Critérios para Homologação dos Fornecedores
Plano de compras
Requisitos Mínimos para Prestação de Serviços
Compras de Urgências

- **Descrição**

Identificar a Necessidade de Aquisição - Gestores dos processos

- **Padronizado**: os gestores do Almoxarifado e Farmácia avaliam a necessidade de aquisição em função do consumo médio, saldo em estoque ou ponto de pedido e emitem o pedido de Compras no sistema de gestão, Suprimentos faz a avalição orçamentária e libera ao comprar para cotar e negociar.
- **Não padronizado**: os gestores emitem o pedido de Compras, solicitam aprovação da Diretoria e encaminha a mesma aprovada às compras.

Receber a Solicitação de Compras -Auxiliares e compradores:

- **Padronizado**: O pedido é recebido via sistema informatizado e nesse caso não requer verificação da especificação, pois o sistema já possui esses dados cadastrados.
- **Não padronizado:** Verificar se os dados estão corretos: descrição do item, centro de custo e aprovação da Gerência da área, em caso negativo, devolver ao solicitante para ajustes.
- Verificar ainda, se requer especificação técnica, e em caso positivo entrar em contato com o setor responsável para definição ou revisão da especificação.

Realizar cotações de Compras – Compradores

- Para os itens de consumo, lançar no portal eletrônico de compras para que o mercado possa cotar. Tendo a data e horário pré determinado para fechamento.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

- Resgatar do portal eletrônico de compras, a cotação, negociar e despachar com o gestor de compras para análise.
- Passo a Passo:

1. Receber o pedido de compra via sistema;
2. Fazer integração do sistema com o portal de compras (Upload).
3. Determinar tempo de cotação via plataforma;
4. Analisar os custos dos produtos;
5. Selecionar os produtos e disparar pedido aos fornecedores ganhadores;
6. Fazer integração do sistema com o portal de compras (download).

- Regras para cotação:
- Itens de consumo com valor global da compra até de 1.000,00 no mínimo duas cotações
- Itens de consumo com valor global da compra acima de 1.000,00 no mínimo três cotações

Nota: Quando o fornecedor for único no mercado, não são necessárias três cotações, o processo deverá ter carta de justificativa técnica ou carta de exclusividade.

Nota: Fornecedores que tenham contrato de distribuição de produtos são necessários que no momento do pedido, sejam verificados os valores acordados e formalizados através de contrato de fornecimento ou acordo comercial.

Nota: Para urgências, será necessária uma justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

Analisar cotações – Compradores e Gerente

- **Padronizado**: lançar os dados no sistema para análise de valores e definição da compra.
- **Não padronizado**: lançar os dados no quadro de Cotação para análise de valores e definição da compra

Definir a Compra - Gerente de Compras e Suprimentos

- A aquisição deverá ser realizada de fornecedor homologado.

Nota: O fornecedor tem que estar aprovado pela Comissão de Homologação de fornecedores.

Emitir a Ordem de Compras – Compradores

- Emissão da Ordem de Compra de acordo com a análise do quadro de cotação, anexar e encaminhar para aprovação da Diretoria.

Confirmar a Ordem de Compras com fornecedor – Compradores

- Aguardar aprovação da Diretoria para formalização do pedido em caso de produto não padronizado e equipamentos. Produtos padronizados podem ser confirmados de acordo com solicitação dos estoques.

Encaminhar Ordem de Compras ao setor responsável pelo recebimento - Auxiliares ou Compradores

- Todas Ocs encaminhadas para o almoxarifado são protocoladas, serão conferidas com a nota fiscal no momento do recebimento.

Arquivar as Ordens de Compras - Auxiliares

- As OCs são arquivadas em seus respectivos processos por número sequencial e durante 5 anos.

Follow-Up – Compradores

- O Follow-Up é feito de modo preventivo para acompanhar se os fornecedores estarão entregando os produtos nos prazos acordados no momento da venda.
- Para analisar qual o status de entrega dos fornecedores é emitido um relatório de acompanhamento das datas de entrega.
- Quando o fornecedor não garante a entrega do pedido, o responsável pelo follow-up comunica o comprador para cancelamento e recompra. Após este processo, lançar as informações no controle de Follow-up para pedidos cancelados. Os motivos para cancelamentos são os seguintes: não tem produto em estoque, cotou errado e atraso de entrega. Esta informação faz parte da avaliação do fornecedor.

Fluxo de Teste de Produtos

- **Objetivo**

Estabelecer critérios para testar produtos, a fim de garantir a qualidade dos mesmos conforme a legislação vigente.

- **Responsabilidades**

Compras / Comissão de homologação de fornecedores / Farmácia / SCIH / Manutenção / Enfermagem / SESMT/SADT

- **Documentos complementares**

Manual de procedimentos
Manual da Qualidade
Critérios para Homologação ou Autorizar Fornecedores de Produtos e Serviços
Critérios para Realização de teste dos produtos

- **Descrição**

Receber necessidade interna ou externa para testar material médico hospitalar, equipamento e insumos hospitalares (produtos químicos) – Suprimentos (Compras)

- Necessidades Internas: Diversas áreas do hospital e ambulatório.
- Necessidades Externas: Fornecedores oferecendo novos produtos.

Solicitar a documentação "Ficha Técnica" do produto ao fornecedor (Quando não disponível) e ISPQ quando for teste de produto químico.- Suprimentos (Compras)

- Encaminhar FISPQ para análise do SESMT para viabilidade ocupacional e ambiental.

Avaliar se o fornecedor atende aos critérios para realização de teste.

- Se atender aos critérios, encaminhar para teste prático. Se não atender, encerrar o processo e avisar o solicitante.

Solicitar o teste do produto.

- Encaminhar ao responsável para o teste:
- Material / Equipamento a ser testado.
- Formulário de Avaliação de Desempenho – Teste de produtos.
- Ficha Técnica do produto.

Testar o produto

- Aguardar retorno do teste por parte da área técnica.

Receber o resultado do teste prático e avaliação do SESMT quando produto químico

- Se reprovado encerra o processo, avisa o solicitante e inclui o mesmo na lista de produtos "Reprovados" nos testes.
- Se aprovado encaminha o resultado à Suprimentos e inclui o produto na lista de produtos "Aprovados nos testes".
- Atualizar o banco de dados do sistema

Analisar o processo para a padronização:

- Técnicas de qualidade (teste de produtos);
- Preço (quadro de cotação);
- Demanda quando aplicável;
- Tratativa de estoque existente;
- Quando se tratar de produto químico, analisar a resposta do SESMT quanto a FISPQ.
- Se aprovado, preencher o formulário "Inclusão de Medicamento ou Material na Padronização e encaminha para Compras e Almoxarifado" e incluir o produto na lista de produtos "Aprovados" nos testes.
- Se não aprovado, incluir na lista de produtos "Reprovados" nos testes encerra o processo e avisa o solicitante.

Incluir na padronização – Suprimentos

- Consiste em cadastrar o produto no sistema.

Homologação e Acompanhamento do Desempenho de Fornecedores de Produtos e Serviços

- **Objetivo**

Descrever o procedimento utilizado para selecionar, autorizar, homologar os fornecedores de produtos que tenham impacto direto no atendimento ao paciente e prestadores de serviço. Descrever a avaliação dos fornecedores de produtos com impacto direto no paciente.

- **Responsabilidade**

Da equipe multidisciplinar que integra a comissão, formada por profissionais internos:

- Enfermeiros,
- Médico,
- Farmacêutico,
- Nutricionista,
- Administrativo,
- Suprimentos,
- SESMT.

- **Documentos complementares**

Lista de Fornecedores Homologados / Autorizados (Sistema).
Manual Qualidade.
Critérios para Homologar ou Autorizar Fornecedor de Produtos ou Serviços.
Requisitos Mínimos para Prestação de Serviço.
Tratamento de Não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhoria.

- **Definições**

Autorizados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que esporadicamente forneçam para a instituição ou fornecedores e prestadores que suas atividades não tenham impacto diretamente no atendimento ao paciente.

Homologados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que tenham impacto direto no atendimento ao paciente. Ex.: Fornecedores de Dietas Enterais, Material Médico Hospitalar, Medicamentos, Medicamentos Manipulados e Equipamentos. Fornecedores homologados serão avaliados periodicamente.

- **Descrição**

Homologar ou Autorizar fornecedor de produtos ou prestador de serviço - Gestor Contratante e Departamento de Compras:

- Quando houver a necessidade de contratar/comprar de um fornecedor ou prestador de serviço por Ordem de Compra, compras consulta a tabela de em que constam os fornecedores aprovados e reprovados pela comissão.
- Caso o gestor contratante verifique a necessidade, de alterar alguns dos critérios ou incluir, negocia a alteração com a comissão de acordo com critérios.
- O formulário Seleção de Fornecedores deverá ser preenchido para todos os fornecedores homologados e arquivados junto com as outras documentações.

Nota: O fornecedor ou prestador de serviço uma vez autorizado poderá ser reprovado pelos seguintes critérios:

1 – Deixar de fornecer por um período

2 – Mau desempenho em sua avaliação.

Avaliar desempenho dos Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao Paciente - Gestor de Suprimentos (Compras)

- Mensalmente o gestor de suprimentos realiza análise do desempenho do fornecedor através de relatório emitido pelo Sistema "Curva do Fornecedor". O fornecedor que estiver abaixo do critério de aceitação conforme critério abaixo, o Gestor emitirá o gráfico, e arquivará na pasta.
- Caso esteja acima do critério de aceitação abre NCR, de acordo com o procedimento "Tratamento de não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhorias".
- Quando identificados problemas técnicos com os materiais durante a utilização, o Gestor de Suprimentos (Compras) é comunicado pelo gestor do processo via NCR ou e-mail. Neste caso Gestor de Suprimentos (Compras) abre NCR de acordo com o procedimento já relatado anteriormente.
- Critério de aceitação de desempenho:

Descrição	Faixa de Valores
Bom	0 à 4
Em Análise	5 à 10
Crítico	11 à 17

As avaliações são realizadas nos seguintes grupos:

- Materiais Médicos
- Hospitalares, Medicamentos,

- Medicamento Manipulado e
- Dietas Enterais.

Reprovar os Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao paciente - Gestor de Suprimentos (Compras)

- Não havendo uma melhora após o prazo das ações propostas na NCR o fornecedor é reprovado, ficando fora do processo no período de 90 dias, aguardando nova homologação.
- Quando recebida notificação da vigilância sanitária sobre determinado produto ou marca de produto, bloquear a aquisição do mesmo no sistema imediatamente.

Nota: Quando compras receber solicitações de Material e Medicamento e no resultado das cotações apenas a empresa que estiver reprovada, for a ganhadora, por ser a única que fornece o produto. A decisão de compra será compartilhada entre a comissão e a diretoria.

Compras de Urgência

- **Objetivo**

Descrever a metodologia para compras de urgência, a fim de assegurar que mesmo esteja em conformidade com os requisitos específicos.

- **Responsabilidade**

Setor de Compras
Setor de Almoxarifado
Setor de Manutenção

- **Documentos complementares**

Manual da Qualidade
Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
Fluxo de Aquisição

- **Definições**

N.P – Não Padrão

- **Descrição**

Compras de Urgência - Gestor de Compras:

- **Padronizados** o gestor de Suprimentos e Manutenção avaliam a necessidade de aquisição, caso precisem adquirir produtos em critério de urgência, emitem uma Solicitação de Compra noSistema Informatizado.
- **Não padronizados** o gestor da área avalia a necessidade da aquisição e encaminha o formulário preenchido, e validado pela Gerência da área.

Em caso de Material de Enfermagem ou Medicamento Não Padronizados para uso em paciente específico deverá ser preenchido formulário e encaminhado para Farmácia/

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Almoxarifado. Após autorização esses formulários deverão ser encaminhados para o Departamento de Compras.

Nota: os motivos para compra de urgência deverão ser descrito por carta justificativa e autorizado pela gerência.

Nota: os formulários devem ser impressos, pois não serão recebidosformulários que não estejam no controle de documento.

Receber a Solicitação de Compras – Compradores

- As Compras de Urgências são priorizadas pelos compradores, para não termos interrupções no atendimento ao paciente.
- É considerado urgência de itens padronizados, todos os produtos que forem solicitados fora do cronograma de Compras ou com prazo de entrega menor que 5 dias, essa análise é realizada também pelo comprador.

Realização da Compra – Compradores

- De acordo com o prazo estabelecido para entrega da Urgência o item poderá ser inserido na plataforma eletrônica de compras para realização das cotações.
- Caso a entrega seja para o mesmo dia, o comprador irá fazer a pesquisa de preço por telefone com os fornecedores que possuírem logística de entrega imediata em caráter de urgência.

Nota: Compra de Material ou Medicamento via formulário, será realizada a cotação por telefone e anotado no formulário para que seja autorizados por duas pessoas da Comissão de Suprimentos ou pela Diretoria. Essa compra só será finalizada após essas autorizações.

Nota: Para urgência será necessária uma carta de justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

Nota: Urgência de itens padronizados não serão necessárias a autorização da diretoria. Deverá ter justificativa no campo observação na solicitação de compras via sistema

Inventário

É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados no Sistema.

Deve ser realizado, mensalmente, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas.

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

Rotina e Fluxo - Controle de Estoque

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento da Unidade. A informação entre as unidades de saúde (setores) e o almoxarifado é essencial para o bom controle de estoque.

O controle de estoque é fundamental para a garantia da qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica:

- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
- Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
- Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
- Ter registros de movimentação de estoque;
- Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
- Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

Objetivo

Descrever o fluxo do controle do estoque de medicamentos e materiais.

Aplicação

O controle de estoque permite o acompanhamento dos medicamentos e materiais, não deixando que haja falta desses na unidade, desperdício, desvios ou vencimento.

Responsabilidade

Técnicos da Farmácia e Farmacêutico.

Descrição rotina

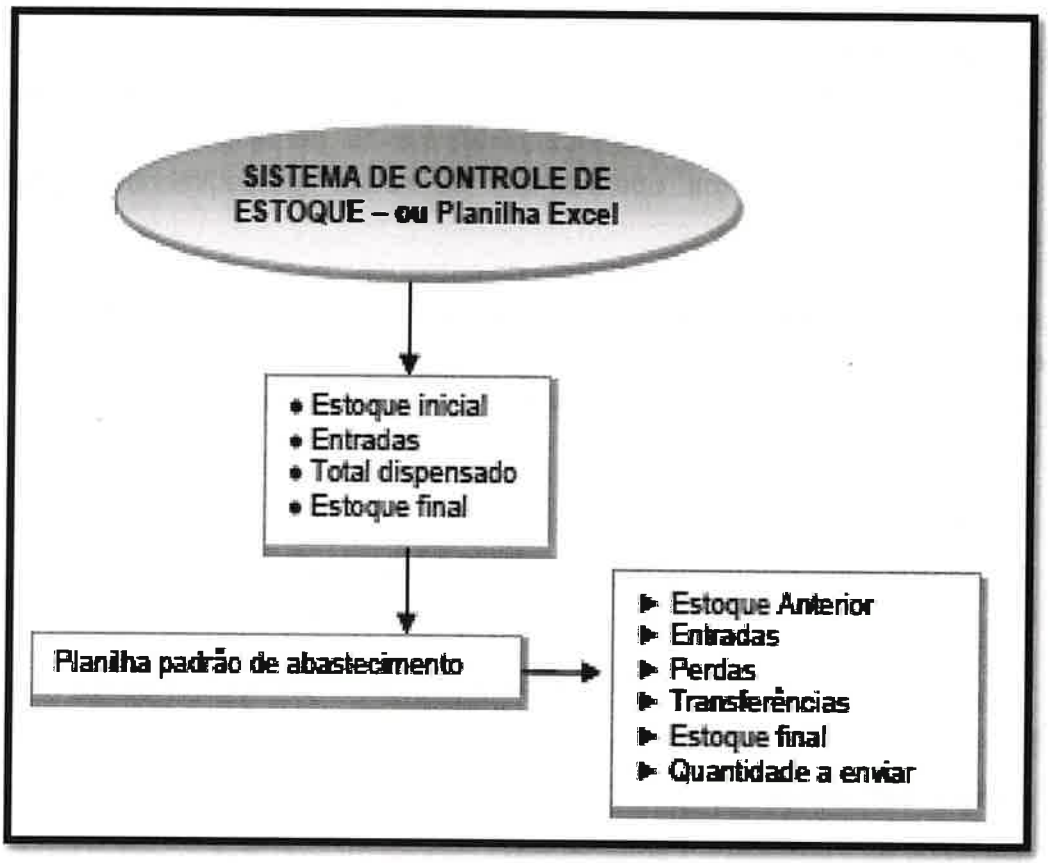
O estoque de medicamentos e materiais são controlados através de planilha do Excel, que contém o estoque inicial, as entradas, o total dispensado e o estoque final. Através dele podemos controlar as dispensações e o estoque.

Na data programada de envio da planilha para pedido, é salvo o estoque final, esse é colocado na planilha do pedido e através da dispensação total do período e o estoque final é feito o cálculo da quantidade que deve abastecer a unidade, essa planilha é enviada para o supervisor do almoxarifado e esse entregará o abastecimento com base na quantidade calculada na planilha.

Na data programada para o abastecimento os medicamentos e os materiais são conferidos no momento da entrega e armazenados nos devidos lugares. Através da nota fiscal é dado entrada no sistema dos medicamentos e materiais. É confrontado ordem de

compra e Nota Fiscal e quando a divergência é informado ao responsável Técnico, que irá avaliar será feita devolução Total ou Parcial da Nota.

Todas as dispensações de medicamentos e materiais são dadas baixa no sistema mediante apresentação de requisição e conferência do mesmo pelo técnico de farmácia, que demonstra o estoque atualizado.



Solicitação de Compras

Objetivo

Cumprir as Normas e Procedimentos para a aquisição de produtos, visando assegurar a sua contínua provisão de forma a atender às necessidades de nossos clientes internos e externos, tendo em vista sua adequação às finalidades dos bens necessários ao cumprimento das atividades fim desta instituição.

Abrangência (Áreas Envolvidas)

Os critérios descritos neste documento abrangem todos os departamentos da **UPA.**

Princípios Gerais

São de responsabilidade da área Administrativa a elaboração e atualização das regras operacionais e estratégicas que orientarão na aquisição de produtos que atendam às necessidades das áreas administrativas e assistenciais.

Tipos de Compras

- Normal - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 15 dias uteis (mais o lead-time de entrega do produto que é variável).
- Urgência - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 7 dias úteis (mais o lead-time de entrega do produto que é variável).
- Emergencial - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 1dia útil (mais a informação do período de disponibilidade do item).

Modalidade de Compras

A Diretoria Administrativa será responsável pela expedição de toda documentação necessária para o processo, atendendo ao Regimento Interno de Compras:

- Ordem de compra impresso e assinado conforme alçada de aprovação.
- Justificativa Técnica (caso um produto seja específico e ou de um determinado fabricante).

Cotação Manual/Eletrônica - Utilizada para a realização de compra (dentro de um fluxo normal) de produtos de baixa dificuldade de obtenção que dispõem de inúmeras fontes de suprimentos.

