063077

CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023

CONTRATAÇÃO DE O.S

ENVELOPE II

VOL. XI

005078

CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023

INSTITUTO VIDA E SAÚDE

ENVELOPE II

PLANO OPERACIONAL

Proposta de Gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no Pronto Atendimento 24 horas do Município de Almirante Tamandaré, por meio da Comissão Especial de Chamamento Público designada pela Portaria Municipal nº 048, conforme EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 014/2023.

Dezembro
2023

1. INTRODUÇÃO 6

1.1 O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA 6

a) Apresentação do INVISA. 6

b) Responsável pela Administração dos Recursos Recebidos. 8

c) Experiências 9

d) Caracterização do Modelo Gerencial Proposto 15

2- ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE 18

2.1 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS. 18

a) 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. 18

b) Fluxo Operacional para Gestão de Material Médico Hospitalar e Medicamentos: Abordando o fluxo operacional relacionado ao gerenciamento de material médico hospitalar e medicamentos. 21

c) Fluxos para registros e documentação: Incluindo os procedimentos relacionados à circulação de registros e documentos. 80

d) Fluxo unidirecional para materiais esterilizados: descrevendo o fluxo unidirecional envolvendo materiais esterilizados. 89

e) Fluxo unidirecional para roupas: Abordando o movimento unidirecional de roupas dentro da instituição. 118

f) Fluxo unidirecional para resíduos de saúde: Descrevendo o fluxo unidirecional para a gestão de resíduos de saúde 142

2.2 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 174

a) Implantação de Logística de Suprimentos 174

b) Política de Recursos Humanos a ser implementada. 181

c) Proposta para Regimento Interno da unidade. 259

d) Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem 287

e) Proposta para Regimento do Corpo Clínico. 295

2.3 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 298

a) 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 se encontra no **ANEXO I.** 298

b) Apresentar Instrução / manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos 298

c) Apresentar Instrução / manual de gestão financeira 309
c.1) Manual Administrativo Financeiro 312
d) Apresentar Instrução / manual de rotinas administrativas para gestão de almoxarifado e patrimônio. 317
d.1) Almoxarifado 317
d.2) Manual do Almoxarifado 323
d.3) Setor de Patrimônio 328
d.4) Manual de Procedimentos de Bens Patrimoniais 331
e) Apresentar Proposta de Educação em Saúde/ Capacitação 338
3. – CRITÉRIO QUALIDADE **344**
3.1 QUALIDADE OBJETIVA **344**
a) Comissão de Ética Médica 344
i) Proposta de Constituição (membros, finalidade). 344
ii) Proposta de Regimento Interno 345
iii) Cronograma de Atividade Anual e Metas. 348
b) Comissão de Ética em Enfermagem 349
i) Proposta de Constituição (membros, finalidade). 349
ii) Proposta de Regimento Interno 349
iii) Cronograma de Atividade Anual e Metas. 356
c) Comissão de Farmácia e Terapêutica 357
i) Proposta de Constituição (membros, finalidade). 357
ii) Proposta de Regimento 357
iii) Cronograma Anual de Atividades e Metas. 359
3.2. QUALIDADE SUBJETIVA **360**
a) Acolhimento 360
i) Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio social aos usuários e familiares na Emergência conforme Classificação de Risco se encontram no **ANEXO II**. 361
ii) Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Pacientes em observação. 366
iii) Proposta para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco . 371
b) Atendimento. 373
i) 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. 373
ii) Proposta de fluxo para atendimento na Recepção de pacientes 374
iii) Ouvidoria 380

iv) Proposta de Pesquisa Periódica / Contínua de Satisfação do Usuário, com definição de uso das informações. 386

v) Proposta de Pesquisa Periódica / Contínua de Satisfação do Servidor, com definição de uso das informações. 389

vi) 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. 392

4. CAPACIDADE GERENCIAL 400

4.1 EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES 400

4.2 ESTRUTURA DA DIREÇÃO 401

a) Explicitação de Competências/atribuições bem definidas com apresentação em organograma do núcleo gestor. 401

b) 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. 402

4.3 IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR..... 403

a) Protocolos Assistenciais de Atenção Médica preferencialmente para: IAM, AVC, ARBOVIROSES e COVID19, Traumas (se encontram no **Anexo I**). Demonstrar de forma clara como a proponente operacionalizará/controlará os plantões médicos: escala de plantões e sobreavisos. 403

4.4 IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS 404

a) Apresentação do Funcionamento e Regimento do Serviço Social 404

b) 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. 436

c) 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. 437

d) Manual para Padronização de Medicamentos e materiais médico hospitalar, conforme REMUME se encontra no **Anexo III**. 445

e) Manual para a contratação dos serviços constantes no Termo de Referência 445

f) Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral como: manutenção predial e de equipamentos, alimentação, exames laboratoriais e de imagem, limpeza, segurança, etc. 476

4.5 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS 587

a) Apresentar projeto para definição da Política de Segurança no Trabaho e Prevenção de Acidentes. 587

b) Projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações. 592

c) Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção Simplificada de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho. 605

d) Registros e Controles de Pessoal, com Modelo para escalas com simulado de férias. 619

1. INTRODUÇÃO

1.1 O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA

a) Apresentação do INVISA.

Para que o Instituto Vida e Saúde – INVISA pudesse se consolidar nesse mercado tão competitivo foram criadas bases sólidas, voltadas no comprometimento profissional e no trabalho sério e de qualidade, que vem sendo desempenhado desde 2003, período em que o INVISA vem fomentando parcerias com diversos Municípios e Estados, para o desenvolvimento de atividades complementares, com o fim de otimizar os serviços, criando soluções inovadoras para a promoção do bem estar social, do atendimento de qualidade e do crescimento sustentável. Ao longo desses 14 anos o Invisa desenvolveu vários projetos pelos Municípios e Estados onde atuou, sendo considerada uma entidade interfederativa, tento sua marca reconhecida em cinco estados do Brasil, fruto de sua credibilidade oriunda do trabalho sério, sempre norteados pela legislação pátria vigente pertinente ao Terceiro Setor.

Somos uma instituição legalmente habilitada, com autonomia administrativa e financeira, podendo firmar convênios, contratos de gestão, termos de parceria, termos de cooperação com órgãos ou entidades públicas, para o desenvolvimento de diversos projetos nas áreas de saúde, assistência social, esporte, meio ambiente, educação e cultura. Dentre os projetos desenvolvidos pelo INVISA vale destacar os de maior relevância, sendo os mesmos voltados principalmente para área de saúde e da assistência social, tendo como objetivos a Gestão Hospitalar, Unidades de pronto atendimento, Vigilância Epidemiológica, Reabilitação do Paciente, Ambulatorial Especializado, Programa de Saúde na Família, Saúde Comunitária, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e as Residências Terapêuticas, Abrigos e Casas de Passagens, Juventude Sadia, dentre tantos outros.

Todos os Projetos supracitados são gerenciados pelo INVISA e supervisionados e avaliados pelo Poder Público, sendo estes idealizados com o fim de se prestar um melhor atendimento aos usuários para se ter excelentes resultados. Ressalta-se que em cada cidade que desenvolvemos nossas atividades montamos um escritório local, para melhor atendimento aos nossos colaboradores e eficiência de nosso trabalho

Em nossa sede contamos com colaboradores que permanecem no INIVISA desde os primeiros passos, e que fazem, questão de prestar um depoimento: "*Éramos apenas dois funcionários, dando inicio aos primeiros trabalhos e hoje vejo o avanço que o Invisa conquistou, com credibilidade, valorização dos funcionários, atuando em vários estados. Fazer parte dessa história é gratificante, pois para mim, foram muitos anos de dedicação e aprendizados, pois juntos somos uma família*", relata Clara Inêz Batista, secretária administrativa.

Na sede, o Instituto direciona os seus trabalhos tanto nas cidades do Estado do Rio de Janeiro quanto no Estado do Espírito Santo, Minas Gerais e Maranhão.

Ressalta-se que para melhor acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo INVISA, foram implantados escritórios locais em cada cidade onde o Instituto possui projetos, com funcionários residentes na cidade, para melhor fiscalização dos trabalhos realizados.

E ainda, para descentralizar e operacionalizar as ações do Instituto, foram criados departamentos específicos para direcionar as dúvidas e questões dos funcionários e Parceiros Públicos.

Os departamentos criados são:

- Diretoria Geral
e-mail: diretoria@invisa.org.br

- Departamento de Coordenação e Projetos

e-mail: contato@invisa.org.br

- Departamento Jurídico
e-mail: juridico@invisa.org.br

- Departamento de Compras
e-mail: compras@invisa.org.br

- Departamento de Recursos Humanos
e-mail: rh@invisa.org.br

- Diretoria Financeira
e-mail: financeiro@invisa.org.br

- Diretoria Administrativa
e-mail: administracao@invisa.org.br

Desta forma, com a criação dos departamentos específicos o INVISA, mais uma vez inova, criando um canal de acesso para facilitação do atendimento aos parceiros.

E ainda, para atender as exigências das Cortes de Contas, bem como dos Conselhos Municipais, Estaduais e demais órgãos de fiscalização o INVISA disponibiliza em seu portal, um item chamado de "Prestação de Contas", onde toda a população bem como qualquer interessado pode acessar e verificar os indicadores de desempenho dos projetos e os resultados alcançados, dando mais transparência às Parcerias realizadas.

MISSÃO

Promover a gestão médico-hospitalar de excelência com equipes multidisciplinares comprometidas com a qualidade, com a ética e com a valorização profissional e humana na prestação de assistência à saúde, de forma humanizada, visando a restauração do bem-estar físico, psíquico e social, em benefícios da comunidade.

VISÃO

Ser reconhecido como referência em governança de instituições de saúde, promovendo soluções inovadoras para a saúde do país, instituindo gestão de qualidade com foco na valorização humana, profissional, tecnológica e com excelência de atendimento.

VALORES

Humanidade, Ética, Compromisso, Trabalho Multiprofissional, Profissionalismo e Responsabilidade Social.