- Programada - Utilizada para a realização de compras onde sejam solicitadas cotações que tenham seus preços pré-fixados para compras futuras (exemplo; preços válidos por 03 meses) ou para a compra direta com os fabricantes.
- Comodato - Utilizada para a compra de produtos onde a demanda de insumos justifique a disponibilidade de equipamentos necessários para sua utilização, sem custo adicional ao Hospital.

Tipos de Produtos

- **Produtos Padronizados** - Produto cujo suprimento ocorre sobre histórico de demanda com previa aprovação da Gerência Administrativa com quantidade especifica e revisado trimestralmente.

Para Padronização de novo produto, o setor solicitante deverá enviar o custo e estimativa de demanda, junto com a justificativa para envio de aprovação do responsável pelo setor. Sendo aprovado pela Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos, os itens serão incluídos na listagem.

OBS.: Produto Padrão pode ser enquadrado em qualquer modalidade de compra.

OBS.: Produto Padrão pode ser enquadrado em qualquer modalidade de compra.

- **Produtos Não Padronizados** - Produtos cujo suprimento ocorre em virtude de uma solicitação especifica de uma determinada área. Não pode ser enquadrada em qualquer modalidade de compra.

Importante: Pedido de aquisição de Equipamento hospitalar/acessório e Equipamentos de Informática os usuários internos devem solicitar área técnica responsável para validação da compra.

Homologação de Materiais

- Materiais Médicos e Medicamento - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pela Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.
- Gêneros Alimentícios - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Nutrição.
- Material de Limpeza - Seguirá os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Limpeza, Hotelaria e CCIH.
- Material de Manutenção e Engenharia - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Manutenção com Apoio da Equipe de Engenharia e Infraestrutura.
- Material de Informática - Seguirá os critérios e padrões estabelecidos pelo Departamento de Tecnologia e Informação (T.I).

Planejamento de Materiais

Baseado no histórico anterior de demanda (exemplo, últimos 03 meses) será feito à elaboração deum custeio ABC de produtos (abaixo) para a projeção das necessidades futuras a serem compradas.

CLASSE	% REPRESENTATIVIDADE NO CUSTO TOTAL	COMPRA EM DIAS
A	80%	30
B	15%	30
C	5%	60

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Este procedimento visa um poder maior de negociação em produtos de baixo custo e maior controle nos itens de alto valor agregado.

Obs.: a validade do produto, o estoque de segurança e o lead-time do fornecedor podem interferir na quantidade a ser comprada.

Modelo de Gestão de Estoque - Reposição Periódica

Adotamos a reposição periódica onde, num período fixo, é verificada a situação do estoque e, quando necessária, é providenciada sua complementação.

Descrição do Processo: Compra Padronizada

• A gerencia administrativa (processamento de materiais) verifica no sistema a necessidade de reposição dos itens padronizados;

• Levanta a quantidade de produtos a serem adquiridos;

• Faz à relação segmentada junto com a coordenação da área, por grupo de materiais e encaminha ordem de compra ao Departamento de Compras e Logística, em impresso padronizado para a realização de cotação de mercado;

• Os compradores fazem a análise de parâmetro de compras (preços, qualidade e integridade de fornecedores);

• Após a escolha do fornecedor, com base nos critérios da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos e aprovação do **Diretor Geral** é emitida a ordem de compra.

Compra Não - Padronizada

• A solicitação de compras, deverá ser encaminhada, acompanhada de justificativas à Comissão de Padronização, ou à Diretoria Geral para avaliação e aprovação;

• Se aprovado, a Diretoria Administrativa emite a ordem de compras;

• Envia a ordem de compra para o Departamento de Compras;

• Se for rejeitado, o solicitante recebe o processo de volta, com as justificativas de cancelamento do pedido.

Setor de Almoxarifado

Sua finalidade é solicitar as compras, armazenar todos os itens classificados na espécie "materiais não reembolsáveis", ou seja, tudo aquilo que é utilizado nos processos primários, mas que não são de uso direto ao paciente e, portanto, não são pagos pelas operadoras de saúde. Exemplos: Material de limpeza, manutenção, uniformes, impressos e materiais de expediente, etc.

Setor de transportes

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Todos os materiais e medicamentos adquiridos pelo hospital são entregues pelos fornecedores. Entretanto, o hospital mantém um veículo grande utilizado em compras de emergência para volumes maiores e, um transporte de equipamentos, além de algumas motos para retirada de materiais e medicamentos urgentes ou não previstos, mas que sejam de pequeno porte.

Organização dos Almoxarifados

Preliminarmente, se faz necessário descrever as funções desempenhadas pelo administrador de almoxarifados, agrupadas em atividades de:

- Receber materiais,
- Guardar materiais,
- Localizar materiais,
- Assegurar materiais,
- Preservar materiais,
- Entregar materiais.

Tais funções, podem ser distribuídas em dois grandes grupos, com características suigeneris. Um dos grupos sintetizam as atividades de planejamento dos almoxarifados, fundamentais para o desempenho de suas funções e principalmente das atividades consideradas operacionais, cujo estudo constitui uma das preocupações do **IDEAS**. Pode-se dizer que todas as atividades acima mencionadas possuem características de funções de planejamento e de funções operacionais. Entretanto, o agrupamento sugerido para este manual leva em conta as características mais predominantes, de sorte que as atividades de localização de materiais apresentam características típicas de planejamento, ao passo que a recepção, a guarda e a entrega de materiais podem ser caracterizadas como operacionais. A segurança e a preservação possuem características dos dois grupos, e por esses motivos são consideradas igualmente.

Porém, é de suma importância destacar uma atividade ainda não citada, a de controle dos materiais. Tal atividade é representada pelos serviços de controle físico-financeiro de movimentação dos estoques, no âmbito do almoxarifado, e tem características típicas operacionais. Entretanto, considerando os dados, informações e relatórios gerados pelas demais atividades, que constituem os subsídios orientadores do processo de planejamento, pode-se considerar tal atividade, parte integrante do planejamento.

Em síntese, as organizações dos almoxarifados reúnem o conjunto de responsabilidades, tarefas e inter-relacionamentos capazes de gerar o planejamento das instalações dos almoxarifados e engloba as atividades de:

- Localização de materiais,
- Segurança de materiais,
- Preservação de materiais.

Que são consideradas preponderantemente nas funções de planejamento, enquanto:

- Recebimento de materiais,
- Segurança de materiais,
- Preservação de materiais,
- Guarda de materiais,
- Entrega de materiais,

Constituem o grupo de atividades com as quais se procede à operação dos almoxarifados.

As funções do administrador de almoxarifado consistem em planejar esse setor (localizar, preservar e assegurar), de modo a operá-lo (receber, guardar, entregar e controlar) preservando os materiais de deteriorações e desvios.

Instalações de Almoxarifados

Os objetivos que o almoxarifado visa alcançar, buscando atender ao processo produtivo de bens e serviços, através da organização do almoxarifado pressupõe a visão de objetivos de âmbito interno, responsáveis pelo bom funcionamento do setor, quais sejam:

- Pronto de acesso aos principais itens,
- Alto grau de flexibilidade do arranjo físico,
- Utilização adequada do espaço,
- Redução da necessidade de equipamentos de movimentação de materiais,
- Minimização das perdas por deterioração dos materiais,
- Minimização das perdas por desvio de materiais,
- Garantia dos requisitos mínimos de segurança individual e coletiva.

A organização de um almoxarifado consiste na obtenção de todas as informações relevantes de cada item a ser estocado, que permitirá e garantirá identificar os fatores críticos para a correta ordem dos produtos. Para obter esses fatores e identificar a influência relativa que eles exercem sobre o armazenamento, faz-se necessário um estudo tomando-se como ponto de partida questões como:

Qual é o espaço necessário para estocar adequadamente cada material? Nesse aspecto, leva-se em conta:

- Previsão da quantidade máxima a ser estocada,
- Tamanho do lote de cada requisição,
- Condições de embalagem.

Aspectos Construtivos: Considerações Ambientais, Equipamentos, Mobiliários, Ordenação dos Produtos, Cuidados Gerais

O espaço ocupado deve ter o máximo de flexibilidade, isto é, ajustar-se às necessidades e ocupar o mínimo de espaço, as paredes devem ser laváveis, o piso deve ser lavável e antiderrapante, o ar deve circular sem anteparos por toda a seção, a luminosidade deve ser bem distribuída, permitindo boa visualização dos itens e respectiva

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

identificação, mas disposta de modo que não incida diretamente sobre os produtos armazenados, não deve haver incidência direta de luz solar sobre os produtos, temperatura ambiente (entre 15° e 30°C),proteção contra incêndio, proteção contra insetos e roedores, proteção contra roubos e furtos.

Estantes, estrados, rede de frio (geladeira doméstica, freezer, refrigerador, câmara fria), balança, empilhadeira e escada.

Deve estar em ordem alfabética do nome genérico, ordem alfabética do nome comercial, grupo farmacológico, forma farmacêutica, código do produto e ordem de entrada.

Dispensar o estoque mais antigo em primeiro lugar, produtos e materiais com data de vencimento mais próxima devem ficar na frente, a arrumação dos itens deverão ser feitas de modo que facilite sua localização, observar o espaçamento para as paredes, os produtos não devem ser colocados diretamente sobre o piso, deverão ainda observar as condições de estocagem conforme a monografia de cada produto, Respeitar o empilhamento máximo, observar sinais de instabilidade, observar a rotulagem, principalmente dos produtos embalados, informar ao cliente os cuidados necessários, e com relação à embalagem, o recipiente deve ser o correto e o fechamento adequado.

OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o funcionamento do almoxarifado e controle de patrimônio, envolvendo os fluxos necessários da operação para bens de consumo e materiais permanentes.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se à todas as áreas das unidades de saúde geridas pelo IDEAS.

TERMOS E DEFINIÇÕES

Almoxarifado: local destinado a guarda de materiais, podendo variar de acordo com a necessidade dos serviços e materiais envolvidos.

Patrimônio: complexo de bens da entidade ou órgão público.

Materiais de Consumo: são materiais/produtos com uso frequente e possuem utilização limitada a dois anos. A aquisição é feita em despesa de custeio e, também, pode ser chamado de materiais estocáveis.

Bens patrimoniais: são bens não consumíveis pelo uso, que mantém sua identidade física, não são deformáveis e tenham controle individualizado. Também chamado de material permanente, considerando que tem duração maior de dois anos.

Tombamento: processo de marcação numérica que permite rastreabilidade por meio de identificação do material permanente ou bens patrimoniais.

CLASSIFICAÇÃO

Quanto à forma de utilização, um material de consumo é classificado em:

a) de uso individual, quando apenas uma pessoa o utiliza contínua e constantemente;

b) de uso coletivo ou comum, quando for utilizado por várias pessoas.

Quanto à situação patrimonial, um bem é classificado como:

a) Bom - quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;

b) Ocioso - quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;

c) Recuperável - quando estiver avariado e sua recuperação for possível e orçar, no máximo, até cinquenta por cento de seu valor de mercado;

d) Antieconômico - quando estiver avariado e sua recuperação orçar mais do que cinquenta por cento de seu valor de mercado ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo;

e) Irrecuperável - quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.

DESCRIÇÃO

Para estabelecer processos de controle gerencial interno das operações relativas ao controle dos materiais de consumo e dos bens patrimoniais, é necessário que os profissionais conheçam e sigam as instruções a seguir, além de legislações específicas.

Todos os materiais adquiridos pelo Instituto, sejam por compra ou por doação, devem ser recebidos e controlados pelo almoxarifado, desde o controle via registros de entrada até a distribuição. Também faz parte das atividades específicas do almoxarifado participar do processo de aquisição, sugerir manutenção, acompanhamento dos prazos de aquisições, controle de estoque de materiais de consumo e distribuição.

O controle de bens patrimoniais tem a finalidade de gerenciar bens móveis e equipamentos, mantendo rotina de tombamento, transferências de locais, movimentação, baixa e inventário.

Do uso dos bens patrimoniais

É de responsabilidade de todos que utilizam bens patrimoniais, zelar pela conservação do patrimônio público, seguindo as recomendações de uso apropriadas para que não ocorram danos, mantendo em boas condições de funcionamento.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Cuidados com a exposição a variações de temperatura e umidade devem ser observadas como forma de manter proteção e conservação, permitindo que a vida útil do bem patrimonial seja preservada.

Observar fragilidades no uso ou conservação dos bens patrimoniais e comunicar chefia imediata e almoxarifado da necessidade de adequações para proteção adequada. Também devem ser comunicadas com brevidade a ocorrência de irregularidades com o patrimônio.

A identificação do bem deve ser mantida de maneira legível, permitindo a rastreabilidade e comunicar almoxarifado em caso de necessidade de substituição.

Todos os usuários são responsáveis para auxiliar na realização de inventários, bem como comunicar necessidades de mudanças de locais, tombamento ou baixa.

Do controle dos bens patrimoniais

A chefia imediata do setor ou coordenação da unidade é responsável pela guarda do bem, considerando aspectos de manutenção e uso correto, com supervisão das atividades relativas ao bom uso dos bens localizados em seu setor.

Controle envolve a identificação do bem, manutenção da rastreabilidade e movimentações, comunicar bens obsoletos ou ociosos, necessidades de manutenção. Todas as movimentações dos bens patrimoniais devem ser comunicadas e registradas, a fim de garantir rastreabilidade do patrimônio público.

A identificação do patrimônio será feita com placa que, obrigatoriamente, deverá constar o CÓDIGO CNES, conforme a lista de itens constantes na tabela de equipamentos do CNES/DATASUS. Na Figura 1 é apresentado modelo de etiqueta de patrimônio.

Figura 1 - Modelo de placa de patrimônio



Modificações estruturais que envolvam o bem deverão ser autorizadas pelo responsável do patrimônio, considerando especificações técnicas, estrutura e dimensões, além de configurações de equipamentos de informáticas para atualização ou mudança de software.

Todo o bem adquirido será incorporado ao patrimônio considerando o valor de compra constante em nota fiscal, bem como realizar identificação numérica respeitando a sequência definida pelo órgão de controle municipal/estadual.

É necessária a interação entre o responsável interno dos bens da unidade e o setor de patrimônio do Município/Estado, a fim de manter atualizados os registros para rastreabilidade.

Do recebimento dos bens de consumo ou permanentes

Todos os bens serão recebidos de maneira provisória para efeito de verificação da conformidade do material com a especificação. Posteriormente procede-se o recebimento definitivo.

No ato de recebimento provisório devem ser respeitadas as condições necessárias para guarda segura e apropriada dos materiais recebidos. Em se tratando de materiais que exigem controle rigoroso de temperatura, esta deve ser verificada no ato do recebimento e efetuado registro.

Após a conferencia física de todos os materiais/produtos, considerando qualidade e quantidade comparadas com documento de compra (termo de referência, nota fiscal), deverá proceder o registro de recebimento definitivo.

O colaborador que receber e verificar os materiais/produtos deverá declarar que o material foi recebido de acordo com o desejado no ato de compra, por meio de atesto na própria nota fiscal, com identificação legível de data, hora e identificação do colaborador (matrícula, cargo, rubrica).

Após este procedimento, os materiais/produtos serão acondicionados no almoxarifado e a nota fiscal deverá ser enviada para pagamento. Recomenda-se que o coordenador da unidade mantenha cópia da nota fiscal para possíveis conferencias futuras, em caso de necessidade.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Em situações de doação, em que não seja possível a identificação por meio de nota fiscal, deve-se registrar a doação por meio de termo de doação, ou documento equivalente que comprove e sirva de registro para ser mantido junto ao controle de patrimônio.

O registro patrimonial será necessário para todos os bens patrimoniais e compreende o ato de cadastrar o bem patrimonial junto ao controle patrimonial. O Instituto manterá este controle internamente, bem como manterá comunicação com órgão municipal/estadual responsável pelo patrimônio.

O bem patrimonial deverá ser identificado por tipo, especificações, número de tombamento, valor de aquisição, fornecedor ou fabricante, número de série, dentre outros. Após o registro junto ao sistema municipal/estadual, deve-se manter a identificação do número de patrimônio sempre fixo ao bem.

Do controle de entrada e saída

O controle de entrada e saída deve sempre respeitar e seguir expressamente as regras patrimoniais, podendo conceder entrada ou saída de bens patrimoniais somente mediante autorização documentada do setor de patrimônio. Situações de empréstimos também devem ser registradas com data provável de devolução, com assinatura de termo de responsabilidade de empréstimo de bens. No ato de devolução do bem emprestado, deverá proceder a avaliação de recebimento, bem como atestar via documento de devolução, as condições de recebimento.

Ao identificar danos ao bem público ou extravio, considerado atos de prejuízos de pequeno valor, deve-se emitir um termo circunstanciado administrativo, e cabe a coordenação da unidade definir a abertura de processo simplificado de verificação do ocorrido, bem como responsabilidades do ato que causou avaria ao patrimônio público.

Do processo de inventário

É o procedimento realizado para controle e avaliação de todos os bens móveis e imóveis, permitindo avaliar condições físicas e financeiras relativas ao bem, possibilitando ajustes escriturais, contábeis, salto físicos relativos a quantitativos e verificação de necessidades de reparos ou substituições.

A periodicidade do inventário pode variar conforme a necessidade, podendo ser inventario inicial, anual, por transferência de responsabilidade, extinção ou eventual.

Depreciação, baixa patrimonial e inutilização de bens

Depreciação é a dedução do valor do bem pelo tempo de uso, desgaste ou perda de utilidade, danos naturais por uso ou obsolescência. A Depreciação também pode ser

avaliada no procedimento de inventário ou aplicado por registro de responsabilidade do órgão de controle patrimonial.

A baixa patrimonial poderá ser considerada em casos de extravio, devendo abrir sindicância para apurar os fatos; por roubo, devendo notificar autoridades policiais; por sinistro, devendo apurar as causas do sinistro, bem como acionar seguradora para ressarcimento dos prejuízos; por avaria, devendo considerar as causas, a depender, realizar processo de ressarcimento junto ao fornecedor/fabricante ou abrir sindicância para apurar as causas e responsabilidades.

A inutilização de bens é o ato de destruição parcial ou total do bem patrimonial, impedindo a utilização, por condições de riscos ao uso, riscos ambientais ou ecológico. Deve ser realizado somente após documentação do processo de inutilização, devidamente aprovada por órgão de controle patrimonial.

RESPONSABILIDADE

Almoxarife/administrativo: receber materiais de consumo ou bens permanentes, proceder avalição para recebimento definitivo, atestar as condições do produto no ato do recebimento, encaminhar notas para pagamentos, manter controle de estoque, guarda de materiais apropriadamente e distribuição. Manter controle do patrimônio com inventários e registros de movimentação necessários aos bens patrimoniais, com interação junto ao órgão público responsável.

PLANILHA DE CONTROLE E MOVIMENTAÇÃO DO PATRIMÔNIO

Considerando que o controle e movimentação do patrimônio visa realizar a gestão de todos os bens das unidades geridas pelo IDEAS, fica estabelecido que deverá ser adotada a PLANILHA DE CONTROLE PATRIMONIAL em Excel apresentada no ANEXO I deste documento.

Todas as unidades deverão adotar a mesma planilha para controle de seus bens patrimoniais e o acesso ao modelo da planilha se dará pela base de conhecimento (bc.ideas.med.br).

A Planilha de Controle Patrimonial ajudará a entender quais os bens devem ser inventariados e a classificação dos mesmos: móveis e utensílios, máquinas e equipamentos, ferramentas, veícu los, computadores e periféricos, etc.

Além disso, é preciso indicar o número do patrimônio, descrição, classificação, localização e o responsável pelo departamento.

É preciso preencher a Planilha de Controle Patrimonial com estado de conservação do bem, classificando-o como BOM, OCIOSO, RECUPERÁVEL, ANTIECONÔMICO e

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IRRECUPERÁVEL, além de indicar o valor justo do ativo imobilizado, que nada mais é que o valor de mercado do bem.

Após o preenchimento completo da planilha de controle patrimonial, é possível avaliar indicadores e gráficos que vão contribuir com a gestão dos bens patrimoniais de cada unidade gerida pelo IDEAS.

CONTROLE DE ALTERAÇÕES DO DOCUMENTO			
Data:	Quem alterou?	Quem aprovou a versão?	Alterações realizadas:

D.6 MANUAL DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALAR, CONFORME REMUME.

A padronização dos produtos para saúde tem por finalidade facilitar os processos de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento do estoque, de acordo com a Lei 9.784/1999 (Processo administrativo) e Lei 8666/1993,arts 14º e 15º (Licitações e Contratos) através da racionalização sistemática egarantindo a qualidade dos itens adquiridos nas unidades de saúde.

A Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares tem como finalidade normatizar e implementar o processo de padronização dos produtos para saúde, elaborando com racionalização sistemática, a relação dos produtos para saúde aprovados na unidade e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art.1º. O presente regimento estabelece a organização e o funcionamento da Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares (CPMMH) das unidades sob gestão do IDEAS.

Parágrafo único. As normas deste Regimento complementam aquelas já estabelecidas no Regimento do Núcleo de Comissões Hospitalares.

Art.2º. A CPMMH implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas, atendendo as seguintes definições:

I. **Produtos para saúde:** São aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.

II. **Materiais e artigos descartáveis:** São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.

III. **OPME**: são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.Órtese - dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de ummembro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/oucompensando insuficiências funcionais. Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além dasórteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de "materiais especiais" e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

IV. **Materiais de apoio médico-hospitalar:** São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

V. **Produtos para diagnóstico de uso "in-vitro":** São reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi- quantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir funçãoanatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

VI. **Instrumento cirúrgico:** Instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.

VII. **Produtos de Classe X (Baixa Criticidade):** Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

VIII. **Produtos de Classe Y (Criticidade Média):** Faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.

IX. **Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade – Imprescindíveis):** Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização.Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceisde obter.

X. **Padronização:** É a incorporação de um material à lista de materiais,passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensaçãoe utilização no hospital, após sua pré-qualificação.

XI. **Pré-qualificação:** compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.

XII. **Câmara técnica:** tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.

XIII. **Produtos padronizados:** Insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

XIV. **Produtos não padronizados:** Insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização.Não se mantem em estoque.

XV. **Produtos despadronizados:** Insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.

XVI. **Controle de qualidade:** Refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

XVII. **Especificação técnica:** É a descrição minuciosa das caraterísticas do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueadoou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se édescartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plásticoselado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessadoou reesterilizado, código e impressão da marca no

corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

XVIII. **Parecer técnico:** É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde,ANVISA e Código de defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreendea apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC nº 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

XIX. **Desvio de qualidade:** afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras práticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPITULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art.3º. A CPMMH é vinculada ao Núcleo de Comissões Hospitalares e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões Hospitalares e nomeados pela Superintendência do **IDEAS**, através de ato formal.

Art.4º. A CPMMH poderá, através de ato administrativo, convocar a participação de outros profissionais da unidade. Estes terão direito a palavra, porém as deliberações serão votadas apenas pelos membros da CPMMH.

Art.5º. Será substituído o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de um ano,sendo solicitada novas indicações pelo Núcleo de Comissões Hospitalares.

CAPÍTULO III DA FINALIDADE

Art.6º. A CPMMH terá como competências as seguintes diretrizes:

I. Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as característicasfísicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II. Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III. Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no hospital;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;

V. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

VI. Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

VII. Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de usodo hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

VIII. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX. Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI. Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

XII. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados na UPA;

XIII. Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

XIV. Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

XV. Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;

XVI. Divulgar no hospital as atualizações da padronização;

XVII. Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;

XVIII. Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;

XIX. Recomendar a superintendência, por meio da emissão de parecertécnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial;

XX. Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

XXI. Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvamo uso dos produtos para saúde;

XXII. Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XXIII. Informar ao Serviço de Planejamento de Tecnologias em Saúde sobre as inclusões e exclusões da relação de padronização;

XXIV. Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

XXV. Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;

XXVI. Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde do hospital;

XXVII. Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente (Sistema de Informação de Vigilância Hospitalar – VIGIHOSP), acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

XXVIII. Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

XXIX. Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtosde infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

XXX. Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";

XXXI. Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

XXXII. Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;

XXXIII. Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através deanálise para melhor assistência ao paciente;

XXXIV. Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXV. Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

XXXVI. Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver

programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dosprofissionais sobre novos produtos padronizados;

XXXVII. Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

XXXVIII. Divulgar cronograma anual para revisão e atualização Lista de Materiais Médico-Hospitalares Padronizados;

SEÇÃO I

Da Composição

Art.7º. A CPMMH é multidisciplinar e multisetorial, composta por membros efetivos representantes da Gerências Administrativa, de Atenção à Saúde, Núcleo desegurança do paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde (CCIRAS).

Art.8º. Todos os integrantes da CPMMH deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art.9º. O membro da CPMMH deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

SEÇÃO II

Da Organização Administrativa

Art.10º. A CPMMH é constituída administrativamente por:

I. Presidente;

II. Vice-presidente;

III. Secretário;

IV. Consultores técnicos convidados eventualmente.

1º O presidente, o vice-presidente e o secretário da CPMMH serão escolhidosentre seus membros.

2º O mandato de cada representante será de dois anos, a contar da data da nomeação, podendo ser prorrogado por igual período.

3º O presidente poderá propôr a composição de câmara técnica, que deverá ser formada por membros da comissão e por consultores técnicos convidados. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfilde uso do insumo (geral e específico). Compete a câmara técnica:

I. Preencher os critérios técnicos existentes para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;

II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados eestejam preenchidos no prazo previamente determinados;

IV. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

Art.12º. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse.

CAPÍTULO IV

DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Seção I

Da Presidência

Art.13º. Compete ao Presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordináriasda CPMMH;

II. Assinar todos os documentos oficiais da CPMMH;

III. Assessorar a Superintendencia, quando solicitado;

IV. Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar as Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;

V. Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação dessa Comissão;

VI. Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

saúde na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;

VII. Informar a unidade de compras as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos;

VIII. Participar da elaboração do edital de licitação prestando suporte técnicoa unidade de licitação;

IX. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados;

X. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar (levando o caso a Comissãoe podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);

XI. Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento as novas tecnologias que estão sendo adquiridas para que estes viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios paraa Análise Técnica, quando necessário;

XII. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissãoas demandas surgidas;

XIII. Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados para que a mesma seja divulgada e utilizados no Setor de Suprimentos;

XIV. Elaborar Relatório Anual de Atividades da CPMMH;

XV. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Superintendencia.

SEÇÃO II

Da Vice-Presidência

Art.14º. Compete ao Vice-Presidente da CPMMH representar e desenvolver as atividades do Presidente, quando este estiver ausente.

SEÇÃO III

Do Secretário

Art.15º. Compete ao Secretário:

I. Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados oriundos dos consultores e comunicar o recebimentoà presidência da Comissão;

II. Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos de

Materiais Médico-Hospitalares e elaborar as respectivas atas;

III. Enviar ao Núcleo de Comissões Hospitalares as informações referentesas Atas, Nomeações e Documentos para divulgação;

IV. Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critériosde arquivamento pré-estabelecidos;

V. Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;

VI. Encaminhar e receber documentos;

VII. Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;

VIII. Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;

IX. Desempenhar tarefas afins;

X. Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da CPMMH para a Núcleo de Comissões Hospitalares e para os Membrosda Comissão;

XI. Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

SEÇÃO IV

Dos Membros

Art.16º. Compete aos Membros da CPMMH:

I. Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;

II. Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;

III. Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;

IV. Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;

V. Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seusconsultores;

VI. No caso de ausência da presidência, vice-presidência e do secretário, atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição;

VII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente.

SEÇÃO V

Das Câmaras Técnicas

Art.17º. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da CPMMH designados pelo Presidente e por Consultores convidados.

Art.18º. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.19º. A Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

I. Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos;

II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados eestejam preenchidos no prazo previamente determinados;

IV. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

SEÇÃO VI

Das habilidades dos integrantes

Art.20º. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

I. Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de critérios tais como: eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo- efetividade do produto analisado;

II. Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;

III. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos

interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para apoiar a tomadade decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

IV. Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações da comissão.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art.21º. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata (elaborada pelo secretário) com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda suadocumentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Art.22º. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Art.23º. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação,com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envioao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Art.24º. Só ocorrerá a reunião da CPMMH com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presentepoderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Art.25º. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art.26º. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Art.27º. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Art.28º. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Art.29º. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art.30º. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art.31º. Caso as recomendações e pareceres da CPMMH não sejam aceitas para a homologação final da Superintendência, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art.32º. Enquanto pertencer à CPMMH, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art.33º. O encaminhamento das reuniões da CPMMH obedecerá a seguinte

rotina:

Art.34º. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura; Art.35º. Revisão das demandas pendentes;

Art.36º. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso; Art.37º. Sugestão de pauta da próxima reunião.

Seção II

Do Expediente e atas das reuniões da CPMMH

Art.38º. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas;

Art.39º. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local desua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos;

Art.40º. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (eo registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes);

Art.41º. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art.42º. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPÍTULO VI

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art.43º. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliaçãoda efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciaise sua relação de custo-efetividade durante o uso.

I. A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, porexemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

II. Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis, justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do Colegiado Executivo conforme Análisee Parecer Técnico na Padronização de Produtos para Saúde.

SEÇÃO I

Objetivos da Padronização

Art.44º. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizadospara os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

Art.45º. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

Art.46º. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

Art.47º. Permitir a compra em grandes lotes;

Art.48º. Otimizar o trabalho do Setor de Suprimentos e Unidade de Compras;

Art.49º. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;

Art.50º. Adquirir materiais com maior rapidez;

Art.51º. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;Art.52º. Obter maior qualidade e uniformidade.

I. Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houvernecessidade, sendo que quaisquer modificações deverão ser documentadas e oficializadas.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

II. Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) e o SOST (quando se tratar de Equipamento de Proteção Individual) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário. O mecanismo para este tipo de pedido será oFormulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos paraSaúde".

III. A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela CPMMH que emitirá parecer favorável ou não à inclusãoou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimentodo Formulário "Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão".

Art.53º. A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO IV

Das Disposições Gerais

Art.54º. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas.

I. Os produtos reprovados, somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelofabricante de modo a atender as especificações da instituição.

II. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados.

III. Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

IV. Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art.54º. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte:

I. Por motivo de alterações em Legislação nos âmbitos Federal, Estadualou Municipal, referentes à aquisição de materiais e equipamentos médicos- hospitalares;

II. Por proposição da Superintendência;

III. Por iniciativa da CPMMH, com acordo da maioria dos integrantes da Comissão, após registro em ata, visando benefícios para os profissionais, para os pacientes e para a empresa.

Art.55º. Os casos não citados neste Regimento referentes à padronização serão decididos pela CPMMH.

Art.56º. Este Regimento entrará em vigor após aprovação dos Membros da CPMMH e posteriormente pelo Setor Jurídico e Superintendência, revogadas as disposições em contrário.

A padronização e estruturação da sistemática de padronização de medicamentos estará de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos do Município de Almirante Tamandaré (https://drive.google.com/file/d/15I4Uxe0nxxB_kCc3uMILO_EP5-EL7AqZ/view), compreendendo, ainda, o pleno atendimento da **Lei Municipal nº 1721/2013 que instituiu a Comissão Municipal de Farmacologia, Diagnóstico e Terapêutica e a REMUME – Relação Municipal de Medicamentos, como também o Decreto Municipal nº 35/2020 que Aprovou o Regimento Interno da Comissão Municipal de Farmacologia, Diagnóstico e Terapêuitica de Almirante Tamandaré.**

D.7 MANUAL PARA CONTRATAÇÃO DOS SERVIÇOS CONSTANTES NO TERMO DE REFERÊNCIA

O IDEAS possui procedimento de compras e contratações de fornecedores, serviços e produtos, consistente no **Regulamento de Compras e Contratações**, conforme disposto no documento institucional:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

IDEAS

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47360-B99L
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

Jaguaruna
Dezembro de 2020

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4° Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.canal.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47361-PFOM
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Art. 1º . O presente regulamento tem como objetivo estabelecer as diretrizes para todas as Unidades administradas pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – Ideas ao executarem ações relacionadas à aquisição de bens e produtos, bem como a contratação de obras e serviços em contratos firmados com entes públicos no alcance de proposta mais vantajosa para o Ideas, considerando custos e benefícios a partir de uma avaliação objetiva.

Art. 2º. Todas as despesas realizadas pelo Ideas, deverão estar fundamentadas nos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, boa fé, eficiência, publicidade, economicidade, isonomia e razoabilidade, tudo em consonância com os objetivos estatutários da entidade.

Art. 3º. Para efeito deste Regulamento considera-se:

I. **Departamento de Suprimentos (DSUP)**: Estrutura organizacional do Ideas, com seu conjunto de políticas, procedimentos e processos para operacionalizar as funções de suprimentos, no âmbito da sede e unidades;

II. **Solicitação de Compra (SC):** documento com a descrição objetiva das necessidades da unidade;

III. **Coleta de Preços (CP):** Modalidade de Seleção de Fornecedores na qual será admitida a participação de qualquer interessado que cumpra as exigências estabelecidas publicadas na plataforma digital ou no site do Ideas;

IV. **Pedido de Cotação de Preços (PCP)** – Modalidade de Seleção de Fornecedores dirigida a pelo menos 03 (três) fornecedores;

V. **Obra: toda** construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação realizada por execução direta ou indireta;

VI. **Serviço:** toda a atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para o Ideas, tais como: conserto, instalação, montagem, **conservação**, reparação, manutenção, **transporte**, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais;

VII. **Produto**: Produto deve ser considerado como o alvo de suprimentos, é saída de processo **produtivo**, pode ser bens, duráveis ou não, serviços e soluções compostas para atendimento de uma necessidade do Ideas. **Exemplos**: medicamentos, equipamentos, móveis, obras, serviços especializados entre outros;

VIII. **Fornecedor:** Não somente o fabricante do produto (bens e/ou serviços), mas também seus **representantes**, grupo de fornecedores, e distribuidores autorizados;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em [illegible]nte-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabellonato de Notas. Provimento nº 100/2[illegible] CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47362-NVG5
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

IX. **Banco de Dados de Potenciais Fornecedores (BDPF):** potenciais fornecedores, ou seja, que podem fornecer os produtos necessários para as operações do Ideas.

Art. 4º. Todo o processo de compras/contratação de serviços deve ser documentado de modo físico ou digital.

CAPÍTULO II

DA SELEÇÃO DE FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 5º. A aquisição de materiais de consumo e bens, a contratação de obras e serviços serão efetuadas a partir da seleção de fornecedor, sendo dispensável a mesma nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 6º. O Ideas promoverá a seleção dos fornecedores da seguinte forma:

I. **Coleta de Preços**: modalidade admitida a partir da participação de qualquer pessoa física ou jurídica que cumpra com os requisitos solicitados para a aquisição de materiais de consumo, bens, obras e serviços, devendo ser realizada com a utilização da plataforma digital e/ou publicação no site do Ideas, como também do **Banco de Dados de Potenciais Fornecedores**.

II. **Pedido de Cotação de Preços**: modalidade dirigida a pelo menos 03 (três) fornecedores quando o valor global da aquisição/contratação não seja superior a R$ 17.600,00 (dezessete mil e seiscentos reais).

Parágrafo Primeiro: O prazo de publicação da Coleta e Pedido de Cotação de Preços não poderá exceder a 05 (cinco) dias úteis, contados da data de publicação ou do envio direto aos potenciais fornecedores/prestadores de serviços, devendo no mínimo contar com 03 (três) propostas de preço.

Parágrafo Segundo: Diante da impossibilidade de atingir o número de mínimo de 03 (três) propostas de preços a aquisição/contratação deverá ser devidamente justificada pelo Departamento de Suprimentos do Ideas.

Parágrafo Terceiro: As empresas de comércio eletrônicos /e-commerce que não contam com equipes de profissionais para responder às cotações, serão cadastradas e a pesquisa de mercado realizada junto ao seu sítio eletrônico, será considerada como coleta de preços, para todos os efeitos e fins deste Regulamento.

Art. 7º. Todo procedimento de compras e contratação de serviços deverá compreender as seguintes etapas:

I. Existência de solicitação de aquisição de materiais de consumo/bens ou contratação de obras/serviços com descrição pormenorizada do que deve ser adquirido ou contratado, quantidade e prazos de entrega ou início para a execução dos serviços;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47363-XYOM
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

II. Coleta de Preços ou Pedido de Cotação de Preços;

III. Seleção da proposta mais vantajosa;

IV. Emissão da Ordem de Fornecimento.

Art. 8º. O Departamento de Suprimentos do Ideas deverá selecionar a proposta mais vantajosa a partir da verificação e comparação da somatória de fatores para se considerar o menor preço final, que além do termo monetário envolva os critérios e parâmetros abaixo relacionados:

I. Custos de transporte e seguro até o local da entrega;

II. Forma de pagamento;

III. Prazo de entrega;

IV. Custos para operação do produto, eficiência e compatibilidade;

V. Durabilidade do produto;

VI. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;

VII. Disponibilidade de serviços;

VIII. Eventual necessidade de treinamento do pessoal;

IX. Qualidade do produto;

X. Assistência técnica;

XI. Garantia dos produtos;

XII. Qualidade no serviço executado;

XIII. Mão de obra qualificada;

XIV. Capacitação Técnica;

XV. Desempenho na prestação de serviço;

XVI. Registro nos órgãos competentes;

XVII. Impedimentos na Anvisa ou que conste na relação de Empresas Inidôneas e Suspensas.

CAPÍTULO III

DA DISPENSA DE SELEÇÃO DE FORNECEDORES

Art. 9º. Ocorrerá a dispensa de seleção de fornecedores nos seguintes casos:

I. Operação envolvendo concessionárias de serviços públicos quando o objeto do contrato for relativo ao da concessão;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47364-3V88
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

II. Compras, execução de obras ou serviços de bens que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a R$ 1.000,00 (mil reais), que deverão ser adquiridas mediante emissão de Nota Fiscal;

III. Nos casos que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto;

IV. Nos casos de emergência ou de calamidade pública;

V. Para a compra ou locação de imóvel destinado ao atendimento das finalidades estatutárias do Ideas;

VI. Operação envolvendo empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de pesquisa científica e tecnológica, organizações sociais, universidades ou centros de pesquisa públicos nacionais;

VII. Aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia;

VIII. Quando o valor do produto/material for disciplinado por tabela oficial;

IX. Para a contratação de serviços técnicos profissionais especializados, tais como:

a) estudos técnicos, planejamento e projetos básicos ou executivos;

b) pareceres, perícias e avaliações em geral;

c)assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas, contábeis e auditorias financeiras;

d) fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

e) patrocínio ou defesa de causas jurídicas ou administrativas;

f) treinamento ou aperfeiçoamento de pessoal;

g) prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;

h) informática e sistema de informatização, inclusive quando envolver aquisição de programas.