QUADRO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

INSTITUIÇÃO			CNPJ	
INVISA – INSTITUTO DE VIDA E SAÚDE			05.997.585/0001-80	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	CEP
Rua Hermete Silva, nº 49, centro.		Santo Antônio de Pádua	RJ	28.470-000
TELEFONE	FAX	E-MAIL		
(22) 3851-29-01	(22) 3851-29-01	juridico@invisa.org.br diretoria@invisa.org.br		
NOME DO RESPONSÁVEL: BRUNO SOARES RIPARDO				
CPF: 110.695.987-63	FUNÇÃO: DIRETOR GERAL		PERÍODO DE EXECUÇÃO	
			INÍCIO	TÉRMINO
CI	ÓRGÃO EXPEDIDOR		Junho/2023	Junho/2033
182.740	OAB/RJ			
Celebração de Contrato de Gestão do Unidade de Pronto Atendimento				
BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	PRAÇA	
BANESTES	0114	28010577	BOM JESUS DO NORTE - ES	

O INVISA apresenta a Proposta de Trabalho, contendo as propostas técnica e econômica, para gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**.

b) Responsável pela Administração dos Recursos Recebidos.

Coordenador: BRUNO SOARES RIPARDO	**CPF:** 110.695.987-63

R.G. / órgão Expedidor: 182.740 /OAB/RJ	Cargo/Função: Diretor Geral	Telefone: (22) 3851-2901	Telefone: (22) 98117-17-83
Endereço: Rua Tenente Limeira Alencar, 8, B. Ferreira, Sto. Antônio de Pádua			**CEP:** 28.470-000

c) Experiências

O INVISA apresenta abaixo suas experiência em gestão de unidades, a saber:

Nome do Parceiro Público	Projeto/Atividade	Período de execução
Prefeitura Municipal de Aperibé/RJ	Programa de Gestão Hospitalar	2004/2004
Prefeitura Municipal de Cardoso Moreira/RJ	Programa de Gestão Hospitalar	2004/2004
Prefeitura Municipal de Cardoso Moreira/RJ	Programa de Gestão Hospitalar	2005/2008
Prefeitura Municipal de Pirapetinga/MG	Programa de Gestão Hospitalar	2005/2008
Prefeitura Municipal de Cardoso Moreira/RJ	Programa de Gestão Hospitalar	2009/2009
Prefeitura Municipal de Porciuncula/RJ	Programa de Gestão do Pronto Socorro	2009/2009
Prefeitura Municipal de Cambuci/RJ	Programa de Gestão do Pronto Socorro	2009/2009
Prefeitura Municipal de Miracema/RJ	Programa de Gestão do Pronto Socorro	2009/2012
Prefeitura Municipal de Quissamã/RJ	Programa de Gestão do Pronto Socorro	2009/2011
Prefeitura Municipal de Quissamã/RJ	Programa de Gestão Hospitalar	2009/2015
Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré/PR	Programa de Gestão do Pronto Atendimento	2011/2023
Prefeitura Municipal de Cachoeira de Macacu/RJ	Programa de Gestão Hospitalar	2013/2016
Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão	Programa de Gestão Hospitalar	2015/2023
Prefeitura Municipal de Alfredo Chaves/ES	Programa de Gestão do Pronto Atendimento	2017/2018
Secretaria de Estado da Justiça do Espírito Santo	Programa de Gestão da Saúde no Sistema Prisional	2017/2023
Prefeitura Municipal de Araucária/PR	Programa de Gestão Hospitalar	2018/2019

No Estado do Maranhão, o INVISA gerencia o **Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO**. O HTO conta com médicos especialistas em ortopedia e traumas. Os serviços de cirurgias de ombro e cotovelo, joelho, quadril, coluna, mão, pé e tornozelo, trauma e ortopedia estão disponíveis à população, que ainda pode contar com atendimento ambulatorial com marcação de consultas, análises clínicas, exames de imagem (radiologia, tomografia) e eletrocardiografia.

Figura 01: HTO.

Figura 02: HTO.

Figura 03: Sala de Cirurgia- HTO.

Hospital Regional de Viana - Dr. Antônio Hadad

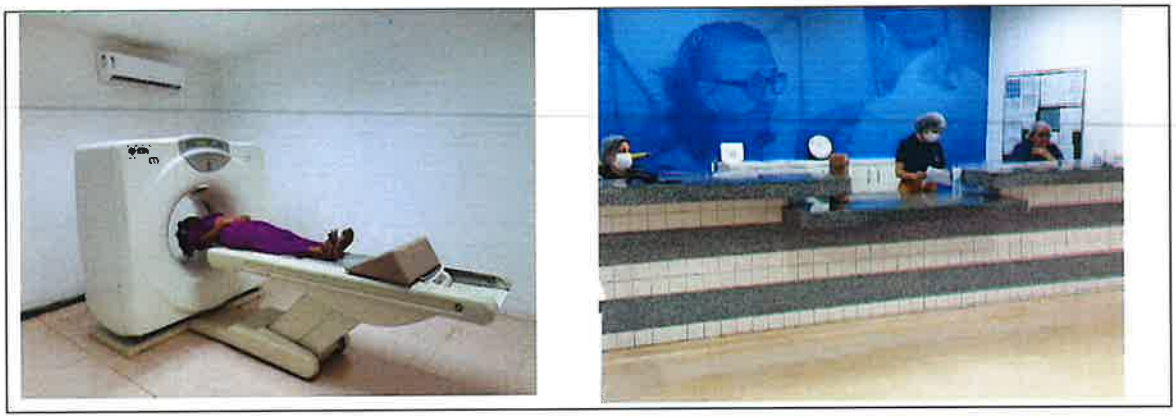


Figura 04: Tumografo, recepção e CME da unidade.

Programa Tele UTI nos hospitais geridos pelo INVISA no Estado do Maranhão em parceria com o hospital Sírio Libanes

Figura 05: Projeto TeleUTI.

O Instituto firmou parceria com o Governo de São Luís do Maranhão e gerencia o Hospital Nina Rodrigues.

O **Hospital Nina Rodrigues** é um complexo de saúde especializado no atendimento aos portadores de transtorno de saúde mental, onde podemos contar, em vários ambientes, com uma equipe profissional multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta).

Figura 06: Hospital Nina Rodrigues.

Figura 07: Cozinha da unidade Nina Rodrigues.

Figura 08: Consultório de atendimento.

d) Caracterização do Modelo Gerencial Proposto

1. O USUÁRIO DE SAÚDE é o foco central:

Ações e decisões devem estar sempre alinhadas com a visão e o interesse público, buscando ofertar um serviço que atenda às necessidades do usuário de saúde e represente o esforço permanente de melhoria na relação custo benefício, com:

- Ênfase no atendimento do usuário como cliente.
- Ênfase nos resultados qualitativos e quantitativos, nos prazos pactuados.

2. A TRANSPARÊNCIA na utilização de recursos é prioridade:

O custeio seguirá norteado por processos e procedimentos que comprovem formal e tecnicamente que os recursos são aplicados de forma responsável e eficiente, observando fortemente o controle social das ações de forma transparente.

3. O enquadramento TÉCNICO-LEGAL é parte integrante:

Cumprimento do conjunto de normas técnicas emitidas pelos órgãos oficiais que regulamentam os diversos serviços de saúde integrantes da complexa estrutura hospitalar e que representam as boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

4. É responsabilidade da Gestão pautar-se pelas diretrizes da POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR, onde destacamos:

- Garantir a universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;

• Prever a continuidade do cuidado por meio da articulação da unidade com os demais pontos de atenção da rede de tenção a saúde;
• Oferecer um modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multidisciplinar e interdisciplinar;
• Observar para que o acesso seja regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
• Oferecer atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
• Assegurar para que a gestão de tecnologia em saúde esteja de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
• Garantir a qualidade da atenção hospitalar e a segurança do paciente;
• Garantir a efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos;
• Manter transparência e eficiência na aplicação de recursos;
• Possibilitar a participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; entre outros.

5. A SEGURANÇA DO PACIENTE é condição essencial:

Implantação da gestão de riscos, disseminando a cultura e as práticas de segurança para toda equipe multidisciplinar. Estímulo ao envolvimento dos próprios pacientes e familiares nas ações de segurança, difundindo conhecimentos e fomentando a consciência sobre segurança para todas as partes envolvidas no processo de assistência.

6. A HUMANIZAÇÃO é um valor que permeia toda a Gestão:
A valorização de todos os atores integrantes do processo de atenção hospitalar norteia a Gestão reconhecendo a autonomia e o protagonismo desses atores, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

7. Respeito aos DIREITOS E DEVERES do Paciente:
O Modelo de Gestão reconhece que toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. Tem direito a uma equipe multidisciplinar capacitada, com condições adequadas de atendimento e informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível.

8. A EXCELÊNCIA da Gestão:
O Modelo de Gestão está alicerçado sobre um conjunto de conceitos fundamentais que expressam sua Excelência e que se traduzem em práticas, processos e fatores de desempenho, buscando constantemente se aperfeiçoar e se adaptar às mudanças.