X. Em se tratando de aditivo contratual, em comum acordo entre as partes, quando:

a) houver modificação das especificações do projeto, para melhor adequação técnica aos seus objetivos, desde que não haja desconfiguração do objeto inicial contratado;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47365-2E0A
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

b) necessária adequação do valor contratual em decorrência de acréscimos ou diminuição quantitativa de seu objeto;

c) necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes;

d) necessário reestabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos do contrato e a retribuição da administração para justa remuneração da obra, serviço ou fornecimento, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, na hipótese de superveniência de fatos imprevisíveis, ou previsíveis da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior e caso fortuito.

Parágrafo Primeiro: A comprovação de exclusividade deve ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria o procedimento de aquisição ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes

Parágrafo Segundo: Considera-se de emergência quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos de forma geral em especial a população, ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos.

Parágrafo Terceiro: O Departamento de Suprimentos responsável pela contratação 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

CAPÍTULO IV

DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS DOS FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 10. Serão exigidos dos fornecedores a título de qualificação os seguintes documentos:

I. CNPJ;

II. Inscrição Estadual;

III. Contrato Social com as devidas alterações ou Requerimento de Empresário Individual;

IV. Autorização de Funcionamento Municipal;

V. Certidão Negativa de Débitos Municipais;

VI. Certidão Negativa de Débitos Estaduais;

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47366-982N
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

VII. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;

Parágrafo Primeiro: No que concerne ao fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e hospitalares são necessários os documentos abaixo listados, bem como qualquer outro que seja exigido pelo Departamento de Suprimentos para melhor atender a aquisição:

I. Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;

II. Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório para fabricante e distribuidor;

III. Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;

IV. Autorização de Funcionamento (AFE), expedida pela ANVISA;

V. Autorização Especial (AE) para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.

Parágrafo Segundo. Para a prestação de serviços são necessários também os documentos listados abaixo:

I. Certidão Negativa de Débitos com o FGTS;

II. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

Parágrafo Terceiro: Poderá ser exigido de fornecedores e prestadores de serviços outros documentos/certidões que sejam necessários para o cumprimento do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO V

DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS

Art. 11. Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente os projetos básicos ou executivos, bem como cronograma físico-financeiro, de acordo com os critérios e limites das tabelas de preços vigentes no mercado.

Art. 12. Na elaboração dos projetos básicos ou executivos deverão ser considerados os seguintes requisitos:

I. Segurança;

II. Funcionalidade e adequação ao interesse público;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47367-73O8
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

III. Economia na execução, conservação e operação;

IV. Facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou de serviço;

V. Acessibilidade;

VI. Adoção das normas técnicas adequadas;

VII. Avaliação do custo, definição de métodos e prazo de execução.

VIII. Respeito às regras de segurança do trabalho;

Art. 13. O início da execução da obra contratada deverá se precedida de análise e aprovação pela correspondente Secretaria de Saúde a que se refere o contrato de gestão.

Art. 14. O processo de contratação deverá obedecer às seguintes etapas:

I. Seleção;

II. Apuração da melhor proposta, contemplando técnica e/ou preço.

III. Celebração do contrato.

Parágrafo Único: A empresa selecionada deverá apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, indicando o prazo de execução e o custo total.

Art. 15. A execução da obra ou reforma deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pelo Ideas de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificações previstas no contrato e no projeto de execução.

CAPÍTULO VI

DOS PROCEDIMENTOS POR IMPORTAÇÃO DIRETA

Art. 16. Quando se tratar de Importação Direta de mercadorias, equipamentos e serviços o procedimento deverá conter:

I. Solicitação de Compras com as especificações e justificativas necessárias que serão encaminhadas ao Departamento de Suprimentos com as especificações e justificativas necessárias para a abertura do processo de importação com descrição detalhada do produto a ser adquirido por Coleta de Preço, Pedido de Cotação de Preço ou por dispensa de seleção de fornecedores, quando for o caso;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

AUTENTICAÇÃO POR DESMATERIALIZAÇÃO
Selo Digital de fiscalização
Selo Normal: Nº GVE47368-8ID1
Confira os dados do ato em: selo.tjsc.jus.br.
Emolumentos: R$ 4,83 FRJ R$1,09
ISS R$ 0,24 Total R$6,16

IDEAS

II. A *Proforma Invoice* trará a descrição da mercadoria em português ou em inglês, sendo suficiente anexar a *Proforma Invoice* apenas da empresa selecionada no processo realizado;

III. Deverá conter justificativa para escolha do fornecedor, contendo o detalhamento, a necessidade e a finalidade de aquisição produto para os itens novos que não estão em contrato ou produtos já adquiridos anteriormente;

IV. Carta de exclusividade para quando o fornecedor for exclusivo e/ou único fabricante do produto;

V. Ao início do processo de importação direta é realizada uma grade comparativa do valor final da importação e do valor praticado no mercado nacional.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. O fornecimento de materiais de consumo, a venda de bens e a prestação de serviço para o Ideas implica na aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados, bem como a observância deste Regulamentos e demais normas aplicáveis.

Art. 18. O Contrato reger-se-á pelas suas cláusulas, pelo Direito Civil e pelos princípios da Teoria Geral dos Contratos.

Art. 19. A critério do Ideas poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 20. Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento somente será válido se devidamente documentado de modo a permitir o seu acompanhamento, controle e fiscalização.

Art. 21. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, com base nos princípios gerais de direito e caso necessário com questionamento ao setor técnico competente.

Art. 22. As normas e valores estabelecidos no presente Regulamento poderão ser revistos e atualizados conforme necessidade.

Art. 23. O presente Regulamento entra em vigência na data de sua assinatura.

Jaguaruna,15 de dezembro de 2020.

JOÃO PAULO SALES SEGALLA
Presidente do Conselho de Administração do Ideas

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PALOMA ALVES DE FREITAS, em quarta-feira, 28 de junho de 2023 15:33:33 GMT-03:00, CNS: 10.659-1 - Escrivania de Paz do 4º Subdistrito de Florianópolis - SC/SC, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

A contratação de prestadores de serviços vinculados às áreas de serviços de limpeza, vigilância patrimônial, lavanderia, refeição e outros deverão respeitar o regime de contratação disposto no Regulamento de Compras e contratações. O objetivo é possibilitar que haja o maior grau de transparência em relação a todos os atos vinculados às contratações.

São elaborados termos de referências com descritivos técnicos para detalhamento de cada um dos serviços a serem contratados, há abertuda de processo de cotação e edital de tomada de preços. As propostas a serem selecionadas deverão atingir o patamar de atendimento pleno aos critérios t´cnicos e proporcionarem a maior vantajosidade financeira para a efetivação da contratação.

E) POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.

E.1 POLÍTICA DE SEGURANÇA NO TRABALHO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DE SEGURANÇA DO TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR.

O presente documento apresenta os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

O **IDEAS** adota esta Política nos seus processos de trabalho, além de cumprir com suas diretrizes, como veremos abaixo:

Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde.

Considerando os preceitos constitucionais do direito à saúde, à previdência social e ao trabalho e a necessidade de se estruturar a articulação intragovernamental em relação às questões de segurança e saúde do trabalhador, foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/TEM, pela Portaria Interministerial No. 153, de 13 de fevereiro de 2004, com a atribuição de:

a) reavaliar o papel, a composição e a duração do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT (instituído pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997);

b) analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas para a segurança e saúde do trabalhador;

c)elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do Governo;

d) analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos Ministérios, individual ou conjuntamente e

e) compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada Ministério.

Introdução

A abordagem integrada das inter-relações entre as questões de segurança e saúde do trabalhador, meio ambiente e o modelo de desenvolvimento adotado no país, traduzido pelo perfil de produção-consumo, representa na atualidade, um grande desafio para o Estado Brasileiro.

Tradicionalmente, no Brasil, as políticas de desenvolvimento têm se restringido aos aspectos econômicos e vêm sendo traçadas de maneira paralela ou pouco articuladas com as políticas sociais, cabendo a estas últimas arcarem com os ônus dos possíveis danos gerados sobre a saúde da população, dos trabalhadores em particular e a degradação ambiental. Para que o Estado cumpra seu papel para a garantia desses direitos, é mister a formulação e implementação de políticas e ações de governo transversais e intersetoriais.

Este documento propõe uma Política Nacional de Segurança e saúde do Trabalhador – PNSST buscando a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente.

A PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais.

A PNSST, além de estar diretamente relacionada com as políticas dos setores Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde, apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade.

Para fins desta Política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia.

Observa-se grande diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal e do trabalho precário, acarretando baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas para aos trabalhadores.

Perfil de morte e adoecimento relacionado ao trabalho

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares.

De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de:

- agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as "doenças profissionais";
- doenças que têm sua frequência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas "doenças relacionados ao trabalho" e;
- doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores.

A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho.

As informações disponíveis referem-se, de modo geral, apenas aos trabalhadores empregados e cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) da Previdência Social, que representam cerca de um terço da PEA.

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais (média de 22,9 milhões em 2002). O coeficiente médio de mortalidade, no período considerado, foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores (MPS, 2003). A comparação deste coeficiente com o de outros países, tais como Finlândia 2,1 (2001); França de 4,4 (2000); Canadá 7,2 (2002) e Espanha 8,3 (2003) (Takala, 1999), demonstra que o risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil é cerca de duas a cinco vezes maior.

No mesmo período mencionado, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS concedeu 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente devido a acidentes do trabalho, ou seja, a média de 3.235 auxílios-doença e aposentadorias por invalidez por dia útil. No mesmo período, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho.

Apesar de elevados, estes números não refletem a realidade. Estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, na cidade de Botucatu – SP, com padrão de vida e índice de desenvolvimento humano – IDH superiores à média nacional, demonstrou a ocorrência de 4,1% de acidentes de trabalho na população, dos quais apenas 22,4% tiveram registro previdenciário, indicando que de cada 4 pessoas acidentadas no trabalho naquele município, 0,9 tiveram registro previdenciário. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS, na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas.

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. Em 2003, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, as lesões de punho e da mão representaram 34,20 % dos acidentes. O trabalho em máquinas e equipamentos obsoletos e inseguros são responsáveis por cerca de 25% dos acidentes do trabalho graves e incapacitantes registrados no país (Mendes, et al. 2003).

A adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho contribuem para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo Musculares Relacionados ao Trabalho (LER / DORT); formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos.

A elaboração e adoção da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Lista A e Lista B) pelo Ministério da Saúde (Portaria MS N.º 1.339 de 18 de novembro de 1999), em cumprimento do Art. 6 o , §3 o , inciso VII, da Lei 8.080/90, representa um subsídio valioso para o diagnóstico, tratamento, vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e outras providências decorrentes. Na Lista, destinada a uso clínico e epidemiológico, estão relacionadas 198 entidades nosológicas (lista B) e agentes e situações de exposição ocupacional (lista A) codificados segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).(Brasil/Ministério da Saúde, 2001).

A mesma Lista foi adotada pela Previdência Social para fins da caracterização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes, para fins do SAT, nos termos do Decreto N.º 3.048, de maio de 1999.

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados.

A degradação ambiental, originada nos processos de produção, armazenagem, expedição, distribuição e comercialização é responsável pela poluição do ar, do solo, das

águas superficiais e subterrâneas e produz riscos e danos à saúde dos trabalhadores, da população do entorno e para o equilíbrio ecológico.

O atual sistema de segurança e saúde do trabalhador carece de mecanismos que incentivem medidas de prevenção, responsabilizem os empregadores, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a existência de conflitos institucionais, tarifem de maneira mais adequada as empresas e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.

Em 2003, os gastos da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e aposentadoria especial (concedida em face de exposição a agentes prejudiciais à saúde ou integridade física, com redução no tempo de contribuição) totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais. Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho.

Segundo Pastore (1998), para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga quatro reais, incluindo gastos com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos etc. Esse cálculo eleva a um custo total para o país de aproximadamente 33 bilhões de reais por ano.

Apesar do SUS ser responsável por grande parte da assistência médica, hospitalar e ambulatorial às vítimas de agravos relacionados ao trabalho, na rede pública de saúde, não estão disponíveis informações sobre os custos. A ausência de dados consistentes dificulta a identificação e o dimensionamento de fontes de custeio socialmente justas para as ações em SST.

O número de dias de trabalho perdidos em razão dos acidentes aumenta o custo da mão de obra no Brasil, encarecendo a produção e reduzindo a competitividade do país no mercado externo. Estima-se que o tempo de trabalho perdido anualmente devido aos acidentes de trabalho seja de 106 milhões de dias, apenas no mercado formal, considerando-se os períodos de afastamento de cada trabalhador.

Bases Legais

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75), na Lei n. 8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na lei Orgânica da Saúde, Lei No. 8080/90, bem como o Decreto nº 7.602/11. O texto constitucional define os poderes da União, estabelecendo, também, os poderes remanescentes dos Estados e dos Municípios. A União organiza, mantém e executa a inspeção do trabalho, com exclusividade (artigo 21, XXIV) e legisla, privativamente, sobre direito do trabalho (art. 22, I). A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios cuidam

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (art. 23, II. A União, os Estados e o Distrito Federal legislam concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde (art. 24, XII).

Os artigos 196 ao 200 da CF atribuem ao Sistema Único de Saúde as ações de Saúde do Trabalhador, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90) regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6º, parágrafo 3º estabelece: "entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores".

O direito dos trabalhadores à redução dos riscos para a saúde presentes no trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança está inscrito no artigo 7 o . da CF.

A CF define a prerrogativa exclusiva da União para legislar sobre o Direito do Trabalho e a obrigação de organizar, manter e executar a inspeção do trabalho.

Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS (art 200), nos distintos níveis:

a) a execução de ações de saúde do trabalhador;

b) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A competência privativa da União para legislar sobre Direito do Trabalho não se sobrepõe nem entra em conflito com a competência dos Estados e dos Municípios em editar, de forma suplementar, normas de proteção e defesa da saúde, em especial do trabalhador, por se situarem em campos distintos, autônomos, ainda que conexos pelo bem jurídico que se pretende proteger.

Os trabalhadores têm o direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionado à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e natureza do trabalho.

O Decreto 7.602/2011 traz em seu bojo os princípios imanentes à PNSST, convergindo nos seguintes preceitos e diretrizes:

a) universalidade

b) prevenção

c) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação

d) diálogo social

e) integralidade

f) inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde

g) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador;

h) adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco;

i) estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador;

j) promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho;

k) reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; e

l) promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho;

É nesse sentido que se insere o esforço de definição de uma política de governo, que articule as competências e normas no âmbito do Trabalho, da Previdência Social e da

Saúde, às quais se juntaram, mais recentemente, as ações do Ministério de Meio Ambiente, devendo ser ampliada para todos setores e esferas de Governo.

Propósito

A presente Política em consonância com o **IDEAS** tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma continua, das ações de Governo no campo das relações de produção consumo, ambiente e saúde.

Diretrizes e Estratégias

As diretrizes aqui definidas expressam um conjunto de objetivos comuns priorizados e explicitam as respectivas estratégias fundamentais para sua operacionalização. As diretrizes e estratégias implicarão o desencadeamento das ações que, consubstanciadas em um Plano de Trabalho, serão instrumentos de execução da Política.

Ampliação das ações de SST, visando a inclusão de todas os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde

Estratégia

Elaboração e aprovação de dispositivos legais que garantam a extensão dos direitos à segurança e saúde do trabalhador para aqueles segmentos atualmente excluídos.

Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador

Estratégias

- Instituir um Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, pactuado entre os diversos órgãos de Governo e da sociedade civil, atualizado periodicamente;
- Normatizar, de forma interministerial, os assuntos referentes à Segurança e Saúde do Trabalhador, em matérias que requeiram ações integradas ou apresentem interfaces entre os diversos órgãos de governo;
- Adotar regras comuns de Segurança e saúde do Trabalhador para todos os trabalhadores, observando o princípio da equidade;
- Articular e integrar as ações de interdição nos locais de trabalho.

Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação

Estratégias

- Eliminar as políticas de monetização dos riscos;
- Adequar os critérios de financiamento e concessão da aposentadoria especial;
- Estabelecer política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho e que invistam na melhoria das condições de trabalho;
- Criar de linhas de financiamento subsidiado para a melhoria das condições e ambientes de trabalho, incluindo máquinas, equipamentos e processos seguros, em especial para as pequenas e médias empresas;
- Incluir requisitos de SST para outorga de financiamentos públicos e privados;
- Incluir requisitos de SST nos processos de licitação dos órgãos da administração pública direta e indireta;
- Instituir a obrigatoriedade de publicação de balanço de SST para as empresas, a exemplo do que já ocorre com os dados contábeis.

Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador

Estratégias

- Padronizar os conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos à segurança e saúde dos trabalhadores relacionados aos processos de trabalho;
- Compatibilizar os Sistemas e Bases de Dados, a serem partilhados pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde;
- Compatibilizar os instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações.
- Instituir a concepção do nexo epidemiológico presumido para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- Atribuir ao SUS a competência de estabelecer o nexo etiológico dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho e analisar possíveis questionamentos relacionados com o nexo epidemiológico presumido;
- Incluir nos Sistemas e Bancos de Dados as informações contidas nos relatórios de intervenções e análises dos ambientes de trabalho, elaborados pelos órgãos de governo envolvidos nesta Política.

Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST.

Estratégias

- Estabelecer referências curriculares para a formação de profissionais em SST, de nível técnico e superior;

- Incluir conhecimentos básicos em SST no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, em especial nos cursos de formação profissional, assim como cursos para empreendedores;

- Incluir disciplinas em SST, obedecendo aos interesses desta Política, no currículo de ensino superior, em especial nas carreiras de profissionais de saúde, engenharia e administração;

- Desenvolver um amplo programa de capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento das ações em segurança e saúde do trabalhador, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, nos diversos espaços sociais onde essas ações ocorrem;

- Os trabalhadores e representantes dos movimentos sociais responsáveis pelo controle dessas ações também devem estar incluídos nos processos de educação continuada.

Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e saúde do Trabalhador

Estratégias

- Estimular a produção de estudos e pesquisas na área de interesse desta Política;

- Articular instituições de pesquisa e universidades para a execução de estudos e pesquisas em SST, integrando uma rede de colaboradores para o desenvolvimento técnico - científico na área;

- Garantir recursos públicos para linhas de financiamento de pesquisa em segurança e saúde do trabalhador.

Gestão e Acompanhamento

A gestão da PNSST será conduzida pelo Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador – GEISAT, integrado, no mínimo, por representantes do MTE, MS e MPS.

Caberá ao GEISAT elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador, assim como coordenar a implementação de suas ações.

A partir das deliberações do GEISAT, serão constituídos Grupos Executivos Intersetoriais Regionais de Segurança e Saúde do Trabalhador, com a atribuição de coordenar as ações de Segurança e Saúde do Trabalhador, em suas respectivas áreas de abrangência.

Os integrantes do GEISAT serão designados por portaria interministerial, dentre os ocupantes de cargos em comissão na esfera federal.

O funcionamento do GEISAT será estabelecido em Regimento Interno, estabelecendo, entre outros aspectos:

- coordenação rotativa, com mandato de um ano;
- definição de periodicidade das reuniões;
- estrutura de apoio a cargo do órgão em exercício da coordenação.

A formulação de Normas e Regulamentos, na área de SST, seguirá as metodologias próprias de cada unidade, e serão levadas ao GEISAT, para a informação e discussão de possíveis conflitos de interesses ou superposição de áreas, antes de sua publicação.

Caberá ao GEISAT propor a revisão periódica desta Política e estabelecer os mecanismos de validação e controle social.

Responsabilidades Institucionais

Os setores de governo envolvidos na implementação e execução desta Política, respeitados os respectivos âmbitos de competências, serão responsáveis pelo desenvolvimento das atribuições abaixo discriminadas.

Ministério do Trabalho e Emprego

a) formular e implementar as diretrizes e normas de atuação da área de segurança e saúde no trabalho;

b) planejar, coordenar e orientar a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador e da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho;

c) planejar, supervisionar, orientar, coordenar e controlar as ações e atividades de inspeção do trabalho na área de segurança e saúde;

d) orientar e controlar a execução das atividades relacionadas com a inspeção do trabalho, no ambito das Delegacias Regionais do Trabalho, incluindo as acoes de mediação e arbitragem e fiscalizacao dos Acordos e Convencões Coletivas;

e) garantir e coordenar as atividades da Comissao Tripartite Paritaria Permanente – CTPP; 102.

f) elaborar e revisar as Normas Regulamentadoras.

Fundacentro/TEM

a) desenvolver pesquisas relacionadas com a promoção das melhorias das condições de trabalho;

c) produzir e difundir conhecimentos técnicos científicos, em SST;

d) desenvolver atividades de educação e treinamento em SST;

e) subsidiar a elaboração e revisão das Normas Regulamentadoras;

f) avaliar as atividades de modo a dimensionar o impacto das ações desenvolvidas, permitindo sua re-orientação.

Ministério da Previdência Social

a) fiscalizar e inspecionar os ambientes do trabalho, com vistas à concessão e manutenção de benefícios por incapacidade; à fidedignidade das informações declaradas aos bancos de dados da Previdência Social; e à arrecadação e cobrança das contribuições sociais decorrentes dos riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho;

b) avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários;

c) avaliar, em conjunto com o SUS, a relação entre as condições de trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores;

d) Implementar uma política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho;

e) Implementar a adoção do nexo epidemiológico presumido para a caracterização dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS

a) Coordenar, no âmbito do SUS, as ações decorrentes desta Política e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na sua execução.

b) Apoiar o funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST).

c) Definir mecanismos de financiamento das ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

d) Implantar e acompanhar a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, como estratégia privilegiada para as ações previstas nesta Política.

e) definir, em conjunto com estados e municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no SUS, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações.

f) prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.

g) facilitar a incorporação das ações e procedimentos de saúde do trabalhador nos procedimentos de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

h) promover a incorporação das ações de atenção à saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, organizada por níveis de complexidade crescente, na atenção básica, serviços de urgência e emergência, na média e alta complexidade.

i) organizar e apoiar a operacionalização da rede de informações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

j) promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional.

l) fomentar a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho considerados como de notificação ´de interesse da Saúde Pública.

m) definir e promover a implementação de estratégias voltadas à formação e à capacitação de recursos humanos do SUS nesta área.

n) implementar a rede de laboratórios de toxicologia e avaliação ambiental.

Papel da sociedade civil organizada

A sociedade civil organizada deverá exercer o papel de controle social, participando de todas as etapas e espaços consultivos e deliberativos relativos à implementação desta Política.

Financiamento

A área da segurança e saúde do trabalhador deve ser contemplada, de modo adequado e permanente no orçamento da União, mediante programa específico do PPA.

Aos recursos da União serão adicionados recursos originários de tributação específica, respeitado o princípio: "quem gera o risco deve ser responsável pelo seu controle e pela reparação dos danos causados".

Deverá ser criado um fundo de controle público, específico para o financiamento do desenvolvimento de tecnologias seguras e de ações de melhoria das condições dos ambientes de trabalho.

Será estabelecido um programa específico, no âmbito do PPA, para o gerenciamento das ações intersetoriais.

E.2 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO SIMPLIFICADA DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

O Instituto IDEAS desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do TEM.

O Instituto Ideas garantirá a contratação de profissionais qualificados para atendimento, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência. Que todos os profissionais que executam ações e/ou serviços de saúde por ela empregados e ativos estejam devidamente cadastrados no CNES. Como também adotará valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado, para o pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e funcionários da UPA 24H, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

Para a contratação pessoal serão utilizados critérios técnicos, inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias. Serão mantidos os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação continuada e permanente. Serão contratados serviços de terceiros para atividades de apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes e o serviço por ela prestado estar em conformidade com a legislação vigente.

Os profissionais contratados para a prestação dos serviços na UPA 24h, deverão terão comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe. Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional. E os profissionais de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem para a realização das atividades específicas de Enfermeiro(a).

Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS).

Os contratos entre a Unidade e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o

Poder Público. A Secretaria poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços objeto do Contrato, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira.

Todos os empregados e terceiros contratados pelo Instituto IDEAS para a unidade portará identificação (crachás) e estarão devidamente uniformizados, quando estiverem no exercício de funções nas dependências da unidade. A seleção de pessoal para a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, será conduzida a partir de processo seletivo de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio. O Instituto Ideas disporá de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população.

O Instituto Ideas se responsabilizará pelo pagamento do pessoal contratado diretamente pela organização, aqueles necessários à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando o contratante de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar sempre que necessário a relação dos profissionais da unidade, responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, identificando as alterações que, por ventura, ocorram. Vale observar que será mantido controle do ponto biométrico de todos os profissionais em serviço na unidade.

Na Unidade de Pronto Atendimento será adotado um projeto de desenvolvimento humano, com pesquisa periódica do clima organizacional. Trata-se de uma estratégia para combater o absenteísmo e estimular a produção será a de realizar a coleta de dados para a pesquisa absenteísmo por meio de questionários. Estes questionários têm a finalidade de caracterizar o perfil dos trabalhadores, identificar gênero, tempo de serviço, faixa etária, grau de escolaridade, cargos e natureza das ausências, bem como avaliar a satisfação dos mesmos com relação ao trabalho que exercem, identificando principalmente as características indesejáveis do trabalho. Em posse destes dados cabe a administração tomar as medidas cabíveis para melhor o ambiente de trabalho. Ressaltamos que o controle de ponto do pessoal contratado será através de Ponto Biométrico.

Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial tem por objetivo definir a forma de capacitação dos Gestores e coordenadores, aplicando um plano de desenvolvimento de forma estratégica.

Alinhar a política de Treinamento e Desenvolvimento às estratégias da empresa assegurando que em todos os treinamentos, o conteúdo ministrado esteja de

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

acordo com às estratégias e aos valores. Introduzir na cultura organizacional e nas práticas de gestão que o ambiente de trabalho é o ambiente de aprendizagem por excelência e o gestor é o maestro do ambiente e da aprendizagem.

O Treinamento no trabalho ou on the job, é aquele que ocorre no dia a dia, com a realização de tarefas rotineiras e orientação da chefia, através de feedbacks. Adotar estratégias de Treinamento e Desenvolvimento de curto, médio e longo prazo no planejamento estratégico anual da empresa. Utilizar o treinamento e desenvolvimento como moeda de troca na Retenção de talentos. Disseminar o compromisso corporativo com o processo de desenvolvimento do Capital Humano e com a efetividade dos resultados organizacionais.

E por fim, estimular os profissionais da Organização a buscarem o autodesenvolvimento e o protagonismo na condução de sua formação e carreira.

O detalhamento do programa de trabalho apresenta as Políticas e Diretrizes institucionais de todo o processo de contratação de pessoas, bem como avaliação de desempenho. Estas regras garantem o adequado funcionamento das atividades previstas, por meio de fluxos operacionais.

Para que sejam adequadamente seguidos por todos os colaboradores dos serviços, é importante que as políticas e diretrizes sejam de acesso fácil e de conhecimentos de todos. Neste sentido é que o instituo torna pública as principais políticas norteadoras das atividades, em site próprio.

Estão no **ANEXO III** as Políticas de Gestão de Pessoas do IDEAS:

- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção;
- Política de Gestão de Pessoas – Banco de Talentos;
- Política de Gestão de Pessoas – Avaliação de Desempenho;
- Política de Gestão de Pessoas – Gestão de Cargos e Salários;
- Política de Gestão de Pessoas – Plano de Fortalecimento da Saúde do Trabalhador.

Abaixo disponibilizamos links para acesso aos documentos no site do IDEAS, bem como estão no **ANEXO III** as cópias na integra de todas as Políticas citadas:

Link **Política de Gestão de Pessoas – Banco de Talentos**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/01/Politica-de-Edital-de-Banco-de-Talentos-Padr%C3%A3o-IDEAS.pdf

Link **Política de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/01/Politica-de-Recrutamento-e-Sele%C3%A7%C3%A3o-Padr%C3%A3o-IDEAS.pdf

Link **Política de Gestão de Pessoas – Avaliação de Desempenho**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2021/02/POLITICA-DE-AVALIACAO-DE-DESEMPENHO-IDEAS-2021.pdf

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Disponibilizamos links para acesso aos documentos no site do IDEAS, de acesso a **Edital de Seleção Simplificada de Pessoal** de determinado contrato de gestão celebrado anteriormente com ente governamental.

Link do processo de seleção simplificada de pessoal da unidade

https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2022/01/ABERTURA-DE-EDITAL-023.2022-_-ade.pdf

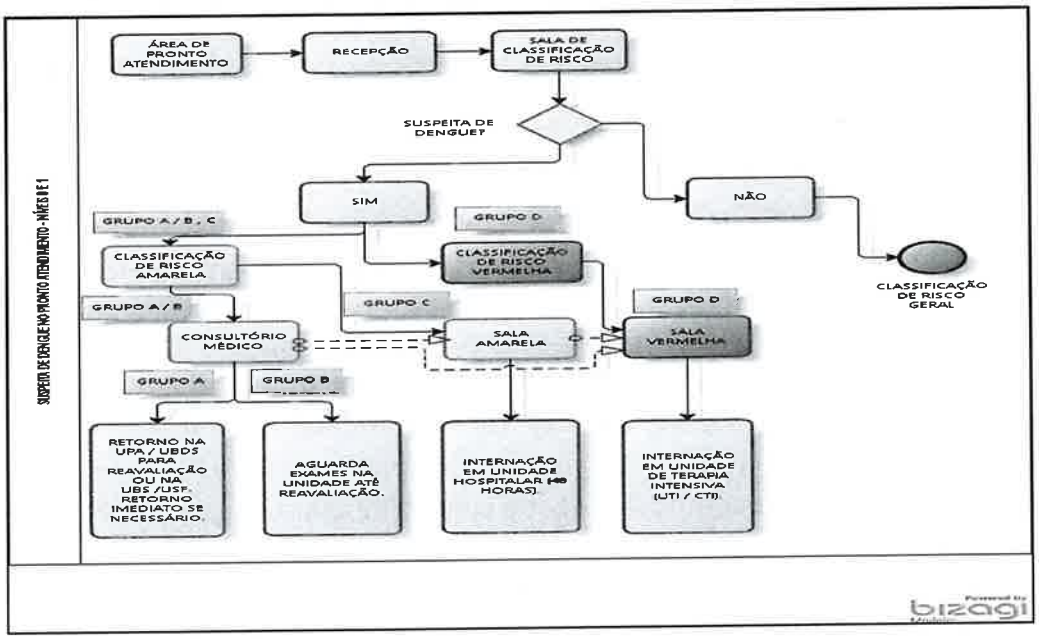
Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas.

Acesso: https://www.ideas.med.br/chamamentospublicos/

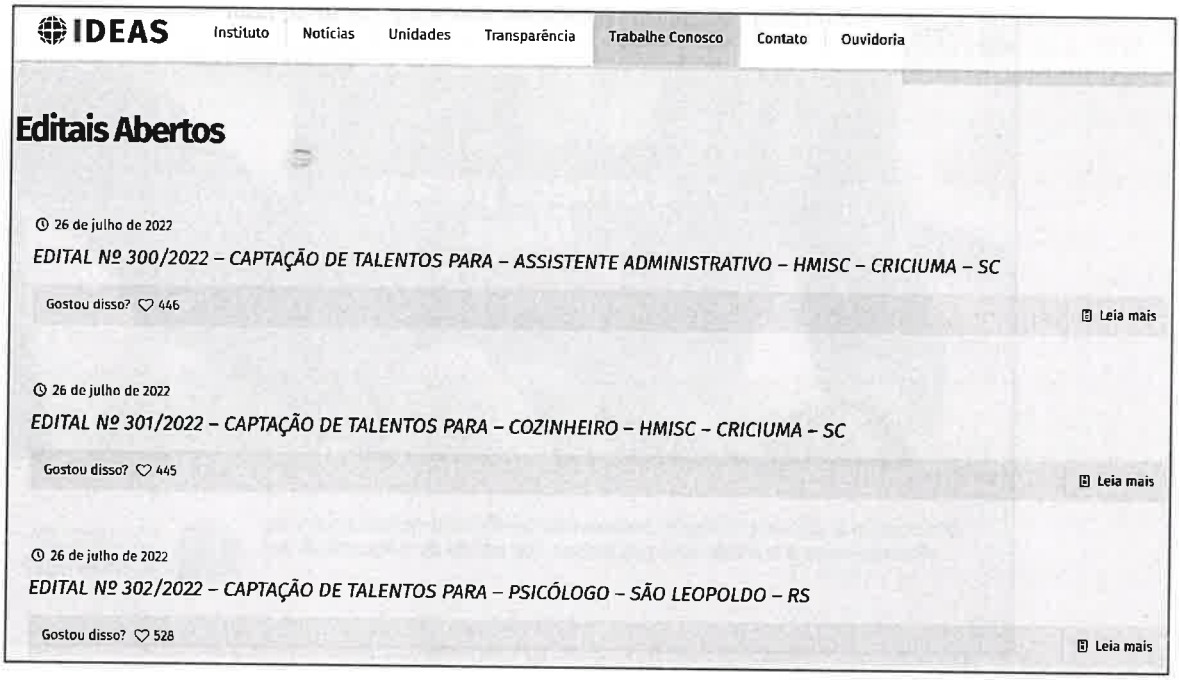
Campo "Trabalhe Conosco"



Item “Editais Abertos” ficam listados todos os editais abertos.



31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0



Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas e resultados.

PROGRAMA DE CONTROLE DE ASSIDUIDADE, PONTUALIDADE E ESTÍMULO DE PRODUÇÃO

Introdução

O absenteísmo é um problema para a empresa, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, luto ou por motivos de ordem legal). O médico do trabalho, o gestor de pessoas (RH), a diretoria da empresa, as chefias e encarregados devem tomar todas as medidas a seu alcance para inibir a falta ao trabalho, seja justificada ou não. Cabe a chefia ou encarregado na suspeita de doença ou queixa em relação à limitação funcional ao trabalho desenvolvido pelo funcionário encaminhar este funcionário para avaliação médica ou odontológica com a finalidade de dirimir dúvidas. De preferência, orientar para marcar consulta.

Tipos de absenteísmo

São três os tipos de absenteísmo, a saber:

1) Absenteísmo por motivo de saúde:

a) Ocupacional: acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e do trabalho, por exemplo.

b) Assistencial: doenças comuns, sazonais, doenças cirúrgicas não ocupacionais, parto, acidentes domésticos e de trânsito, por exemplo.

2) Absenteísmo por motivos que não de saúde.

Causas do absenteísmo

Abaixo estão listadas as situações potenciais para faltas ou perda de tempo de trabalho, principalmente por motivos de não saúde:

a) por cúmplices pessoais internos: chefes e encarregados que não monitoram a presença ou ausência de seus subordinados no local onde deveriam estar, "pulso fraco" ou "laisse a faire", agenda do ambulatório da empresa não dá prioridade a quem está em serviço e aguardando consulta.

b) por cúmplices pessoais externos: chefias que justificam a ausência ou falta do funcionário ao setor por tempo maior que o necessário; médicos ou odontólogos que emitem atestados para outros fins que não sejam saúde; doação de sangue durante expediente de trabalho.

d) por cúmplices ambientais internos: presença de cantina, cafezinhos, serviços médicos assistenciais cúmplices, refeições demoradas.

e) por cúmplices ambientais externos: festas típicas, cultos regiliosos, catástrofes, por exemplo.

f) por problemas sócio-econômicos: baixos salários, ausência de plano de carreira.

g) por problemas pessoais no trabalho: desavenças com chefes e encarregados, desentendimentos com colegas, ambiente psicopatológico de trabalho.

Nos casos de falta por motivos de saúde ocupacional ou assistencial tanto o médico coordenador do PCMSO como o setor responsável pela gestão de pessoas (RH) tem a função de tomar medidas de ordem legal de acordo com os limites previstos na CLT, código de ética profissional, dissídio coletivo ou acordo entre empresa e sindicato, por exemplo, para inibir as ausências ao trabalho, justificadas ou não.

Assim, a orientação aos funcionários através de comunicações escritas acerca de regras de conduta frente às ausências ao serviço deve ser feita regulamente, seja para esclarecimento ou para lembrança. No combate aos motivos que se agregam como "não saúde" é importante a ação do encarregado ao fiscalizar as atividades de seus subordinados quanto à produtividade no trabalho. Além disso, deve-se esperar que o encarregado encaminhe ao ambulatório da empresa aquele funcionário com baixa produtividade cuja suspeita seja por doença comum, ocupacional ou do trabalho.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

O serviço de segurança e saúde do trabalho (SST) deve informar periodicamente a diretoria da empresa, através da Gestão de Pessoas, os níveis e causas do absenteísmo para que medidas administrativas possam ser tomadas.

Programas auxiliares

São programas que visam diminuir a incidência de acidentes ou doenças do trabalho:

a) PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e

b) Programa de Trabalho Restrito O PCMSO é de caráter obrigatório. Ele tem o objetivo de promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Tem caráter preventivo, de rastreamento e diagnóstico dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além de constatar e atuar nos casos ocorrência de doenças profissionais.

O Programa de Trabalho Restrito corresponde a um conjunto de normas e instruções para que o funcionário exerça atividade laborativa, de modo parcial ou suave, quando sua dispensa teria como destino sua residência. A proposta é que permaneça no local de trabalho, ou outro, executando atividade de seu conhecimento e experiência sem estar submetido a risco de agravamento do problema específico de saúde que apresenta e sem estar submetido à situação de constrangimento perante os colegas de trabalho devido à limitação de saúde apresentado. O agravo ou problema de saúde também não deve ensejar risco adicional de acidente ou agravamento do estado de saúde presente ou que sua atividade restrita não coloque em risco a segurança dos demais colegas de trabalho. Em todos os casos haverá necessidade de avaliação médica prévia com indicação das restrições e limites de atuação deste funcionário na atividade laborativa, com pronunciamento da chefia sobre a existência dessa atividade em conformidade com as limitações apontadas pelo médico.