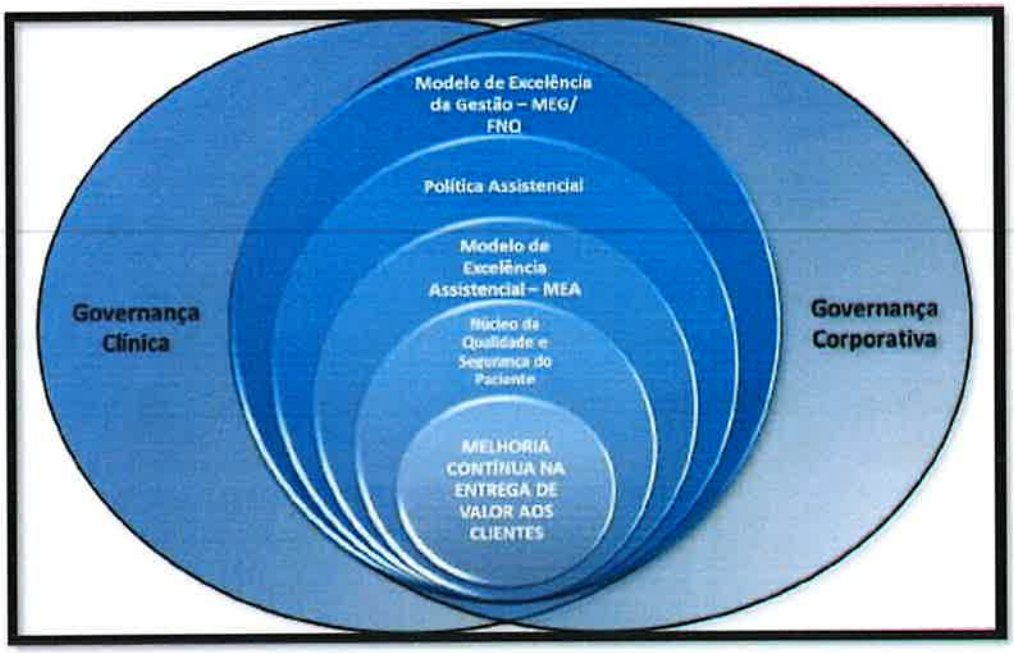
O modelo de gestão a ser implantado no **UPA** pelo INVISA procurará manter a missão e a visão da organização, entendendo que essa concepção deve nortear estratégias e ações que deverão ser levadas à efeito na nova experiência gerencial da unidade e respeitando o trabalho e a luta da direção atual e de todos os servidores que, em situações muitas vezes não muito

favoráveis, possibilitaram o seu funcionamento e afirmaram o seu papel enquanto hospital de referência até o momento.

As organizações de saúde são consideradas um sistema complexo onde as estruturas e processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, portanto, conceitos de qualidade, herdados da indústria, vêm sendo aplicados nos serviços de saúde.

A implantação da Gestão da Qualidade busca a garantia de um serviço de saúde eficaz, podendo tornar-se instrumento útil na orientação das medidas corretivas. Com a qualidade melhorada, os desperdícios podem ser evitados, reduzindo-se os custos e aumentando a produtividade, ocorrendo até mesmo melhora da competitividade no mercado. Definir e gerenciar processos internos da organização são pontos fundamentais para trabalhar com o Ciclo de Melhoria Contínua e faz parte de um Programa de Qualidade estabelecer os padrões que se pretende atingir.

No Brasil, a acreditação é o principal sistema de avaliação das instituições de saúde. Receber essa certificação, produto final de um processo de acreditação, traz para os hospitais um ganho de confiança. O selo de qualidade transmite para a população a preocupação da instituição com a qualidade dos serviços e, para os profissionais, a preocupação com os processos. A certificação indica que a instituição segue uma padronização e prima pela qualidade em tudo o que faz, para evitar que ocorra algum dano ao paciente. Além disso, em muitos Estados ela favorece a utilização de uma tabela de preço diferenciada em relação às outras operadoras e a sistematização consolidada de processos de segurança do paciente.



SITIO ELETRÔNICO

A INVISA informa seu sítio eletrônico conforme: https://www.invisa.org.br e informa que manterá atualizado em seu site todas as informações requeridas na legislaçãoo vigente, como:

- Cópia do estatuto social atualizado da entidade;
- Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade;

Ainda assim informamos que os referidos documentos estarão disponíveis conforme Cópia integral dos convênios, contratos, termos de parceria, acordos, ajustes ou instrumentos congêneres, realizados com o Poder Executivo e seus respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável.

As informações descritas serão publicadas e atualizadas periodicamente e ficarão disponíveis após a entrega da prestação de contas final.

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

A Política de Comunicação Institucional tem como objetivo garantir a segurança do paciente. Torna-se imprescindível a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, bem como proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos.

Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria de segurança do paciente. A comunicação pode ser eletrônica, verbal ou escrita. Neste âmbito o INVISA aplica variados instrumentos capazes de padronizar o atendimento e assim minimizar as chances de erros.

2- ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE

2.1 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS.

a) 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.

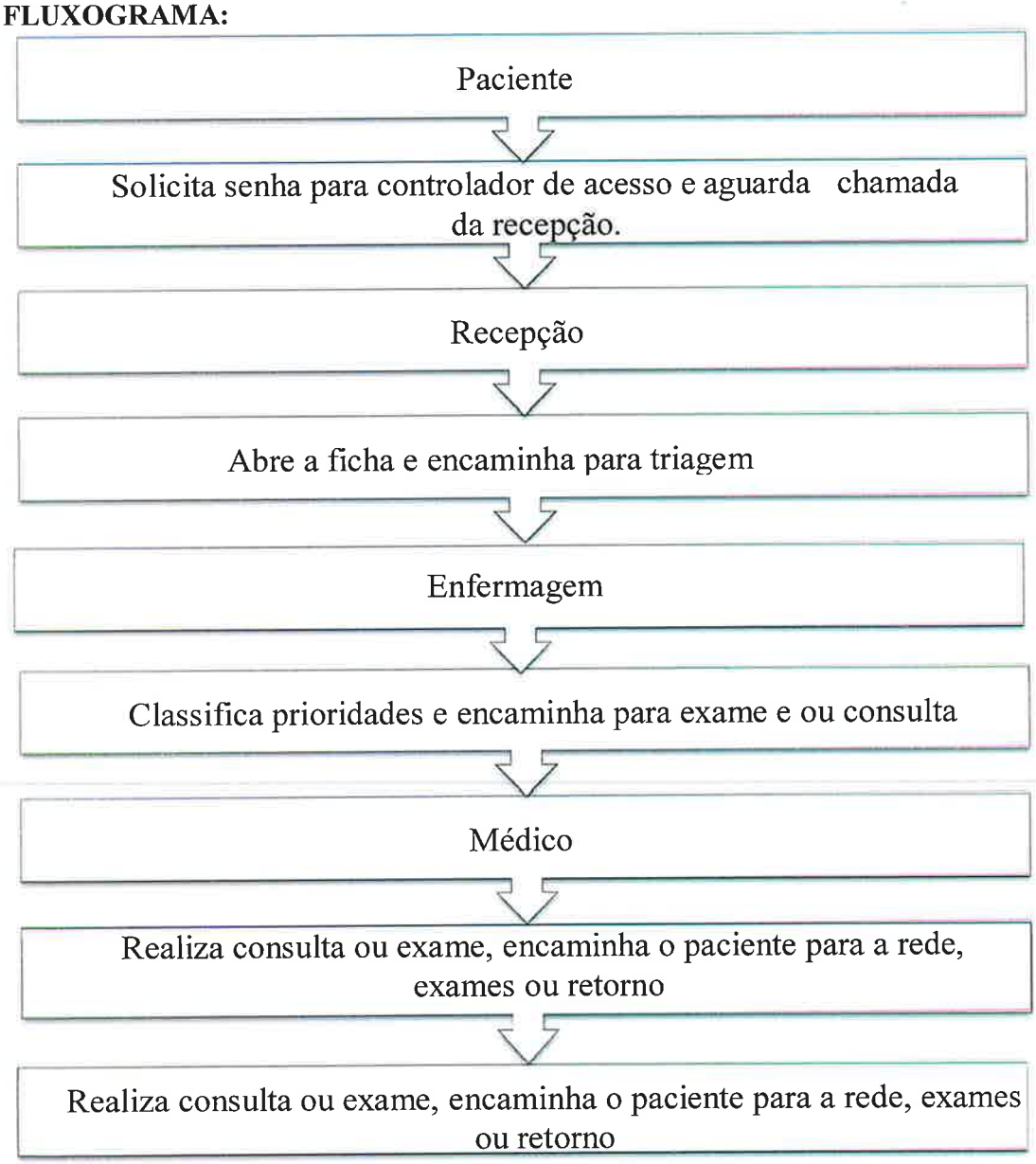
Os fluxos dos pacientes que buscam o atendimento, a circulação destes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações reservadas aos funcionários e pacientes ambulatoriais, conseguindo melhorar a lotação e o fluxo.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050.

Área Interna:

PACIENTE EXTERNO: São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência). A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos funcionários e pacientes internados.
O paciente externo dará entrada pela recepção, o controlador de acesso, olha o exame o identificando entregando uma senha, as recepcionistas chamam pela numeração e encaminha para os setores de exames específicos. Após o procedimento o paciente será encaminhado para dar continuidade na unidade básica de saúde e especialidade indicada.

FLUXOGRAMA:



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

ACOMPANHANTES: São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade, inclusive na fase de internação, quando se tratar de idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita às áreas funcionais.

VISITANTES: É constituído de indivíduos que demandam a unidade para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

FUNCIONÁRIOS: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação deles pode ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida em toda a unidade.

Áreas Restritas:
São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Isolamentos e CME. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade.

Áreas Externas:
Tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos na unidade:
Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância ou helicóptero;
Paciente a ser internado (paciente interno);
Funcionários (médicos, enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;
Demais funcionários;
Entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc;
Remoção de cadáveres;
Remoção de resíduos.

DOS ACESSOS

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

- Acesso à Internação, Ambulatório, Apoio ao Diagnóstico e Administração;

Contará com os sistemas de informação e orientações dos usuários (balcão de informações e a programação visual) e o dimensionamento das áreas de espera serão estruturados de forma a atender a necessidade dos usuários e respectivos acompanhantes.

- Acesso ao Atendimento Imediato (Urgência e Emergência);

Contará com acesso ao atendimento imediato de forma a separar os pacientes que dão entrada na unidade deambulando, daqueles que chegam em veículos / ambulância.

- Acesso de Funcionários e Insumos

Contará com acesso para a entrada de funcionários e de insumos, estando claramente identificados os trajetos a ser percorrido por cada tipo de fluxo após a passarem pelo controle. Outros acessos e saídas serão previstos em função do perfil, do porte e da forma com que a unidade é operada.

b) Fluxo Operacional para Gestão de Material Médico Hospitalar e Medicamentos: Abordando o fluxo operacional relacionado ao gerenciamento de material médico hospitalar e medicamentos.