Cálculo da taxa de absenteísmo

As taxas são calculadas conforme a fórmula abaixo, dividindo-se os índices pelos seguintes critérios:

a) Por saúde, englobando afastamento por saúde ocupacional ou assistencial.

b) Por não saúde, onde os dados para cálculo devem ser fornecidos também pelo setor de gestão de RH.

Índice Absenteísmo = (Número Total Faltas *100 Número Funcionários * Número Dias Úteis) O absenteísmo total pode ser calculado pela fórmula: Absenteísmo Saúde+ Absenteísmo Não Saúde.

Índices de absenteísmo

Menor ou igual a 1,5%

De 1,51% a 1,80%

De 1,81% a 2,10%

Igual ou maior de 2,11%

20 pontos

15 pontos

10 pontos

00 pontos

Critérios para aceitabilidade de atestados

1. O atestado que contém o tempo de dispensa, diagnóstico codificado da doença (CID-10), assinatura do médico ou odontólogo sobre o carimbo, do qual conste o nome completo, número de registro profissional, a priori, deve ser aceito pela empresa.

2. Atestados médicos ou odontológicos fornecidos pelo SUS para abonar faltas são aceitos por decisão jurisprudencial trabalhista

3. Atestados são aceitos quando houver decisão favorável da gerencia ou diretoria. As declarações de comparecimento aos serviços médicos ou de saúde oficiais ou privados não podem ser confundidos com atestados médicos por quem quer que seja. O mesmo se aplica as receitas médicas ou odontológicas, que não são justificativas de falta ao trabalho.

Os critérios para invalidar atestados são:

1. Atestados emitidos sem assinatura ou sem carimbo ou por profissionais não médicos ou não dentistas (falta prova legal e resolução CFM 1548/99);

2. Atestados pré-datados e pós-datados;

3. Atestado com tempo de dispensa incompatível com a evolução normal da doença em questão, seja para mais ou para menos;

4. Atestado médico emitido por odontólogo ou vice-versa (resolução CFM 1548/99);

5. Atestados falsos ou falsificados ou duvidosos.

Os atestados duvidosos devem ser avaliados pelo médico e pelo RH antes do seu abono para efeitos de justificativa de ausência ao trabalho. Os requisitos para abono de atestado pelo médico do trabalho (médico coordenador do PCMSO ou médico executor) ou pela empresa (gestão de pessoas) para faltas consideradas de não saúde, são:

1. Aviso de intenção de falta ao setor competente ou chefia imediata, antes do início do turno de trabalho para situações de saúde consideradas de urgência ou emergência;

2. Comunicação com antecedência de um dia, pelo menos, da falta para consultas médicas agendadas ou cirurgias ou para tratamento de saúde em ambiente hospitalar ou ambulatorial programado.

3. Comunicação com antecedência ao setor competente para dispensa para doação de sangue, cuja data de afastamento deve ser mutuamente acertada, exceto em casos de necessidade de doação por falta de estoques suficientes no banco de sangue.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

4. Aviso ao setor de gestão de pessoas quando uma ausência se fizer necessária por motivos de gala, luto, judicial, militar ou outra motivação.

Obrigações

a) Médicos, Dentistas e serviços conveniados, quando existentes. Evitar dar atestados de afastamento do trabalho, procurando emitir CTR – Comunicação de Trabalho Restrito;

b) Encarregados Colaborar ao extremo com as solicitações médicas de trabalho restrito para evitar o afastamento total ou parcial do trabalho, tudo de acordo com o PTR – Programa de Trabalho Restrito.

c) Gerência da Empresa de RH Afixar em local da empresa um placar de indicação do absenteísmo dos funcionários para que os absentas costumazes tornem-se públicos para a empresa e as medidas previstas na CLT possam ser aplicadas. No caso do absenteísmo por doenças, devem ser tomadas todas as providências para corrigir o problema de saúde do funcionário para que volte a produzir normalmente. Se o absenteísmo for por doença ocupacional, doença do trabalho ou acidente do trabalho deve-se recomendar reunião extraordinária à CIPA para estudos e providências para eliminação dos fatores causais.

Avaliação do absenteísmo individual

Os limites para considerar o funcionário normal, pré-absenta e absenta costumaz, são:

Normal:

a) entre 18 e 45 anos de idade: até 4,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para homens e 5,0 visitas para mulheres;

b) abaixo de 18 anos e acima de 45 anos de idade: até 6,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

Pré-absenta:

a) entre 18 e 45 anos de idade: acima de 4,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para homens e acima de 5,0 visitas para mulheres até o limite de 7,0 visitas médicas ou odontológicas;

b) abaixo de 18 anos e acima de 45 anos de idade: acima de 6,0 e abaixo de 8,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

Absenta costumaz:

a) entre 18 e 45 anos de idade: acima de 7,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos;

b) abaixo de 18 e acima de 45 anos de idade: acima de 8,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

Estratégia de abordagem do absenteísmo

A estratégia de abordagem do absenteísmo pode ser dividida em três fases:

Primeira fase:

a) fazer medições padrão por grupos (áreas ou setores ou ocupações) como, por exemplo, índices de freqüência, de gravidade, percentagem de tempo pedido e taxa de freqüência.

b) montar o perfil do absenta a partir de dados obtidos no item anterior como escolaridade, grau de hierarquia, turno de trabalho e outros.

c) Levantar os custos/prejuízos causados pelo absenteísmo, especialmente com avaliação de hora/homem/trabalhada x queda de produção/lucro.

Segunda fase:

a) dividir o absenteísmo em níveis:

1. pequeno absenteísmo: falta de 1 dia

2. médio absenteísmo: falta de 2 a 4 dias

3. grande absenteísmo: falta de 5 a 15 dias 4. severo absenteísmo: falta superior a 15 dias

b) não incluir as faltas de ordem legal, como férias, feriados oficiais, dispensas por ato administrativo da empresa, licença maternidade, auxílio-doença do INSS.

Terceira fase: Fazer palestras ou distribuir comunicado ou folders explicativos mostrando as regras dentro da empresa de modo muito claro como:

1. critérios para entrar no placar

2. critérios para sair do placar

3. critérios para avaliar atestados

4. fluxograma para avaliação de atestados

5. critérios para negociação de faltas programadas diretamente com a chefia imediata, de preferência.

Ações contra envolvidos

As ações devem ser contra:

a) os funcionários absentas, cúmplices pessoais, ambientais;

b) médicos e dentistas anti-éticos e atestados falsos;

c) tentativas de resolver problemas diversos, como:

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

1. problemas sócio-econômicos;
2. problemas pessoais no trabalho;
3. problemas de desadaptação ao trabalho;
4. problemas pessoais no lar;
5. problemas de abuso de drogas.

Funcionários pré-absentas

Aquele que se torna pré-absenta por motivo puramente de saúde deve ser encaminhado ao serviço médico para análise de seus motivos de dispensa, podendo o analisador solicitar pareceres de outros especialistas, antes de dar um parecer de falta justificada ou não. O funcionário que se torna pré-absenta por motivos mistos deverá ser avaliado em conjunto pelo setor responsável pela gestão de pessoas (RH) e pelo serviço médico.

O beneficiado por atestado falso, falsificado ou inidôneo também comete crime doloso, ou seja, tem intenção deliberada de prejudicar a empresa. Os que se tornam pré-absentas por motivos puramente não de saúde são encaminhados ao setor responsável pela gestão de pessoas (RH) para análise de suas faltas antes de sua justificativa ou não Em todos os casos, deve-se afixar um "placar" de absenteísmo para que os próprios possam ser vistos, como para que os outros possam também policiar suas faltas. Contra os cúmplices pessoais internos É de senso geral que quando chefes e encarregados perdem o controle da presença e da produtividade de seus subordinados começa a "doença" do local de trabalho.

Ali também se encontram os bons funcionários que certamente estarão sobrecarregados de trabalho, e causando até doenças por estresse ocupacional ou por problemas físicos. Outros do mesmo setor, na verdade, se tornam "parasitas da empresa", absentas costumazes e frequentadores assíduos do serviço médico da empresa, grudando-se em cantinas, entretendo-se em longos bate-papos para enrolar no trabalho, além de infindáveis idas ao banheiro, trocas de serviço, tudo sob o olhar cúmplice de seus chefes. É importante que a gerência de pessoas (RH) implante ou controle um sistema de medição de produtividade. Contra os cúmplices pessoais externos. Os cúmplices pessoais externos em geral atuam na forma de atestar por prazo maior que o necessário para tratamento do problema de saúde ou na emissão de atestado de forma fraudulenta.

A gerência de RH, em contato com o Serviço Médico, deverá verificar a freqüência das dispensas, enviando ofícios da empresa para o órgão onde está atuando o cúmplice externo ou diretamente ao médico ou odontólogo envolvidos.

Bases Legais

Segundo entendimento do CFM – Conselho Federal de Medicina, parecer CFM 02/86, a emissão de atestado de doença é um ato exclusivo da profissão médica, sendo vedada a outros profissionais da saúde. O Código Penal pune o profissional médico com

pena de detenção quando há emissão de atestado falso ou fazer uso de papéis falsificados ou alterados, inclusive com aplicação de multa se o crime for cometido com o fim de obtenção de lucro (art. 302 e 304). A Resolução CFM 1658/02 em seu art. 6º, § 1º diz que os médicos devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no CRM – Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogo, estes no estrito âmbito de sua profissão.

O médico poderá, se necessário, valer-se de opinião de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado. É vedado ao médico firmar atestados sem praticar os atos profissionais que os justifiquem, segundo o Decreto-Lei 20.931/32 e art. 110 e 116 do Código de Ética Médica.

O médico só poderá fornecer atestados ou relatórios de exames ou tratamentos realizados revelando assim o diagnóstico ou tratamento desde que obtenha expressa autorização do paciente ou seu responsável (Resolução 1219/85).

A Portaria 3291 do Ministério da Previdência de 1984, que exige atestado médico para fins de justificativa de falta ao trabalho, impõe o uso do diagnóstico codificado de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID).

Tal exigência evita transtornos ao funcionário que porventura seja encaminhado para perícia médica oficial para obtenção de auxílio-doença previdenciário ou acidentário. A Previdência Social orienta que o início do afastamento seja coincidente com o dia do atendimento.

Embora esta norma possa prejudicar o empregado que não conseguiu assistência médica imediata, o médico não pode atestar doença em dia(s) anterior(es) ao atendimento, pois, efetivamente, não há como comprovar doença.

O médico também não está impedido de atestar para pessoa de sua família se efetivamente praticou o ato médico ou tratamento que o justifique, exceto nos casos de perícia médica judicial, doença grave ou toxicomania e outras situações previstas na legislação. Por fim, está o médico obrigado a manter o sigilo médico, de acordo com o Código de Ética Médica (art 105), inclusive revelar informações confidenciais quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos trabalhadores ou da comunidade.

Critérios para avaliação de atestado de dispensa

Tendo a empresa serviço médico próprio ou conveniado, o funcionário deverá dirigir-se em eventual necessidade. Se assim não procedeu, e por qualquer razão procurou outro serviço para ser atendido, deverá levar imediatamente o atestado ao serviço médico, que o homologará ou não. Não tendo a empresa tal serviço, o atestado com até quinze (15) dias será aceito pela empresa e aquele cujo período for maior a empresa encaminhará seu funcionário para avaliação pericial junto ao INSS.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

Uma das grandes preocupações das organizações é como evitar que os profissionais faltem, já que o absenteísmo (ausência no ambiente de trabalho) prejudica não apenas a um único colaborador, mas também aos efeitos significativos sobre o desempenho de uma equipe. Vale ressaltar que cada empresa pode utilizar uma "fórmula" para calcular o percentual de absenteísmo, de acordo com sua realidade. Mas, o que pode ser feito para reduzir os índices de absenteísmo? Abaixo listo algumas ações que podem auxiliar as organizações a diminuírem os percentuais de falta dos colaboradores.

1 – LIMPEZA: Não há nada mais desagradável para uma pessoa do que conviver em um ambiente que não tenha as mínimas condições de limpeza. É notório que um local que oferece higiene, evita que as pessoas adquiram alguns problemas de saúde como viroses, dermatites, comprometimento das vias respiratórias, entre outros. Por isso, quando a empresa mantém um constante processo de manutenção que assegure a limpeza, muitos afastamentos licenças médicas podem ser evitados. Dentre algumas ações simples, podemos destacar: revisão no ar condicionado; banheiro e refeitórios limpos; lixo devidamente acondicionado.

2 – CONHECIMENTO: Durante eventos comemorativos, aproveitando a oportunidade dos profissionais estarem em um momento de integração, a companhia tem a alternativa de promover ações voltadas à qualidade de vida do trabalhador. Isso inclui desde palestras ministradas por profissionais da área de saúde que foquem suas apresentações em temáticas direcionadas de combate ao alcoolismo, ao tabagismo, às doenças cardiovasculares, bem como estímulo à mudança para hábitos alimentares saudáveis. Quando a pessoa cuida da própria saúde, o reflexo positivo é sentido no dia a dia corporativo.

3 – LER E DORT: Não são poucos os casos de afastamentos por licenças médicas em decorrência de doenças provocadas pelo esforço repetitivo. Tendinites, bursites são apenas alguns dos problemas que podem acometer qualquer trabalhador. Empresas conscientes desse problema estimulam seus funcionários a praticarem exercícios laborais que a princípio podem ser conduzidos por educadores especializados. Depois que os profissionais abraçam a idéia, após serem treinados alguns funcionários podem assumir o papel de agentes disseminadores, estimulando os pares a participarem de aulas de ginástica laboral. Há empresas que conseguiram reduzir o percentual de absenteísmo, depois de implantarem ações dessa natureza.

4 – CONSCIÊNCIA: A promoção de campanhas de conscientização sobre a importância do trabalho de cada um colaborador faz um diferencial significativo. Isso porque o profissional passa a entender a importâncias que as atividades que ele desenvolve têm, de fato, valor para a companhia. Isso, por sua vez, pode estimulá-lo trabalhar novas competências técnicas e comportamentais.

5 – NÃO A LÍDERES TIRANOS: A presença de gestores despreparados ou, então, de pessoas que chegam ao extremo de usar a autoridade para humilhar os liderados, é um dos fatores que levam profissionais a se ausentarem do trabalho ou mesmo procurar outra

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

oportunidade no mercado. Dizer "Não" aos líderes tiranos é dizer "SIM" para uma equipe motivada.

6 – UNIÃO: A concepção de individualismo já não faz parte da cultura de uma empresa globalizada e que deseja sobreviver à concorrência. Nesse sentido, a gestão deve focar ações específicas para o estímulo ao espírito de equipe. Quando se atua em uma companhia, onde as pessoas entendem que unidas vão "mais longe", a vontade de atender às expectativas da empresa aumenta.

7 – TRANSPORTE: Muitos profissionais chegam atrasados ao expediente porque enfrentam diariamente o trânsito caótico dos centros urbanos. Existe também quem perca horas de trabalho (considerando-se o período de seis meses, por exemplo), porque a empresa atual é de difícil acesso. Seja pela carência de transporte coletivo ou devido à região onde a companhia instalou-se, quando a organização tem recursos para investir no transporte dos colaboradores, observa que esse investimento vale à pena quando é realizado um levantamento das horas de ausência versus a manutenção do veículo.

8 – RECURSOS HUMANOS ESTRATÉGICO: A presença do profissional de Recursos Humanos em todos os departamentos da companhia serve de termômetro para avaliar o clima, identificar falhas gestão e encontrar soluções, antes que a empresa sofra algum tipo de prejuízo.

9 – PESQUISAS E AVALIAÇÕES: A adoção de ferramentas como pesquisa de clima organizacional ou mesmo de avaliação de desempenho, permite que a organização identifique os pontos fortes e fracos que precisam ser trabalhados no profissional. Quando isso ocorre, é possível dar um feedback ao colaborador e ele, por sua vez, entenderá que a empresa não o vê apenas como um "número" a ser adicionado à folha de pagamento.

10 – COMUNICAÇÃO: Sem uma política de comunicação interna clara, os funcionários ficam sujeitos a receberem informações distorcidas como, por exemplo, demissão em massa, corte de benefícios etc. Através dos canais de comunicação, a empresa passa tranquilidade aos profissionais e esses conseguem cumprir suas responsabilidades com mais eficácia. As chances de profissionais conscientes se ausentarem do trabalho caem significativamente.

Os relatórios periódicos serão avaliados e haverá realização de Planos de Ação para mudança dentro dos patamares apontados pelos profissionais. O IDEAS mantém o compromisso de realizar a renovação ciclíca dos índices propostos para que haja a constante melhoria do ambiente de trabalho.

31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

ASSINATURA

Proposta Técnica para o Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde, na UPA 24h do município de Almirante Tamandaré/PR. Por ser a lídima expressão da capacidade técnica do instituto infra-assino o presente documento.

Fica estabelecida a validade da proposta em 180 (cento e oitenta) dias, contados da data do protocolo junto à SMS.

Florianópolis, 22 de dezembro de 2023.

Assinatura Eletrônica
22/12/2023 11:04 UTC
Sandro N. Demetrio
*003.***.***-73*
Sandro Natalino Demetrio

SANDRO NATALINO DEMETRIO

Diretor Executivo e Representante legal

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS

CNPJ 24.006.302/0004-88

BRyTecnologia

002727

Protocolo de assinaturas

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

Código de verificação:
d6b27e93-0eed-4fb4-921f-b3db87cc8c8a

CHAVE:
31FD684771839AB04E14673DDE1580AF6437045CB2C9453C323A10A3767B54C0

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

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

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 22/12/2023 11:06 (UTC).

Nome do documento: PlanodeTrabalhoAlmiranteTamandareFINALENVIARPARAASSINATURA.pdf
Algoritmo: SHA256
Hash: 5AF14F21E920DC8D6326D67D501B4FB353B42C4FBB1E653598C70B26F3E469F1
Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

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

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 22/12/2023 11:06 (UTC).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 22/12/2023 11:04 (UTC).
- **Certificado:**
  - **Tipo do certificado:** T3
  - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
  - **Validade:** 24/02/2023 08:26 (UTC) - 23/02/2028 08:26 (UTC)
- **Situação:**
  - Assinatura íntegra
  - Certificado válido
  - Identidade reconhecida
  - Assinatura Eletrônica Qualificada
  - A assinatura esta de acordo com a sua política
  - Carimbo válido

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 22/12/2023 11:04 (UTC).

- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
  - **IP:** 177.174.240.210
  - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
  - **Geolocalização:** -27.63184153529863, -48.65138174395118

002728

IDEAS

PROPOSTA FINANCEIRA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h
DE ALMIRANTE TAMANDARÉ/PR

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023

Florianópolis, 2023.

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

PROPOSTA FINANCEIRA

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023

OBJETO: Contratação de organização social, devidamente qualificada pelo município de Almirante Tamandaré-PR, com comprovada experiência na área da saúde, interessadas em celebrar Contrato de Gestão, pelo período de 12 (doze) meses, com o município de Almirante Tamandaré-PR, visando à gestão da **Unidade de Pronto Atendimento 24 horas**, de acordo com o detalhamento e as especificações prevista no Anexo I – Termo de Referência.

O valor global para o custeio e investimento no período de 12 (doze) meses é de **R$ 23.880.000,00** (vinte e três milhões oitocentos e oitenta mil reais). Sendo, o valor mensal de **R$ 1.990.000,00** (um milhão novecentos e noventa mil reais).

Fica estabelecida a validade da proposta por 90 (noventa) dias, contados a partir da data do seu recebimento pela Comissão.

Florianópolis/SC, 20 de dezembro de 2023.

Assinatura Eletrônica
20/12/2023 23:38 UTC
Sandro N. Demetrio
003.***.***-73
Sandro Natalino Demetrio

Sandro Natalino Demetrio
Diretor Executivo
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde
CNPJ 24.006.302/0004-88

IDEAS

Anexo I
PLANILHA DE DESPESAS DE CUSTEIO E INVESTIMENTO

CUSTEIO	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Total
1 - Pessoal e Reflexo													
Salários	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	396.126,27	4.753.515,24
Encargos Sociais	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	31.690,14	380.281,68
Provisionamento (13º + Férias)	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	83.185,84	998.230,08
Provisionamento (Rescisões)	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	58.986,90	707.842,80
Benefícios	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	110.760,00	1.329.120,00
Dissídio	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	32.655,18	391.862,16
Outros (Custo do Profissional Ausente)	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	23.744,80	284.937,60
Subtotal	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**737.149,13**	**8.845.789,56**
2 - Materiais de Consumo													
Materiais Médico-Hospitalares	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	960.000,00
Medicamentos	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	92.798,53	1.113.582,32
Combustíveis, Lubrificantes e GLP	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	30.000,00
Gases medicinais	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	144.000,00
Materiais de Escritório	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	42.000,00
Materiais de Higienização/Limpeza	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	96.000,00
Suprimentos de Informática	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	18.000,00
Subtotal	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**200.298,53**	**2.403.582,32**
3 - Serviços de Terceiros													
Alimentação de Pacientes	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

CUSTEIO	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Total
Coleta de Resíduos Hospitalares	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	6.960,00	83.520,00
Dedetização, Desratização e Limpeza da Caixa d'Água	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	12.000,00
Esterilização	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	54.000,00
Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	540.000,00
Análises Clínicas e Exames Diagnósticos	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	15.150,00	181.800,00
Lavanderia (incluso fornecimento de enxoval)	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00	187.200,00
Limpeza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Locação de Equipamentos	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	84.000,00
Manutenção Preventiva e Corretiva Predial	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	96.000,00
Manutenção Preditiva e Corretiva de Equipamentos Médico-Hospitalares	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	18.100,00	217.200,00
Manutenção Preditiva e Corretiva de Ar Condicionado	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	3.177,00	38.124,00
Manutenção Preditiva e Corretiva de Grupo Gerador	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	18.000,00
Serviços de Videomonitoramento	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	36.000,00
Vigilância e Controlador de Acesso	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	1.080.000,00
Serviços Médicos	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	662.500,00	7.950.000,00
Água	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	66.000,00
Energia Elétrica	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	240.000,00
Serviço de Telefonia e Internet	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	12.000,00
Subtotal	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**917.987,00**	**11.015.844,00**
4 - Despesas Gerenciais													

IDEAS

CUSTEIO	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Total
Custo Operacional	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	78.765,34	945.184,12
Gestão Administrativa	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	17.800,00	213.600,00
Tecnologia da Informação	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	156.000,00
Subtotal	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**109.565,34**	**1.314.784,12**
5 - Total de Custeio (1+2+3+4)	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	1.965.000,00	23.580.000,00
INVESTIMENTOS	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Total
Mobiliário	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
Renovação do Parque Tecnológico	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
Reformas e Adequações	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
6 - Total de Investimentos	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**25.000,00**	**300.000,00**
TOTAL GERAL (5 + 6)	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	1.990.000,00	23.880.000,00

002430

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

Descrição	Valor
Custeio	
1- Pessoal e reflexo	737.149,13
2- Material de consumo	200.298,53
3- Serviço de terceiros	917.987,00
4- Despesas gerenciais	109.565,34
5- Total de custeio (1+2+3+4)	**1.965.000,00**
Investimentos	
Mobiliário	5.000,00
Renovação do Parque Tecnológico	10.000,00
Reformas e Adequações	10.000,00
6- Total de Investimentos	**25.000,00**
Total Geral	**1.990.000,00**

D3196%

CUSTO OPERACIONAL				
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**%**	**VALOR MENSAL**	**VALOR ANUAL**
1	Assessoria Contábil	4,44%	3.500,00	42.000,00
2	Assessoria Jurídica	6,35%	5.000,00	60.000,00
3	Custos com uniformes/crachás/EPI	6,01%	4.734,34	56.812,12
4	Serviços de Suporte Assistencial e Medicina do Trabalho	3,79%	2.982,00	35.784,00
5	Serviço de Educação Continuada	12,70%	10.000,00	120.000,00
6	Serviço de Controle de Qualidade Assistencial	7,74%	6.100,00	73.200,00
7	Serviços Software de RH (Suporte Técnico e integração do sistema interno Sênior/Somos)	1,71%	1.349,00	16.188,00
8	Serviços de Controladoria e Prestação de Contas	5,71%	4.500,00	54.000,00
9	Serviços de Gestão Financeira e Orçamentária	5,71%	4.500,00	54.000,00
10	Serviços de Suprimentos e Contratações	4,44%	3.500,00	42.000,00
11	Serviços de Apoio e Gestão	34,15%	26.900,00	322.800,00
12	Serviços de Recursos Humanos	7,24%	5.700,00	68.400,00
		TOTAL (R$)	**78.765,34**	**876.784,12**

IDEAS

Anexo II

MAPA DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Atividade	Horário	Qtde	Módulo 1 - Composição da Remuneração	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente	Módulo 5 - Insumos Diversos	Módulo 6 - Custos Indiretos e Tributos	Custo do Profissional	Custo Mensal Total
Apoio e Recepção										
Assistente Técnico Administrativo Diurno	Diurno - 36h semanais	2	2.869,26	1.612,09	427,25	408,70	33,35	-	5.350,65	10.701,30
Assistente Técnico Administrativo Noturno	Noturno - 36h semanais	2	3.451,03	1.780,80	513,88	491,56	33,34	-	6.270,62	12.541,24
Auxiliar de Farmácia Diurno	Diurno - 36h semanais	2	2.039,60	1.371,48	303,71	290,53	33,34	-	4.038,67	8.077,34
Auxiliar de Farmácia Noturno	Noturno - 36h semanais	2	2.434,70	1.486,06	362,54	346,79	33,34	-	4.663,44	9.326,88
Auxiliar de Farmácia Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	1	2.039,60	1.371,48	303,71	290,53	33,34	-	4.038,67	4.038,67
Auxiliar de Farmácia Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	1	2.434,70	1.486,06	362,54	346,79	33,34	-	4.663,44	4.663,44
Zelador Diurno	Diurno - 36h semanais	10	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	40.149,61
Zelador Noturno	Noturno - 36h semanais	5	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	23.171,96
Zelador Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	2	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	8.029,92
Zelador Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	2	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	9.268,79
Auxiliar de Escritório Diurno	Diurno - 36h semanais	4	2.044,31	1.372,85	304,41	291,18	33,34	-	4.046,10	16.184,39
Auxiliar de Escritório Noturno	Noturno - 36h semanais	2	2.440,47	1.487,74	363,40	347,60	33,34	-	4.672,56	9.345,11
Auxiliar de Escritório Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	1	2.044,31	1.372,85	304,41	291,18	33,34	-	4.046,10	4.046,10
Auxiliar de Escritório Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	1	2.440,47	1.487,74	363,40	347,60	33,34	-	4.672,56	4.672,56
Copeira Diurno	Diurno - 36h semanais	2	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	8.029,92
Copeira Noturno	Noturno - 36h semanais	2	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	9.268,79
Copeira Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	1	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	4.014,96
Copeira Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	1	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	4.634,39
Porteiro Diurno	Diurno - 36h semanais	2	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	8.029,92
Porteiro Noturno	Noturno - 36h semanais	2	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	9.268,79
Porteiro Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	1	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	4.014,96
Porteiro Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	1	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	4.634,39
Encarregado de Limpeza e Manutenção Diurno	Diurno - 36h semanais	2	2.133,60	1.398,74	317,71	303,90	33,34	-	4.187,29	8.374,59
Encarregado de Limpeza e Manutenção Noturno	Noturno - 36h semanais	2	2.549,85	1.519,46	379,69	363,19	33,34	-	4.845,53	9.691,06
Encarregado de Portaria e Recepção Diurno	Diurno - 36h semanais	2	2.133,60	1.398,74	317,71	303,90	33,34	-	4.187,29	8.374,59
Encarregado de Portaria e Recepção Noturno	Noturno - 36h semanais	2	2.549,85	1.519,46	379,69	363,19	33,34	-	4.845,53	9.691,06
Recepcionista Diurno	Diurno - 36h semanais	6	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	24.089,76
Recepcionista Noturno	Noturno - 36h semanais	4	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	18.537,57
Recepcionista Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	1	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	4.014,96
Recepcionista Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	1	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	4.634,39
Técnico de Informática Junior	Diurno - 40h semanais	1	2.272,65	1.439,07	338,41	323,71	33,34	-	4.407,19	4.407,19
									Estimativa Mensal	**307.928,61**

0027311

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

MAPA DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Atividade	Horário	Qtde	Módulo 1 - Composição da Remuneração	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente	Módulo 5 - Insumos Diversos	Módulo 6 - Custos Indiretos e Tributos	Custo do Profissional	Custo Mensal Total
Gerência e Nível Superior										
Farmacêutico	Diurno - 40h semanais	1	4.483,60	2.080,24	667,64	614,45	33,34	-	7.879,27	7.879,27
Gerente de Enfermagem	Diurno - 40h semanais	1	6.683,60	2.718,24	995,24	952,00	33,34	-	11.382,43	11.382,43
Nutricionista	Diurno - 40h semanais	1	3.369,29	1.757,09	501,71	479,89	33,34	-	6.141,33	6.141,33
Assistente Social	Diurno - 30h semanais	2	3.707,60	1.855,20	552,09	528,12	33,34	-	6.676,36	13.352,72
									Estimativa Mensal	**38.755,75**
Enfermagem										
Enfermeiro Diurno	Diurno - 36h semanais	6	4.169,96	1.989,29	620,94	593,98	33,34	-	7.407,51	44.445,05
Enfermeiro Noturno	Noturno - 36h semanais	4	4.752,91	2.158,34	707,74	677,01	33,34	-	8.329,35	33.317,40
Enfermeiro Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	1	4.169,96	1.989,29	620,94	593,98	33,34	-	7.407,51	7.407,51
Enfermeiro Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	1	4.752,91	2.158,34	707,74	677,01	33,34	-	8.329,35	8.329,35
Técnico de Enfermagem Diurno	Diurno - 36h semanais	20	3.004,05	1.651,17	447,33	427,89	33,34	-	5.563,79	111.275,76
Técnico de Enfermagem Noturno	Noturno - 36h semanais	12	3.412,12	1.769,51	508,09	486,00	33,34	-	6.209,07	74.508,82
Técnico de Enfermagem Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	2	3.004,05	1.651,17	447,33	427,89	33,34	-	5.563,79	11.127,58
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	2	3.412,12	1.769,51	508,09	486,00	33,34	-	6.209,07	12.418,14
									Estimativa Mensal	**302.829,61**
Apoio Técnico										
Recepcionista Diurno	Diurno - 36h semanais	3	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	12.044,88
Recepcionista Noturno	Noturno - 36h semanais	3	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	13.903,18
Recepcionista Diurno Folguista	Diurno folguista - 36h semanais	1	2.024,60	1.367,13	301,48	288,41	33,34	-	4.014,96	4.014,96
Recepcionista Noturno Folguista	Noturno folguista - 36h semanais	1	2.416,33	1.480,74	359,81	344,17	33,34	-	4.634,39	4.634,39
Motorista Diurno	Diurno - 36h semanais	4	2.464,81	1.494,79	367,03	351,08	33,34	-	4.711,06	18.844,22
Motorista Noturno	Noturno - 36h semanais	2	2.955,58	1.637,12	440,11	420,99	33,34	-	5.487,14	10.974,28
Motorista Folguista	Folguista - 36h semanais	1	2.464,81	1.494,79	367,03	351,08	33,34	-	4.711,06	4.711,06
Assistente Técnico Administrativo Diurno	Diurno - 36h semanais	2	2.869,26	1.612,09	427,25	408,70	33,35	-	5.350,65	10.701,30
Assistente Técnico Administrativo Noturno	Noturno - 36h semanais	2	3.451,03	1.780,80	513,88	491,56	33,34	-	6.270,62	12.541,24
									Estimativa Mensal	**92.369,51**
									Valor Mensal Total	**741.883,47**

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Assistente Técnico Administrativo - Diurno 36h Semanais

Módulo 1 – Composição da Remuneração

1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	2.585,66
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	2.869,26

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários

Submódulo 2.1 – 13° (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)

2.1	13° (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13° (décimo terceiro) Salário	239,11
B	Férias	239,11
C	Adicional de Férias	79,70
	Total	557,91

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.

2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	274,17
	Total	36,80%	274,17

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários

A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	780,00

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários

2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13° (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	557,91
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	274,17
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	1.612,09

Módulo 3 – Provisão para Recisão

3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	109,67
B	Aviso Prévio Indenizado	285,60
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	22,85
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	9,14
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	427,25
	Total	

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente

Submódulo 4.1 – Ausências Legais

4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	81,80
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	81,73
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	81,73
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	81,73
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	81,73
F	Outros (especificar)	408,70
	Total	

Módulo 5 – Insumos Diversos

5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,35
	Total	33,35

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro

6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.869,26
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.612,09
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	427,25
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	408,70
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,35
	Subtotal (A+B+C+D+E)	5.350,65
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	5.350,65

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Assistente Técnico Administrativo - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	2.585,66
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	581,77
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**3.451,03**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	287,59
B	Férias e Adicional de Férias	287,59
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	95,86
	Total	**671,03**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	329,77
	Total	**36,80%**	**329,77**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	671,03
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	329,77
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.780,80**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	131,91
B	Aviso Prévio Indenizado	343,51
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	27,48
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	10,99
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**513,88**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	98,38
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	98,30
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	98,30
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	98,30
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	98,30
F	Outros (especificar)	-
	Total	**491,56**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

Item	**Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)**	**Valor (R$)**
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	3.451,03
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.780,80
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	513,88
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	491,56
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**6.270,62**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**6.270,62**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Auxiliar de Farmácia - Diurno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.756,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.039,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	169,97
B	Férias	169,97
C	Adicional de Férias	56,66
	Total	**396,59**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	194,90
	Total	**36,80%**	**194,90**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	396,59
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	194,90
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.371,48**

Módulo 3 – Provisão para Rescisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	77,96
B	Aviso Prévio Indenizado	203,02
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	16,24
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	6,50
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**303,71**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	58,15
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	58,09
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	58,09
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	58,09
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	58,09
F	Outros (especificar)	
	Total	**290,53**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.039,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.371,48
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	303,71
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	290,53
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.038,67**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.038,67**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Auxiliar de Farmácia - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.756,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	395,10
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**2.434,70**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	202,89
B	Férias e Adicional de Férias	202,89
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	67,63
	Total	**473,41**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	232,65
	Total	**36,80%**	**232,65**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	473,41
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	232,65
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.486,06**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	93,06
B	Aviso Prévio Indenizado	242,34
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	19,39
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	7,75
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**362,54**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	69,40
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	69,35
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	69,35
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	69,35
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	69,35
F	Outros (especificar)	
	Total	**346,79**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.434,70
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.486,06
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	362,54
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	346,79
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.663,44**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.663,44**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Zelador - Diurno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.741,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.024,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	168,72
B	Férias	168,72
C	Adicional de Férias	56,24
	Total	**393,67**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	193,46
	Total	**36,80%**	**193,46**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2,1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	393,67
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	193,46
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.367,13**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	77,38
B	Aviso Prévio Indenizado	201,52
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	16,12
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	6,45
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**301,48**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	57,74
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	57,67
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	57,67
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	57,67
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	57,67
F	Outros (especificar)	
	Total	**288,41**
Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.024,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.367,13
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	301,48
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	288,41
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.014,96**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.014,96**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Zelador - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	1.741,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	391,73
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	2.416,33

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	201,36
B	Férias e Adicional de Férias	201,36
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	67,12
	Total	469,84

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	230,89
	Total	36,80%	230,89

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	780,00

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	469,84
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	230,89
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	1.480,74

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	92,36
B	Aviso Prévio Indenizado	240,51
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	19,24
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	7,70
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	359,81

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	68,87
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	68,82
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	68,82
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	68,82
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	68,82
F	Outros (especificar)	
	Total	344,17
Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	33,34

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.416,33
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.480,74
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	359,81
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	344,17
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	4.634,39
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	4.634,39

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Auxiliar de Escritório - Diurno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.760,71
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.044,31**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	170,36
B	Férias	170,36
C	Adicional de Férias	56,79
	Total	**397,50**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	195,35
	Total	**36,80%**	**195,35**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	397,50
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	195,35
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.372,85**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	78,14
B	Aviso Prévio Indenizado	203,48
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	16,28
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	6,51
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**304,41**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	58,27
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	58,23
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	58,23
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	58,23
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	58,23
F	Outros (especificar)	
	Total	**291,18**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.044,31
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.372,85
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	304,41
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	291,18
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.046,10**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.046,10**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Auxiliar de Escritório - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.760,71
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	396,16
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**2.440,47**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	203,37
B	Férias e Adicional de Férias	203,37
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	67,79
	Total	**474,54**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	233,20
	Total	**36,80%**	**233,20**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	474,54
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	233,20
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.487,74**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	93,28
B	Aviso Prévio Indenizado	242,92
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	19,43
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	7,77
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**363,40**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	69,55
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	69,51
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	69,51
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	69,51
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	69,51
F	Outros (especificar)	
	Total	**347,60**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.440,47
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.487,74
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	363,40
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	347,60
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.672,56**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.672,56**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Copeiro - Diurno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.741,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.024,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	168,72
B	Férias	168,72
C	Adicional de Férias	56,24
	Total	**393,67**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	193,46
	Total	**36,80%**	**193,46**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	393,67
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	193,46
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.367,13**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	77,38
B	Aviso Prévio Indenizado	201,52
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	16,12
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	6,45
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**301,48**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	57,74
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	57,67
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	57,67
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	57,67
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	57,67
F	Outros (especificar)	
	Total	**288,41**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.024,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.367,13
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	301,48
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	288,41
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.014,96**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.014,96**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Copeiro - Noturno 36h Semanais

Módulo 1 – Composição da Remuneração

1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	1.741,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	391,73
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**2.416,33**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários

Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)

2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	201,36
B	Férias e Adicional de Férias	201,36
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	67,12
	Total	**469,84**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.