O Serviço de Farmácia será responsável pelo planejamento, execução e/ou supervisão dos processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica, e ainda pelo armazenamento e estocagem de medicamentos e demais produtos farmacêuticos e demais insumos hospitalares. Deverá assegurar ainda, um sistema de dispensação de medicamentos seguro e eficaz. As atividades desenvolvidas serão divididas entre os serviços de farmácia e almoxarifado, que funcionarão em regime de plantão de **24 horas por dia durante todos os dias ininterruptamente.**

Objetivos do Serviço de Farmácia:

- Desenvolver a gestão, a distribuição e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde, a manipulação e a unitarização de medicamentos, bem como o cuidado ao paciente, a informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde e, inclusive, as atividades de ensino e pesquisa e educação continuada.
- Contribuir no processo de cuidado à saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos - incluindo os radiofármacos e os gases medicinais - e outros produtos para a saúde, nos planos assistencial, administrativo, tecnológico e científico.

Competências do Serviço:

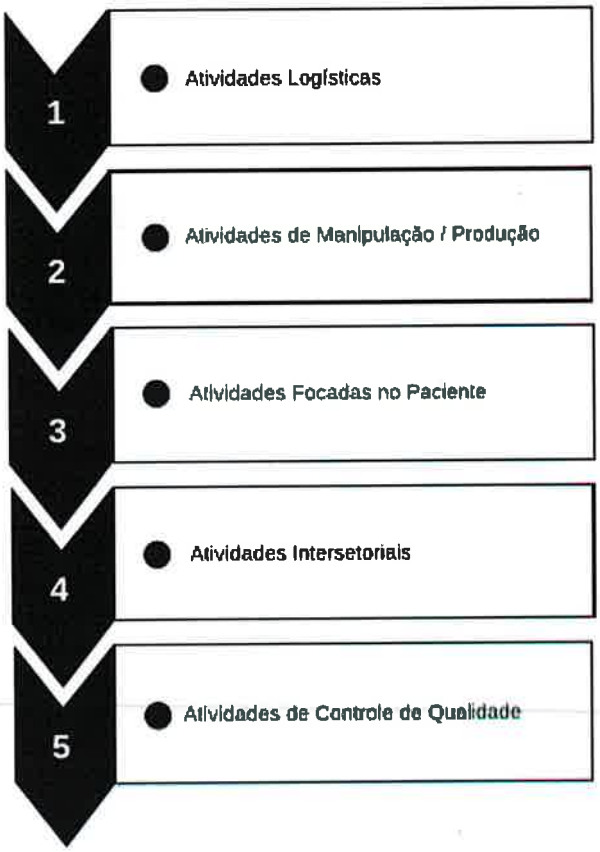
1. Desenvolver a gestão, a distribuição e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde;
2. Manipular medicamentos e soluções necessárias para a unitarização das doses;
3.Prestar informações e orientações a pacientes e demais profissionais da equipe multiprofissional sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde;
4. Desenvolver atividades de ensino, pesquisa e educação continuada específicas;
5. Desenvolver atividades visando racionalização dos custos e uso dos medicamentos;
6. Realizar a gestão dos estoques e logística farmacêutica, tendo o medicamento como insumo mais importante;
7. Representar o Serviço de Farmácia nas mais variadas comissões hospitalares, sendo uma referência em tudo que cerca o medicamento.

Composição da Equipe:

- Farmacêutico

- Auxiliar de Farmácia
- Auxiliar de Almoxarifado
- Auxiliar Administrativo

Atividades do Serviço de Farmácia:
As atividades do Serviço de Farmácia do UPA serão desenvolvidas considerando os segmentos abaixo:



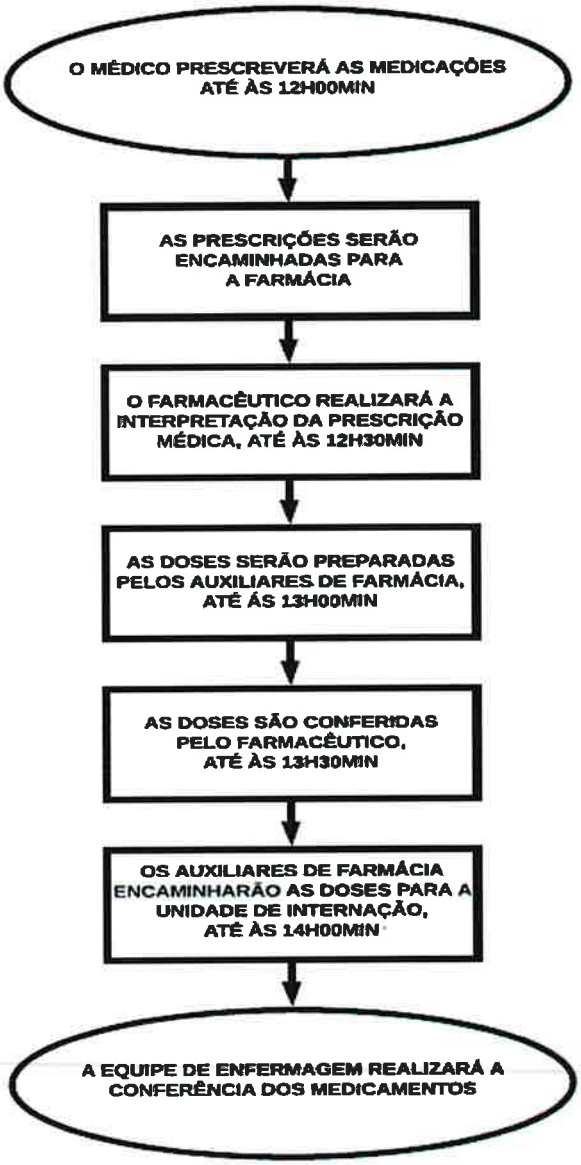
1. Atividades Logísticas:

A logística farmacêutica é essencial para o perfeito funcionamento da unidade hospitalar de modo a poder preservar a vida e/ou restaurar a saúde dos pacientes com ótima qualidade, custo baixo e retorno satisfatório para a instituição. Assim, o Serviço de Farmácia será responsável por todo o fluxo do medicamento do UPA, englobando todas as atividades de planejamento, implementação e controle eficiente, do custo, fluxo e armazenagem de materiais médico-hospitalares, medicamentos e outros materiais correlatos. Principais atividades logísticas:

Dispensação

- A dispensação de medicamentos será a principal atividade logística da farmácia hospitalar, sendo definida como o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, mediante prescrição médica;
- A dispensação deverá ser realizada nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido nos protocolos de boas práticas, promovendo o uso adequado e correto de medicamentos e correlatos;
- Os procedimentos serão realizados em fluxos organizacionais racionais, buscando minimizar a ocorrência de erros, definido em protocolos de boas práticas elaborados pelo serviço de farmácia;
- A dispensação deve garantir o processo "3C": fazer com que o medicamento certo chegue ao paciente certo, no momento certo.
- O sistema de dispensação de medicamentos será através de dose unitária, a ser organizado e implantado pelo serviço;
- Nas unidades de internação, por este sistema, os medicamentos serão dispensados pelo Serviço de Farmácia através de cópia carbonada da prescrição original de cada paciente. Posteriormente, o Serviço de Farmácia dispensará todas as doses dos medicamentos para um período máximo de 24 horas;
- Na Unidade de Urgências e Emergências os medicamentos e materiais médico-hospitalares serão dispensados pela farmácia satélite;
- Nas unidades de internação, o médico assistente deverá realizar a prescrição até as 12h00min horas. Ficam para depois deste limite: as intercorrências, as novas admissões de pacientes e situações que necessitam de melhor avaliação médica;
- O Serviço de Farmácia dispensará os medicamentos, até às 14h00min;
-Diariamente, o farmacêutico deverá realizar rondas no setor de sua responsabilidade, orientando quanto ao uso das drogas e observando as condições de seu armazenamento;
- Os carros de emergência devem ter a lista básica dos medicamentos, materiais e equipamentos neles contidos e as quantidades mínimas necessárias para as 24 horas. A reposição dos medicamentos será realizada pelo Serviço de Farmácia mediante solicitação;
- Todas as prescrições médicas deverão ser interpretadas pelos farmacêuticos antes das doses serem preparadas pelos auxiliares de farmácia. Essas doses são conferidas pelo farmacêutico antes de serem dispensadas para as unidades de internação;
- No momento da entrega das doses dos medicamentos em cada unidade de internação, o pessoal de enfermagem fará a conferência dos medicamentos recebidos, colocados no box de cada paciente. Na mesma ocasião serão feitas as devoluções dos medicamentos não administrados nas 24 horas anteriores;
- O horário de entrega dos medicamentos deverá ser acordado entre o serviço de farmácia e enfermagem, preferencialmente, até as 14h horas;
- No período noturno às solicitações ao serviço de Farmácia serão
encaminhadas, conferidas e transportadas para as unidades pela equipe de enfermagem.
- A avaliação do sistema de dispensação será efetuada através do acompanhamento dos seguintes indicadores: Custo mensal com medicamentos; Custo mensal com antibióticos; Custo mensal com antibióticos de uso restrito; Custo mensal com material médico-hospitalar; Número global de solicitações ao Serviço de Farmácia; Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período diurno; Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período noturno.

FLUXOGRAMA DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DA DOSE UNITÁRIA

MÊS	ATIVIDADES
M1 M2	1. Aprovar proposta de rotina/fluxograma da distribuição de medicamentos; 2. Aprovar proposta de padronização de kits para procedimentos; 3. Aprovar estratégias para controle do uso de antimicrobianos; 4. Encaminhar proposta de padronização de medicamentos para a Comissão de Fármaco, Tecno e Vigilância.

M3	1. Confeccionar impressos: prescrição médica carbonada e ficha de previsão de antibióticos; 2. Realizar treinamento da equipe da farmácia, de enfermagem e médica.
M4	1. Colaborar com a Comissão de Fármaco, Tecno e Vigilância na divulgação da lista de padronização de medicamentos; 2. Realizar treinamento da equipe da farmácia, de enfermagem e médica.
M5	1. Iniciar a implantação da dose unitária na unidade de internação.
M6	1. Avaliar a implantação da dose unitária na unidade de internação; 2. Realizar os ajustes necessários.
M7	1. Iniciar a implantação da dose unitária na unidade de urgências e emergências;
M8	1. Avaliar a implantação da dose unitária na unidade de urgências e emergências; 2. Realizar os ajustes necessários.
M9 M10	1. Acompanhar a implantação da rotina na UPA através do e desempenho dos indicadores definidos pelo serviço; 2. Realizar os ajustes necessários; 3. Elaborar relatório da implantação da rotina.

2. **Atividades de Manipulação Produção:**

- A manipulação de fármacos, por exigência ética e jurídica, será realizada segundo princípios das Boas Práticas de Manipulação em Farmácia, conforme RDC Anvisa nº 67/2007. A manipulação de fórmulas magistrais, oficinais e parenterais possibilita o fracionamento e diluição dos medicamentos elaborados pela indústria farmacêutica, a fim de racionalizar sua utilização e distribuição e ainda preparar ou diluir germicidas necessários para realização de antissepsia, limpeza, desinfecção e esterilização, proporcionando medicamentos com segurança e qualidade, adaptados à necessidade dos pacientes.
- A manipulação de Nutrição Parenteral será realizada observando os aspectos exigidos pela Portaria MS/ SNVS nº 272/98, que determina o Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Parenteral. O farmacêutico será o responsável pela avaliação da prescrição, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte da nutrição parenteral.

3. **Atividades Focadas no Paciente:**

- O Serviço de Farmácia irá assegurar, mediante divulgação e aplicação de conhecimentos específicos, que o uso do medicamento seja seguro e apropriado, para os pacientes e profissionais de saúde envolvidos com o processo de administração de medicamentos, para isso a interação multiprofissional será fator de destaque;
- O Serviço de Farmácia desenvolverá atividades de "Atenção Farmacêutica", desenvolvida através de atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde.

- Compreende a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida;
- O Serviço de Farmácia irá desenvolver atividades de Educação em Saúde incluindo promoção do uso racional de medicamentos;
- O Serviço de Farmácia irá realizar registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

4. **Atividades Intersetoriais:**

Devido a complexidade do ambiente hospitalar, o Serviço de Farmácia desenvolverá ação conjunta interdisciplinar para atingir seu objetivo maior que é melhorar a saúde dos pacientes atendidos. Nesse sentido, o farmacêutico hospitalar clínico deverá oferecer contribuições aos seguintes segmentos:

Farmacovigilância

- O Serviço de Farmácia desenvolverá Farmacovigilância visando a detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos. Para execução dessas ações de farmacovigilância, será realizada a coleta de informações junto aos profissionais diretamente envolvidos com o processo de administração de medicamentos.

Tecnovigilância

O Serviço de Farmácia realizará acompanhamento do uso de produtos para saúde e equipamentos médico-hospitalares quanto a sua eficácia, adequação, uso e segurança. Para isso deverá realizar as seguintes atividades:
Monitorar, agregar e analisar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso *in vitro* e produtos para a saúde;
Fomentar estudos epidemiológicos que envolvam equipamentos, produtos para diagnósticos de uso *in vitro* e produtos para a saúde;
Identificar os equipamentos, produtos para diagnósticos de uso *in vitro* e produtos para a saúde tecnologicamente obsoletos.

Hemovigilância

O Serviço de Farmácia realizará atividades de Hemovigilância visando a prevenção de incidentes e acidentes transfusionais, de acordo com as normas técnicas em hemoterapia para a realização da coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, da Portaria MS nº 721/89 do MS/ANVISA. Realizará, ainda, contribuir para o controle e eficiência da cadeia transfusional, por meio da garantia de rastreabilidade e o registro documental.

Centro de Informações de Medicamentos

- O Serviço de Farmácia selecionará e sistematizará informações atualizadas sobre medicamentos, de maneira a responder a demandas dos membros da equipe de saúde e pacientes, visando promover o uso racional dos mesmos. O farmacêutico poderá receber uma consulta e fornecer as informações sobre medicamentos. A informação também poderá ser transmitida de maneira ativa, na qual o farmacêutico identifica necessidades e elabora métodos de fornecê-las, através de boletins informativos e guias farmacoterapêuticos.

Participação nas Comissões Hospitalares

- O Serviço de Farmácia participará ativamente das Comissões Hospitalares, entre estas:

Comissão de Fármaco, Tecno e Vigilância: diante da imensa oferta de medicamentos no mercado, caberá ao farmacêutico selecionar os medicamentos que melhor atendam às necessidades terapêuticas dos pacientes que utilizam aquele hospital.
Comissão de Licitação e Parecer Técnico: as compras de materiais e medicamentos devem obedecer à Lei Federal nº 8.666/93. Nos processos licitatórios, o farmacêutico deverá elaborar editais de compras e especificações técnicas; participar de licitações e aquisições por meio de avaliação técnica; colaborar de forma decisiva na qualificação de fornecedores.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: o objetivo será zelar pelo adequado gerenciamento dos resíduos resultantes das atividades técnicas desenvolvidas em todas as unidades de assistência direta ao paciente.
Comissão de Gerenciamento de Riscos Hospitalares: nesta comissão, a participação do farmacêutico terá como objetivo desenvolver ações de gerenciamento de riscos hospitalares, como detecção de reações adversas a medicamentos; queixas técnicas; problemas com produtos para saúde, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos.

Atividades de Controle de Qualidade:

O Serviço de Farmácia do UPA, como parte integrante da unidade hospitalar, desenvolverá ações de melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência de tal forma que consiga uma integração harmônica com as áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial. Assim deverá disseminar, entre seus colaboradores, a cultura de qualidade como também oferecer um diferencial no atendimento aos clientes/usuários. Assim, o Serviço de Farmácia terá como meta a máxima efetividade, procurando satisfazer tanto os clientes externos (pacientes) quanto os internos (médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde).

Gases Medicinais

O Serviço de Farmácia garantirá a segurança e a eficácia dos gases e misturas de uso terapêutico e para fins diagnósticos, prezando pelo transporte, armazenamento e uso dos gases, inclusive orientando cuidadores e pacientes sobre o uso dos mesmos.

Farmacoeconomia

O Serviço de Farmácia deverá implantar programa de análise e comparação de custos e consequências das terapias medicamentosas aos pacientes com o objetivo de identificar produtos e serviços farmacêuticos cujas características possam conciliar as necessidades

terapêuticas com as possibilidades de custeio. A atividade será realizada em parceria com as áreas clínica e administrativa.

Erros de Medicamentos:

- O erro de medicação é qualquer erro que se produz em qualquer dos processos do sistema de utilização de medicamentos. Estes erros podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde. Os erros de medicação podem estar relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, educação do paciente, monitoramento e uso de medicamentos. Os erros de medicação podem ser classificados em:

Erros de prescrição: o erro de prescrição com significado clínico é definido como um erro de decisão ou de redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade de o tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas.
Erros de dispensação: os erros de dispensação são os que estão mais relacionados com as atividades da farmácia hospitalar e englobam os erros de conteúdo, rotulagem e documentação. Os erros referentes ao conteúdo da dispensação, ou seja, relacionados aos medicamentos que estão prescritos e serão dispensados (medicamento errado; concentração errada; forma farmacêutica errada; medicamento com desvio de qualidade; dispensação de medicamento prescrito sem horário, quantidade, concentração ou forma farmacêutica). Os erros relacionados à rotulagem podem gerar dúvidas no momento da dispensação e/ou administração e incluem os erros de grafia nos rótulos e tamanho de letras que impedem a leitura correta. São considerados os rótulos do próprio produto as etiquetas impressas na farmácia e utilizadas na identificação dos medicamentos, das misturas intravenosas e da nutrição parenteral preparadas na farmácia. Os erros de documentação de registro do processo de dispensação englobam, por exemplo, a ausência ou registro incorreto da dispensação de medicamentos controlados, falta de data na prescrição, falta de assinatura do prescritor ou do dispensador, dentre outros.
Erros de administração: o erro de administração é qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos mediante prescrição médica, não observância das recomendações ou das instruções técnicas do fabricante do medicamento.

- O Serviço de Farmácia terá um papel importante na prevenção desses erros visto que sua função é dispensar os medicamentos de acordo com a prescrição médica, nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso seguro e correto de medicamentos.

Métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo:

No UPA, para o regulamento da utilização de fármacos controlados e/ou de alto risco, será respeitado o disposto na Portaria SVS/MS nº 344/98. Assim esta rotina deverá seguir os critérios:
A dispensação dos medicamentos deve ser efetuada mediante receita, ou outro documento equivalente, como a prescrição médica diária, subscrita em papel privativo do estabelecimento;
Para os pacientes em tratamento ambulatorial, a exigência de receita (em duas vias) para os medicamentos sujeitos a controle especial e os receituários próprios de notificação de receita "A" (Entorpecentes) e "B" (Psicotrópicos);

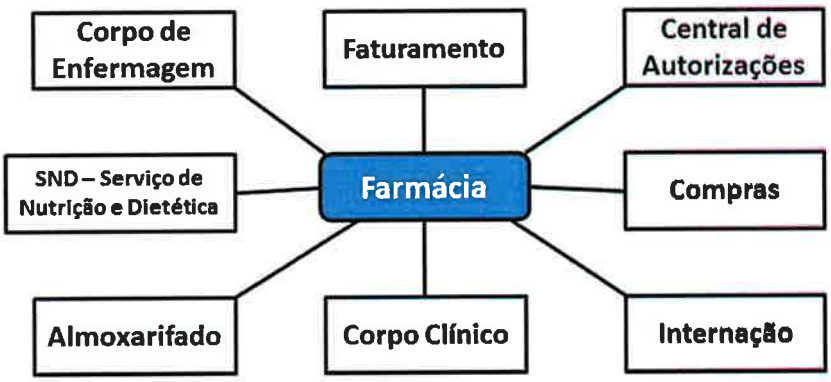
A receita impressa em formulário próprio conterá as seguintes informações: Dados de identificação do emitente, impresso em formulário da instituição, contendo o nome e o endereço da mesma; Dados de identificação do usuário: nome e endereço completo do paciente; Nome do medicamento ou substância prescrita sob a forma da Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade em algarismos arábicos e a posologia por extenso; Data de emissão; Assinatura do médico que prescreveu a medicação. Quando os dados do profissional estiverem devidamente impressos no cabeçalho da receita, este poderá apenas assiná-la.
Os medicamentos e substâncias de uso controlado constantes da Portaria SVS/MS nº 344/98 que fizerem parte do protocolo de assistência à saúde do paciente, serão de total responsabilidade do profissional farmacêutico e guardados sob chave, em local que ofereça segurança, e exclusivo para esse fim.
Para a dispensação de fármaco controlado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, adotaremos os seguintes procedimentos: prescrição médica com identificação completa do usuário, do serviço e do médico responsável pela prescrição, com referência a forma farmacêutica, regime posológico, via de administração e duração do tratamento.
O Serviço de Farmácia reterá as prescrições e terá um Livro de Registro Específico para controle mensal de Vigilância Sanitária destinado à anotação em ordem cronológica, de estoques, de entradas por aquisição, de saídas por uso e de perdas de medicamentos.