2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	230,89
	Total	**36,80%**	**230,89**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários

A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários

2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	469,84
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	230,89
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.480,74**

Módulo 3 – Provisão para Recisão

3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	92,36
B	Aviso Prévio Indenizado	240,51
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	19,24
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	7,70
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**359,81**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente

Submódulo 4.1 – Ausências Legais

4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	68,87
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	68,82
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	68,82
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	68,82
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	68,82
F	Outros (especificar)	
	Total	**344,17**

Módulo 5 – Insumos Diversos

5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro

6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.416,33
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.480,74
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	359,81
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	344,17
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.634,39**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.634,39**

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Porteiro - Diurno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.741,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.024,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	168,72
B	Férias	168,72
C	Adicional de Férias	56,24
	Total	**393,67**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	193,46
	Total	**36,80%**	**193,46**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	393,67
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	193,46
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.367,13**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	77,38
B	Aviso Prévio Indenizado	201,52
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	16,12
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	6,45
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**301,48**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	57,74
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	57,67
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	57,67
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	57,67
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	57,67
F	Outros (especificar)	
	Total	**288,41**
Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
		Total	-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.024,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.367,13
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	301,48
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	288,41
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.014,96**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.014,96**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Porteiro - Noturno 36h Semanais

Módulo 1 – Composição da Remuneração

1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	1.741,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	391,73
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**2.416,33**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários

Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)

2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	201,36
B	Férias e Adicional de Férias	201,36
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	67,12
	Total	**469,84**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.

2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	230,89
	Total	**36,80%**	**230,89**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários

A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários

2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	469,84
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	230,89
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.480,74**

Módulo 3 – Provisão para Recisão

3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	92,36
B	Aviso Prévio Indenizado	240,51
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	19,24
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	7,70
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**359,81**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente

Submódulo 4.1 – Ausências Legais

4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	68,87
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	68,82
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	68,82
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	68,82
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	68,82
F	Outros (especificar)	
	Total	**344,17**

Módulo 5 – Insumos Diversos

5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro

6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.416,33
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.480,74
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	359,81
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	344,17
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.634,39**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.634,39**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

002738

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Encarregado de Limpeza e Manutenção - Diurno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	1.850,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	2.133,60

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	177,80
B	Férias	177,80
C	Adicional de Férias	59,27
	Total	414,87

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	203,88
	Total	36,80%	203,88

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	780,00

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	414,87
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	203,88
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	1.398,74

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	Provisão para Recisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	81,55
B	Aviso Prévio Indenizado	212,37
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	16,99
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	6,80
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	317,71

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	60,81
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	60,77
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	60,77
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	60,77
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	60,77
F	Outros (especificar)	
	Total	303,90

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	33,34

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.133,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.398,74
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	317,71
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	303,90
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	4.187,29
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	4.187,29

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Encarregado de Limpeza e Manutenção - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.850,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	416,25
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**2.549,85**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	212,49
B	Férias e Adicional de Férias	212,49
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	70,83
	Total	**495,80**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	243,65
	Total	**36,80%**	**243,65**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	495,80
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	243,65
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.519,46**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	97,46
B	Aviso Prévio Indenizado	253,80
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	20,30
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	8,12
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**379,69**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	72,68
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	72,63
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	72,63
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	72,63
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	72,63
F	Outros (especificar)	
	Total	**363,19**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.549,85
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.519,46
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	379,69
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	363,19
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.845,53**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.845,53**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Encarregado de Portaria e Recepção - Diurno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.850,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.133,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	177,80
B	Férias	177,80
C	Adicional de Férias	59,27
	Total	**414,87**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	203,88
	Total	**36,80%**	**203,88**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	414,87
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	203,88
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.398,74**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	81,55
B	Aviso Prévio Indenizado	212,37
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	16,99
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	6,80
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**317,71**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	60,81
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	60,77
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	60,77
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	60,77
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	60,77
F	Outros (especificar)	
	Total	**303,90**
Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
		Total	-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.133,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.398,74
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	317,71
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	303,90
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.187,29**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.187,29**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Encarregado de Portaria e Recepção - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.850,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	416,25
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**2.549,85**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	212,49
B	Férias e Adicional de Férias	212,49
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	70,83
	Total	**495,80**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	243,65
	Total	**36,80%**	**243,65**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	495,80
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	243,65
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.519,46**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	97,46
B	Aviso Prévio Indenizado	253,80
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	20,30
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	8,12
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**379,69**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	72,68
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	72,63
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	72,63
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	72,63
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	72,63
F	Outros (especificar)	
	Total	**363,19**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.549,85
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.519,46
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	379,69
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	363,19
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.845,53**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.845,53**

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Recepcionista - Diurno 36h Semanais

Módulo 1 – Composição da Remuneração

1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	1.741,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.024,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários

Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)

2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	168,72
B	Férias	168,72
C	Adicional de Férias	56,24
	Total	**393,67**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.

2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	193,46
	Total	**36,80%**	**193,46**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários

A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários

2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	393,67
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	193,46
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.367,13**

Módulo 3 – Provisão para Recisão

3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	77,38
B	Aviso Prévio Indenizado	201,52
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	16,12
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	6,45
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**301,48**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente

Submódulo 4.1 – Ausências Legais

4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	57,74
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	57,67
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	57,67
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	57,67
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	57,67
F	Outros (especificar)	
	Total	**288,41**

Módulo 5 – Insumos Diversos

5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro

6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.024,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.367,13
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	301,48
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	288,41
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.014,96**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.014,96**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Recepcionista - Noturno 36h Semanais

Módulo 1 – Composição da Remuneração

1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	1.741,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	391,73
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**2.416,33**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários

Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)

2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	201,36
B	Férias e Adicional de Férias	201,36
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	67,12
	Total	**469,84**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.

2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	230,89
	Total	**36,80%**	**230,89**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários

A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários

2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	469,84
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	230,89
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.480,74**

Módulo 3 – Provisão para Recisão

3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	92,36
B	Aviso Prévio Indenizado	240,51
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	19,24
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	7,70
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**359,81**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente

Submódulo 4.1 – Ausências Legais

4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	68,87
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	68,82
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	68,82
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	68,82
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	68,82
F	Outros (especificar)	
	Total	**344,17**

Módulo 5 – Insumos Diversos

5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro

6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.416,33
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.480,74
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	359,81
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	344,17
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.634,39**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.634,39**

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Técnico de Informática Júnior - Diurno 40h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	1.989,05
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.272,65**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	189,39
B	Férias	189,39
C	Adicional de Férias	63,13
	Total	**441,90**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	217,16
	Total	**36,80%**	**217,16**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
2.3	**Benefícios Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	441,90
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	217,16
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.439,07**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	86,87
B	Aviso Prévio Indenizado	226,21
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	18,10
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	7,24
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**338,41**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	64,78
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	64,73
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	64,73
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	64,73
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	64,73
F	Outros (especificar)	
	Total	**323,71**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

QUADRO-RESUMO DO CUSTO POR EMPREGADO		
Item	**Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)**	**Valor (R$)**
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.272,65
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.439,07
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	338,41
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	323,71
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.407,19**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.407,19**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Farmacêutico - Diurno 40h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	3.818,18
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Gratificação de Responsabilidade Técnica	381,82
	Total	**4.483,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	373,63
B	Férias	373,63
C	Adicional de Férias	124,54
	Total	**871,81**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciários (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	428,43
	Total	**36,80%**	**428,43**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
2.3	**Benefícios Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	871,81
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	428,43
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**2.080,24**

Módulo 3 – Provisão para Rescisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	171,37
B	Aviso Prévio Indenizado	446,28
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	35,70
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	14,28
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**667,64**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	123,98
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	122,62
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	122,62
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	122,62
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	122,62
F	Outros (especificar)	
	Total	**614,45**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

QUADRO-RESUMO DO CUSTO POR EMPREGADO		
Item	**Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)**	**Valor (R$)**
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	4.483,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	2.080,24
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	667,64
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	614,45
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**7.879,27**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**7.879,27**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Gerente de Enfermagem - Diurno 40h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	6.400,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**6.683,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	556,97
B	Férias	556,97
C	Adicional de Férias	185,66
	Total	**1.299,59**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	638,66
	Total	**36,80%**	**638,66**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
2.3	**Benefícios Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	1.299,59
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	638,66
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**2.718,24**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	255,46
B	Aviso Prévio Indenizado	665,27
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	53,22
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	21,29
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**995,24**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	190,52
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	190,37
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	190,37
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	190,37
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	190,37
F	Outros (especificar)	
	Total	**952,00**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

QUADRO-RESUMO DO CUSTO POR EMPREGADO		
Item	**Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)**	**Valor (R$)**
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	6.683,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	2.718,24
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	995,24
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	952,00
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**11.382,43**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**11.382,43**

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Assistente Social - Diurno 30h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	3.424,00
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**3.707,60**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13° (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13° (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13° (décimo terceiro) Salário	308,97
B	Férias	308,97
C	Adicional de Férias	102,99
	Total	**720,92**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	354,28
	Total	**36,80%**	**354,28**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
2.3	**Benefícios Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13° (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	720,92
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	354,28
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.855,20**

Módulo 3 – Provisão para Rescisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	141,71
B	Aviso Prévio Indenizado	369,04
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	29,52
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	11,81
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**552,09**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	105,70
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	105,60
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	105,60
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	105,60
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	105,60
F	Outros (especificar)	
	Total	**528,12**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

QUADRO-RESUMO DO CUSTO POR EMPREGADO		
Item	**Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)**	**Valor (R$)**
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	3.707,60
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.855,20
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	552,09
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	528,12
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**6.676,36**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**6.676,36**

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Nutricionista - Diurno 40h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	3.085,69
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	3.369,29

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	280,77
B	Férias	280,77
C	Adicional de Férias	93,59
	Total	655,14

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	321,95
	Total	36,80%	321,95

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
2.3	Benefícios Mensais e Diários	Valor (R$)
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	780,00

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	655,14
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	321,95
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	1.757,09

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	128,78
B	Aviso Prévio Indenizado	335,37
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	26,83
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	10,73
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	501,71

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	96,02
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	95,97
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	95,97
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	95,97
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	95,97
F	Outros (especificar)	
	Total	479,89

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	33,34

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

QUADRO-RESUMO DO CUSTO POR EMPREGADO		
Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	3.369,29
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.757,09
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	501,71
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	479,89
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	6.141,33
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	6.141,33

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Enfermeiro - Diurno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	3.886,36
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**4.169,96**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	347,50
B	Férias	347,50
C	Adicional de Férias	115,83
	Total	**810,83**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciários (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	398,46
	Total	**36,80%**	**398,46**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	810,83
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	398,46
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.989,29**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	159,39
B	Aviso Prévio Indenizado	415,07
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	33,21
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	13,28
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**620,94**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	118,88
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	118,77
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	118,77
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	118,77
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	118,77
F	Outros (especificar)	
	Total	**593,98**
Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	4.169,96
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.989,29
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	620,94
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	593,98
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**7.407,51**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**7.407,51**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Enfermeiro - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	3.886,36
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	582,95
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**4.752,91**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	396,08
B	Férias e Adicional de Férias	396,08
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	132,03
	Total	**924,18**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	454,17
	Total	**36,80%**	**454,17**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	924,18
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	454,17
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**2.158,34**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	181,67
B	Aviso Prévio Indenizado	473,09
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	37,85
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	15,14
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**707,74**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	135,50
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	135,38
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	135,38
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	135,38
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	135,38
F	Outros (especificar)	
	Total	**677,01**
Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	4.752,91
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	2.158,34
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	707,74
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	677,01
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**8.329,35**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**8.329,35**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Técnico de Enfermagem - Diurno 36h Semanais

Módulo 1 – Composição da Remuneração

1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	2.720,45
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**3.004,05**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários

Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)

2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	250,34
B	Férias	250,34
C	Adicional de Férias	83,45
	Total	**584,12**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.

2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	287,05
	Total	**36,80%**	**287,05**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários

A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários

2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	584,12
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	287,05
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.651,17**

Módulo 3 – Provisão para Recisão

3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	114,82
B	Aviso Prévio Indenizado	299,01
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	23,92
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	9,57
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**447,33**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente

Submódulo 4.1 – Ausências Legais

4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	85,63
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	85,56
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	85,56
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	85,56
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	85,56
F	Outros (especificar)	
	Total	**427,89**

Módulo 5 – Insumos Diversos

5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro

6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		**-**

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	3.004,05
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.651,17
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	447,33
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	427,89
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**5.563,79**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**5.563,79**

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Técnico de Enfermagem - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	2.720,45
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	408,07
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**3.412,12**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13° (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13° (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13° (décimo terceiro) Salário	284,34
B	Férias e Adicional de Férias	284,34
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	94,78
	Total	**663,47**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	326,05
	Total	**36,80%**	**326,05**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13° (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	663,47
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	326,05
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.769,51**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	130,42
B	Aviso Prévio Indenizado	339,63
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	27,17
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	10,87
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**508,09**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	97,25
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	97,19
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	97,19
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	97,19
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	97,19
F	Outros (especificar)	
	Total	**486,00**

Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	3.412,12
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.769,51
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	508,09
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	486,00
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**6.209,07**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**6.209,07**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

Motorista - Diurno 36h Semanais

Módulo 1 – Composição da Remuneração

1	Composição da Remuneração	Valor (R$)
A	Salário-Base	2.181,21
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	-
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	-
	Total	**2.464,81**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários

Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)

2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	Valor (R$)
A	13º (décimo terceiro) Salário	205,40
B	Férias	205,40
C	Adicional de Férias	68,47
	Total	**479,27**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras construibuições.

2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	Percentual (%)	Valor (R$)
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	235,53
	Total	**36,80%**	**235,53**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários

A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários

2	Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	Valor (R$)
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	479,27
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	235,53
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.494,79**

Módulo 3 – Provisão para Recisão

3	Provisão para Rescisão	Valor (R$)
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	94,21
B	Aviso Prévio Indenizado	245,34
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	19,63
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	7,85
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**367,03**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente

Submódulo 4.1 – Ausências Legais

4.1	Ausências Legais	Valor (R$)
A	Substituto na cobertura de Férias	70,26
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	70,21
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	70,21
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	70,21
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	70,21
F	Outros (especificar)	
	Total	**351,08**

Módulo 5 – Insumos Diversos

5	Insumos Diversos	Valor (R$)
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro

6	Custos Indiretos, Tributos e Lucro	Percentual (%)	Valor (R$)
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.464,81
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.494,79
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	367,03
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	351,08
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**4.711,06**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**4.711,06**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

IDEAS

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS		
Motorista - Noturno 36h Semanais		
Módulo 1 – Composição da Remuneração		
1	**Composição da Remuneração**	**Valor (R$)**
A	Salário-Base	2.181,21
B	Adicional de Insalubridade	283,60
C	Adicional Noturno	490,77
D	Adicional de Hora Noturna Reduzida	
	Total	**2.955,58**

Módulo 2 – Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários		
Submódulo 2.1 – 13º (décimo terceiro salário, férias e adicional de férias)		
2.1	**13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias**	**Valor (R$)**
A	13º (décimo terceiro) Salário	246,30
B	Férias e Adicional de Férias	246,30
C	Incidência de Encargos sobre Férias e Adicional de Férias	82,10
	Total	**574,70**

Submódulo 2.2 – Encargos Previdenciarios (GPS), (FGTS) e outras contribuições.			
2.2	**GPS, FGTS e outras contribuições**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	GPS	27,80%	-
B	FGTS	8,00%	282,42
	Total	**36,80%**	**282,42**

Submódulo 2.3 – Benefícios Mensais e Diários		
A	Transporte	110,00
B	Auxílio-Refeição/Alimentação	670,00
	Total	**780,00**

Quadro – Resumo do Módulo 2 – Encargos e benefícios anuais, mensais e diários		
2	**Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários**	**Valor (R$)**
2.1	13º (décimo terceiro) Salário, Férias e Adicional de Férias	574,70
2.2	GPS, FGTS e outras contribuições	282,42
2.3	Benefícios Mensais e Diários	780,00
	Total	**1.637,12**

Módulo 3 – Provisão para Recisão		
3	**Provisão para Rescisão**	**Valor (R$)**
A	Multa (40%) sobre FGTS do mês, Rescisão sem justa causa	112,97
B	Aviso Prévio Indenizado	294,19
C	Incidência do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	23,54
D	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Indenizado	9,41
E	Aviso Prévio Trabalhado	-
F	Incidência dos encargos sobre o Aviso Prévio Trabalhado - INSS e FGTS	-
G	Multa do FGTS sobre o Aviso Prévio Trabalhado	-
	Total	**440,11**

Módulo 4 – Custo de Reposição do Profissional Ausente		
Submódulo 4.1 – Ausências Legais		
4.1	**Ausências Legais**	**Valor (R$)**
A	Substituto na cobertura de Férias	84,25
B	Substituto na cobertura de Ausências Legais	84,18
C	Substituto na cobertura de Licença-paternidade	84,18
D	Substituto na cobertura de Ausência por acidente de trabalho	84,18
E	Substituto na cobertura de Afastamento Maternidade	84,18
F	Outros (especificar)	
	Total	**420,99**
Módulo 5 – Insumos Diversos		
5	**Insumos Diversos**	**Valor (R$)**
A	Uniformes	33,34
	Total	**33,34**

Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro			
6	**Custos Indiretos, Tributos e Lucro**	**Percentual (%)**	**Valor (R$)**
A	Tributos - PIS sobre Folha de Pagamento	1%	-
	Total		-

Item	Mão de obra vinculada à execução contratual (valor por empregado)	Valor (R$)
A	Módulo 1 - Composição da Remuneração	2.955,58
B	Módulo 2 - Encargos e Benefícios Anuais, Mensais e Diários	1.637,12
C	Módulo 3 - Provisão para Rescisão	440,11
D	Módulo 4 - Custo de Reposição do Profissional Ausente	420,99
E	Módulo 5 – Insumos Diversos	33,34
	Subtotal (A+B+C+D+E)	**5.487,14**
F	Módulo 6 – Custo Indiretos, tributos e Lucro	-
	Valor Total por Empregado:	**5.487,14**

28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

BRyTecnologia

Protocolo de assinaturas

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

Código de verificação:
bb4857bf-7809-46a2-be31-ab59af0c5dfa

CHAVE:
28424AF4460D79C863688AEA90FCCCA30CF93961596A4ED91DB7BEE5DFB4766E

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

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

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 20/12/2023 11:39 (UTC).

Nome do documento: 20231220_PropostaFinanceiraUPAAlmiranteTamandare.pdf
Algoritmo: SHA256
Hash: BD371B2D2A344DF6BA24873633DE7D61ED12670CC337DF5EC144060524E173DE
Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

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

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 20/12/2023 11:39 (UTC).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151

- **Data da assinatura:** 20/12/2023 11:38 (UTC).
- **Certificado:**
  - **Tipo do certificado:** T3
  - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151
  - **Validade:** 13/02/2023 07:01 (UTC) - 12/02/2028 07:01 (UTC)
- **Situação:**
  - Assinatura íntegra
  - Certificado válido
  - Identidade reconhecida
  - Assinatura Eletrônica Qualificada
  - A assinatura esta de acordo com a sua política
  - Carimbo válido

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 20/12/2023 11:38 (UTC).

- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
  - **IP:** 177.174.244.209
  - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
  - **Geolocalização:** -27.599985250094093, -48.59526560572586

002747