Logística

Trata-se do processo de gerenciar estrategicamente e racionalmente a aquisição, movimentação e armazenagem de materiais médico – hospitalares medicamentos e outros materiais necessários ao perfeito funcionamento da unidade hospitalar (e os fluxos de

informações correlatas) de modo a poder preservar a vida e/ou restaurar a saúde dos pacientes com ótima qualidade, custo baixo e retorno satisfatório para a instituição.
Assim como o conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade, segurança e em alguns casos o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde.
Abrange cada etapa do gerenciamento, desde o planejamento e entrada no estabelecimento de saúde até seu descarte, visando à proteção dos colaboradores, a preservação da saúde do meio ambiente e a segurança do paciente.
No sistema produtivo de atenção à saúde o setor de abastecimento integra-se como um subsistema para atender às necessidades de insumos e de equipamentos. Acrescentam que a seleção de materiais e a gestão de estoques, em que se definem os materiais utilizados na unidade e as formas de acompanhar níveis de consumo que permitem programar a aquisição e a distribuição dos mesmos, são processos críticos para a organização, destacando a interface entre os profissionais da clínica e o setor de abastecimento como crítica para a organização do abastecimento.
O ambiente hospitalar é um sistema complexo, com grande fluxo físico (medicamentos, materiais, pacientes, documentos), grande fluxo de informações (prescrição médica, prontuários de pacientes, registros médicos) e grande fluxo financeiro (contas, transações financeiras de recebimento e pagamento).

O gerenciamento dos estoques de uma UPA deve garantir o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos. A Logística deve se preocupar também com o uso equilibrado dos itens, devendo questionar aumentos de consumo, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio às unidades de enfermagem, o corpo clínico e a farmácia.
O fluxo logístico integra todos os departamentos da unidade que fazem interface com o processo de dispensação de medicamentos e insumos hospitalares, conforme apresentado na Figura abaixo.



O gerenciamento de materiais tem como objetivo satisfazer as necessidades de suprimentos das áreas administrativas e assistenciais do estabelecimento de saúde.
A dispensação de medicamentos pela farmácia hospitalar e os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos são as principais metodologias de gestão da logística hospitalar adotadas pelas organizações de saúde. Os itens **a, b** e **c** fazem uma abordagem das principais características da dispensação de medicamentos e a especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos.

a) Dispensação de Medicamentos pela Farmácia Hospitalar

O processo de dispensação de medicamentos define o modelo logístico adotado pelo estabelecimento de saúde.
A dispensação é definida como a maneira pela qual a farmácia envia os medicamentos aos pacientes, mediante análise prévia das prescrições médicas, procurando sempre oferecer informações sobre a melhor utilização e o preparo das doses que serão administradas. A Prescrição Médica ou Receituário Médico são documentos que contêm os dados do paciente (nome, idade, diagnóstico, etc.), a evolução de enfermagem e médica, exames e outros, sendo um documento oficial da unidade que formaliza a dispensação de itens da Farmácia.
Um sistema de distribuição de medicamentos precisa ser: racional, eficiente, econômico, seguro, devendo estar em consonância com o esquema terapêutico prescrito. São fatores críticos de sucesso do sistema de distribuição o envolvimento direto do setor de compras, o controle de estoque, a padronização e ter a equipe devidamente treinada e capacitada para o exercício das atividades e o controle dos processos.

O sistema de distribuição de medicamentos deve ter os seguintes objetivos:

- Diminuir erros de medicação;
- Racionalizar a distribuição e a administração de medicamentos;

- Aumentar o controle sobre os medicamentos;
- Diminuir os custos com medicamentos;
- Aumentar a segurança para o paciente.

b) Tipos de Sistemas de Dispensação

Os sistemas de dispensação evoluíram nos últimos anos, mostrando a tendência de fazer com que o medicamento chegue ao paciente de maneira íntegra, individual e personalizada, trazendo mais segurança para quem administra e para quem recebe o medicamento.

Os tipos de sistema de dispensação mais conhecidos e utilizados atualmente são dose coletiva, dose individualizada e dose unitária.

Na tabela abaixo destaca-se as principais características, vantagens e desvantagens desses sistemas de dispensação.

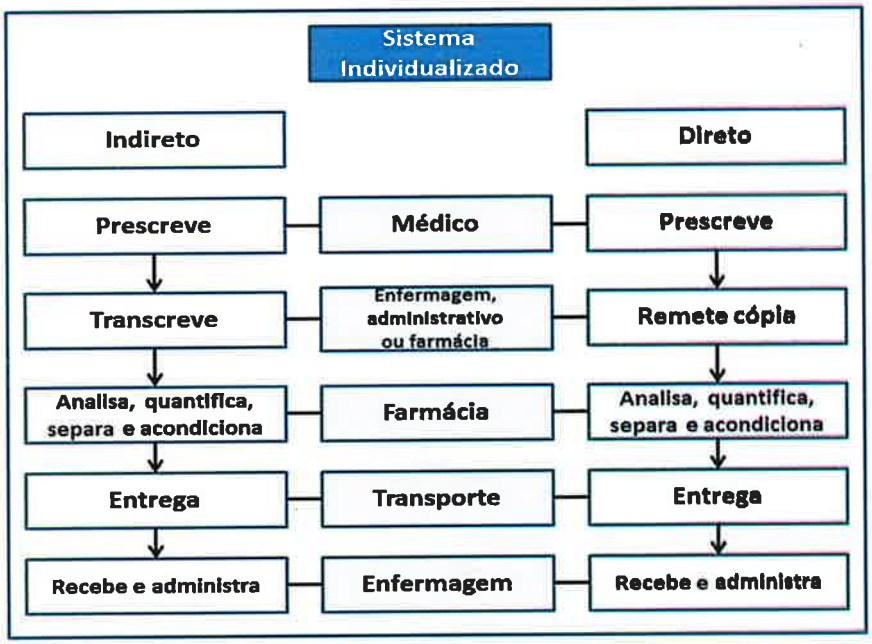
Tabela – Tipos de Sistema de Dispensação

Tipo	Características	Vantagens	Desvantagens
Dose Coletiva	Farmácia realiza o fornecimento de um pedido feito em nome da unidade solicitante e não em nome do paciente. Objetivos: Enviar medicamentos para atendimento dos solicitantes; Executar as requisições recebidas; Controlar o estoque para geração de compras.	- Registro das movimentações de saída fácil e rápido; - Número de funcionários reduzido; - Horário de funcionamento – não necessita funcionar 24 horas; - Aviamento rápido; - Facilidade de acesso aos medicamentos para uso imediato; - Pouco volume de requisições à farmácia.	- Descentralização desordenada dos estoques; - Controle deficiente dos estoques; - Perdas por desvios, validade e armazenamento incorreto; - Não há garantia de qualidade; - Ocasiona desvio das atividades dos profissionais de enfermagem; - A Farmácia não participa diretamente da dispensação ao paciente; - Aumento do potencial de erros de medicação (doses, formas farmacêuticas, horários, etc.);
Dose Individualizada	A dispensação é feita em nome do paciente por meio de prescrição médica, sem esquema posológico rígido. Objetivos: Enviar medicamentos para atendimento dos solicitantes; Executar as prescrições individualizadas recebidas; Atuar no corpo clínico para esclarecer as apresentações, interações, incompatibilidades, posologia, etc.; Proporcionar segurança à farmacoterapia adotada.	- Evita descentralização desordenada dos estoques; - Otimização do estoque; - Garantia de controle do armazenamento dos medicamentos; - Inserção da farmácia na equipe multiprofissional (enfermagem e corpo clínico); - Menor quantidade de desvios e perdas; - Menor número de erros de transcrição e de administração de medicamentos.	- Custo de implantação do projeto, incluindo equipamentos e funcionários; - As atividades da enfermagem permanecem desviadas para a dispensação; - Funcionamento ininterrupto da farmácia (24 horas).
Dose Unitária	A dispensação é feita em nome do paciente e segue uma prescrição médica com horários preestabelecidos a cada 24 horas. Principais características: Medicamentos acondicionados em embalagens unitárias;	- Menor número de devoluções para a Farmácia; - Otimização dos recursos humanos da Farmácia; - Possibilita que cada plantão da enfermagem confira os medicamentos do seu turno. - Permite maior contato da	- Custo da implantação, incluindo área, equipamentos, embalagens e tecnologia; - Aumento de recursos humanos; - Tempo para treinamento dos colaboradores; - Funcionamento ininterrupto da farmácia (24 horas).

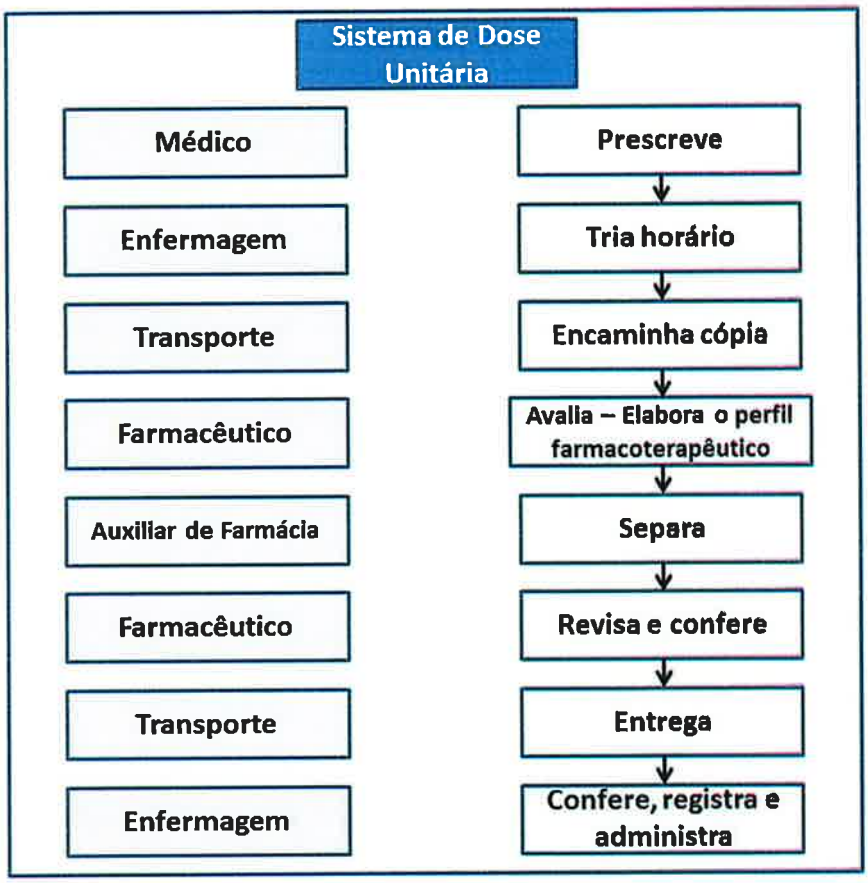
	Disposição dos medicamentos por horários; Medicamentos prontos para serem administrados. *Objetivos: Oferecer segurança à farmacoterapia adotada; Reduzir erros de administração de medicamentos; Oferecer medicamentos nas doses indicadas de forma organizada e higiênica.	Farmácia com o corpo clínico e a enfermagem; - Redução dos estoques intermediários; - Redução dos erros de administração de medicamentos; - Maior disponibilidade de tempo para a enfermagem.	

Os Sistemas de Distribuição Coletivo, Individual e de Dose Unitária são representados nos fluxogramas das Figuras abaixo.

Fluxograma do sistema de distribuição coletivo.



Fluxograma do sistema de distribuição individualizado.



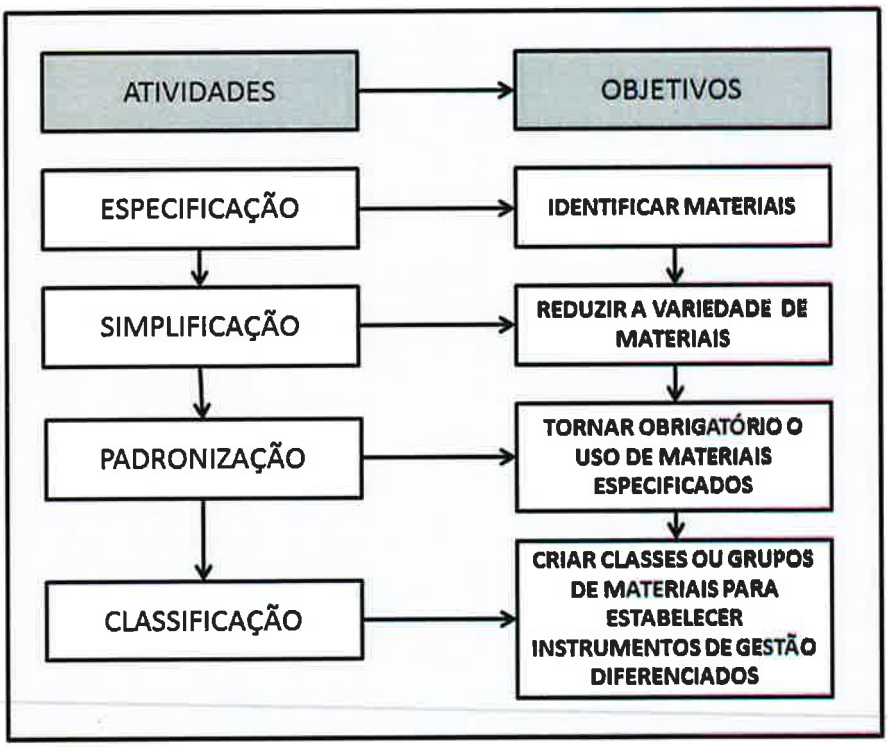
Fluxograma do sistema de distribuição por dose unitária.

A dose unitária é o melhor sistema de distribuição de medicamentos aos pacientes internados, por garantir todos os objetivos do esquema terapêutico prescrito. Os medicamentos são dispensados unitariamente, nas doses certas, acondicionados em tiras plásticas lacradas, informando o nome e leito do paciente e também o horário de administração prescrito.
A dose unitária reduz erros de distribuição e administração de medicamentos pelos seguintes fatores: a dose do medicamento é embalada, identificada e distribuída pronta, para ser administrada ao paciente, de acordo com a prescrição médica, não necessitando manipulação prévia por parte da equipe de enfermagem; na unidade assistencial estarão estocados somente os medicamentos de emergência, itens de uso comum e as doses necessárias para suprir as próximas 24 horas de tratamento do paciente; e a dupla conferência do medicamento realizada pela equipe de farmácia, através do registro farmacoterapêutico do paciente e pela equipe de enfermagem, através do registro de administração do medicamento.
O sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária proporciona a redução de erros no preparo e dispensação do medicamento e possibilita a otimização do trabalho da equipe de enfermagem, focando suas ações para atividades assistenciais ao paciente.

Especificação, Seleção, Padronização, Classificação e Codificação de Medicamentos

Definido o modelo de dispensação de medicamentos, serão padronizados os tipos de medicamentos e materiais serão utilizados, com o objetivo de identificar o insumo correto para

as características de atendimento do estabelecimento de saúde e conseguir realizar um processo de planejamento e aquisição de compras estruturado e trazendo qualidade e redução de custos.
A seleção de medicamentos é um processo dinâmico, contínuo, multidisciplinar e participativo, assegurando ao serviço de saúde o acesso aos medicamentos necessários, através de critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo. A seleção de medicamentos traz para a UPA vantagens administrativas, com a redução de custos, e vantagens assistenciais, melhorando a qualidade da farmacoterapia desenvolvida na instituição.
A seleção de materiais precisa ser realizada por uma gestão que seja capaz de atender às diversas exigências e atingir consenso entre os vários atores do processo: área financeira, faturamento (na unidade privada de saúde), farmacêutico, comprador, corpo clínico e usuários. Destacam a necessidade de realizar a seleção de materiais, em bases sistemáticas, passando pelas seguintes etapas: especificação, simplificação, padronização, classificação, codificação e catalogação, conforme demonstrado na Figura abaixo.



Seleção de materiais: atividades básicas.

C1) Especificação de Materiais

É voltada para a identificação das características e propriedades de um material e sua individualização. Significa ainda a definição dos requisitos que um material, produto ou serviço precisa apresentar para determinada finalidade.
Uma descrição adequada permite eliminar confusões com materiais similares. Os seguintes critérios devem ser observados para uma correta descrição:
Descrever o material partindo do geral para o particular;
Incluir todas as informações necessárias para identificá-lo de modo a não gerar dúvidas;
Evitar características desnecessárias ou redundantes;

Usar terminologia padronizada.
Os seguintes elementos: nome básico, nome modificador, características físicas, unidade metrológica e identificações complementares devem fazer parte de uma estrutura básica para descrever corretamente os materiais. Para medicamentos, torna-se necessário incluir denominação genérica do produto, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade, registro no Ministério da Saúde e tipo de embalagem.

C2) A simplificação de materiais visa reduzir a variedade desnecessária de materiais que atendam às mesmas finalidades, buscando também eliminar os materiais selecionados anteriormente, devido ao lançamento de substituto de melhor desempenho.
A padronização de medicamentos é definida como a constituição de uma relação básica de produtos que atendam aos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Os itens devem ser de amplo aproveitamento, objetivando o atendimento médico-hospitalar de acordo com as necessidades e peculiaridades da instituição. Destacam os principais objetivos da padronização:
Reduzir o custo de terapêutica sem prejuízos para a segurança do paciente e a eficácia dos medicamentos;
Racionalizar o número de medicamentos, trazendo como consequência a redução dos custos de aquisição do arsenal terapêutico;
Facilitar os processos logísticos de planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e controle dos medicamentos;
Disciplinar a prescrição médica e uniformizar a terapêutica;
Aumentar a qualidade da farmacoterapia e facilitar a vigilância farmacológica;
Padronizar a inclusão e exclusão de medicamentos;
Possibilitar o uso de uma mesma terminologia (nome genérico) por todos os membros da unidade de saúde.

Tal padronização será definida por meio de uma Comissão de Farmácia e terapêutica (CFT), tendo como critérios:
Padronizar medicamentos pelo nome genérico, segundo a Denominação Comum Brasileira (DCB);
Padronizar medicamentos com um único princípio ativo, excluindo-se sempre que possível, as associações;
Padronizar medicamentos que resguardem a qualidade, levando-se em conta o menor custo de aquisição, armazenamento, dispensação e controle;
Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na distribuição;
Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem, considerando a praticidade e segurança na administração aos pacientes, a faixa etária dos pacientes e facilidade para cálculo e fracionamento de doses.

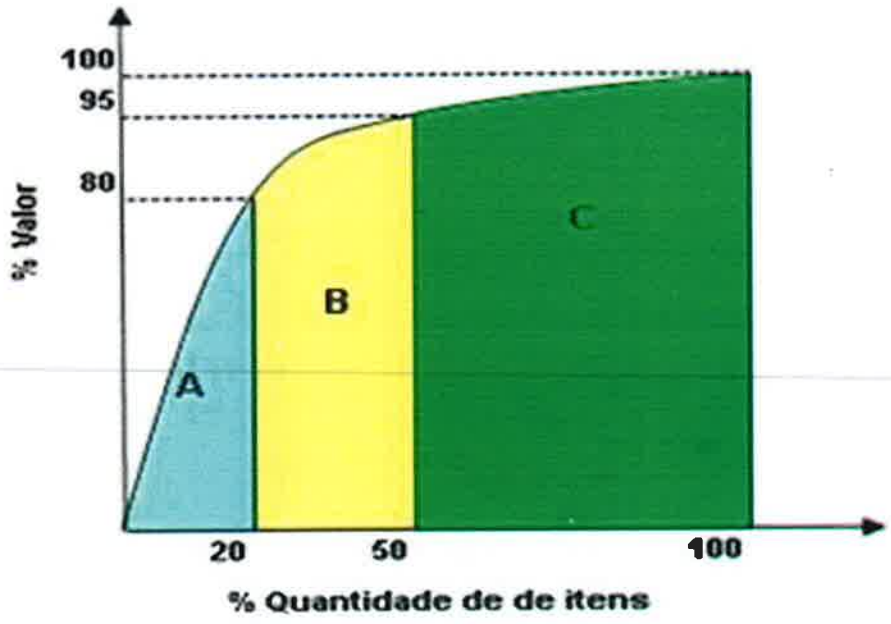
A padronização de materiais é o processo pelo qual a organização torna obrigatório o uso, a compra ou a produção de determinado material, acrescenta que a padronização é uma forma de normalização, definida pela *International Organization of Standardization* (ISO) como *"processo de formulação e aplicação de regras para o tratamento ordenado de uma atividade específica"*.

C3) Classificação de Materiais e Medicamentos tem como objetivo definir critérios para agrupamento e posterior codificação de insumos, sendo que esta classificação deve ser simples

e ampla, com critérios consistentes e sustentáveis que permitam a padronização, facilitem o armazenamento e a implantação de sistemas informatizados.
É uma forma de definir grupos de materiais segundo algum critério, com o objetivo de facilitar as atividades operacionais e administrativas, visando o tratamento diferenciado para cada tipo de materiais, como o valor de utilização, criticidade de uso, dificuldade de armazenamento e dificuldade de aquisição.

C 3. 1) Classificação ABC de Materiais
A classificação ABC de materiais é uma ferramenta que tem como objetivo identificar os produtos em função dos valores que eles representam, estabelecendo, assim, critérios de gestão apropriados para cada item em relação ao valor total considerado. A classificação ABC é conhecida também como classificação de Pareto, que considerava que poucos itens representam muito valor e muitos itens representam pouco valor.
A classificação dos dados é feita em ordem decrescente de montante, acumulando-se os percentuais realizados em relação ao total.

ITENS A – Um grupo de 10% a 20% dos itens, que representam de 70% a 80% da quantidade total ou valor total.
ITENS B – Um grupo de 30% a 70% dos itens, que representam apenas 15% a 20% da quantidade total ou valor total.
ITENS C – Um grupo de 50% a 70% dos itens, que representam apenas 5% a 10% da quantidade total ou valor total.
A Figura 6 mostra graficamente a classificação ABC de materiais.



O principal objetivo da classificação ABC é apresentar informações para a criação de políticas, objetivos e controles diferenciados para cada item, permitindo que a organização defina um processo de tomada de decisão focada nestes critérios e concentrando esforços nos itens que representam maior valor, conforme mostrado abaixo. Pode ser feita para diferentes análises: Classificação ABC de Estoques; Classificação ABC de Consumo; Classificação ABC de Venda ou Faturamento; Classificação ABC de Fornecedores.

Classe	Critério de Classificação	Objetivos de gestão	Exemplos
A	Grupo de 10% a 20% dos itens, porém representam de 70% a 80% da quantidade total ou valor total	Parâmetros de planejamento e controle definidos com maior precisão. Poucos itens que representam parcela substancial do valor total considerado. Estes itens devem receber atenção especial dos administradores mediante planejamento e controle mais rigoroso.	• Menor cobertura de estoque; • Estoque de segurança menor; • Revisões mais freqüentes; • Maior peso em ações para conseguir dos fornecedores redução de preços, de condições de fornecimento e prazos de entrega; • Previsão de demanda com maior rigor de acompanhamento; • Inventários periódicos completos (exemplo: toda semana);
B	Grupo de 30% a 70% dos itens, porém representam apenas 15% a 20% da quantidade total ou valor total.	Parâmetros intermediários. Itens em número e valor intermediário e que devem receber um tratamento intermediário, ou seja, menos rigoroso que os da Classe A e mais rigoroso que os da Classe C.	• Intermediários
C	Grupo de 50% a 70% dos itens, porém representam apenas 5% a 10% da quantidade total ou valor total.	Parâmetros mais folgados que atendam à demanda, sem aumentar a carga de trabalho. Muito itens, porém de pouca importância em termos de valor. Devem receber um tratamento menos rigoroso que os itens da classe B.	• Maior cobertura de estoque; • Estoque de segurança maior; • Revisões menos freqüentes; • Previsão de demanda com menor rigor de acompanhamento; • Inventários periódicos por amostragem (exemplo. inventário completo a cada 6 meses).

Formas de utilização da Classificação ABC.

C 3.2) Classificação XYZ de Materiais

A classificação XYZ de materiais, diferentemente da classificação ABC, não leva em conta o aspecto financeiro do item, e sim seu grau de criticidade ou imprescindibilidade para o processo produtivo da organização, ou seja, para as atividades em que eles serão utilizados.
Alguns materiais podem provocar a paralisação de atividades essenciais da unidade e colocam em risco principalmente a vida das pessoas. Geralmente não possuem similares para sua substituição. Estes são os materiais classificados como itens Z de criticidade.
Materiais que apresentam um grau de criticidade médio e que podem ser substituídos por similares, porém acarretam modificação no processo produtivo da unidade, são classificados como itens Y de criticidade.
Materiais que podem ser substituídos com grande facilidade e sua falta não faz parar o processo produtivo da unidade são classificados como itens X de criticidade.
A classificação XYZ permite ao gestor a definição de níveis de atendimento diferenciados para os graus de criticidade dos materiais utilizados na unidade hospitalar. Numa UPA, a falta de um item Z pode colocar em risco a vida de pacientes, podendo acarretar em demandas judiciais por indenizações.
A tabela abaixo mostra as características de análise da classificação XYZ.

Classe	Objetivos de gestão	Características
X	Parâmetros mais folgados que atendam à demanda, sem aumentar a carga de trabalho.	• Baixa criticidade; • Faltas não acarretam paralisações, nem modificações do processo produtivo; • Elevada possibilidade de usar materiais equivalentes; • Grande facilidade de obtenção.
Y	Intermediários	• Média criticidade; • Faltas não acarretam paralisações, mas comprometem a qualidade do processo produtivo; • Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.
Z	Parâmetros de planejamento e controle definidos com maior precisão.	• Máxima criticidade; • Imprescindíveis para a organização; • Faltas param o processo produtivo; • Não podem ser substituídos por outros equivalentes.

Classificação XYZ

C 3.3) Combinação do Uso das Classificações ABC E XYZ

Definidos os critérios de classificação por valor ABC e por criticidade XYZ, é possível fazer uma combinação das duas análises, com objetivo de definir os parâmetros de gestão de cada material. A Tabela 4 apresenta uma combinação das classificações ABC e XYZ e critérios diferenciados de gestão para cada combinação.

Classes	Estoque Médio em Meses	Freqüência de Compras	Acompanhamento de Entregas	Inventário
AX	1	Quinzenal	Semanal	Semanal
AY	1	Quinzenal	Semanal	Semanal
AZ	1	Quinzenal	Diário	Diário
BX	2	Mensal	Semanal	Trimestral
BY	2	Mensal	Semanal	Trimestral
BZ	2	Mensal	Diário	Semanal
CX	3	Bimestral	Quinzenal	Trimestral
CY	3	Bimestral	Quinzenal	Trimestral
CZ	3	Bimestral	Diário	Mensal

Combinação da classificação ABC e XYZ.

C 3. 4) Classificação PQR de Materiais

A classificação PQR é um critério de classificação de materiais que utiliza a "popularidade" dos itens. A popularidade se refere à frequência de "transações" ou movimentações do item durante um ano.

Nessa classificação, os materiais se dividem em:
Classe P: muito populares, ou seja, apresentam elevada frequência de movimentação (geralmente ao menos uma por dia);
Classe Q: popularidade média - possuem uma frequência menor que uma movimentação ao dia, mas pelo ao menos uma por mês;
Classe R: pouco populares - apresentam menos de uma movimentação por mês ou ainda por semestre.
Para fazer uma classificação PQR, deve-se proceder da seguinte maneira:
Levantar todos os itens do estoque;
Verificar a frequência de movimentação dos itens em função do tempo (diária, semanal, mensal e anual);
Classificar os itens de acordo com a movimentação (P, Q e R), segundo os critérios mencionados anteriormente.

C 3.5) Classificação 1 2 3 de Materiais

A classificação 123 de materiais leva em conta a dificuldade de aquisição do item. Sua operacionalização requer elaborado julgamento dos profissionais envolvidos com o reabastecimento. É dividida em:
CLASSE 1 (COMPLEXA): trata-se dos itens de obtenção muito difícil, pois envolvem diversos fatores complicadores combinados, tais como longos setups e lead-times (tempo de resposta, distâncias e variabilidades na oferta e/ou demanda) e riscos quanto à pontualidade, qualidade, fontes alternativas (cartéis) e sazonalidade.
CLASSE 2 (DIFÍCIL): envolve alguns poucos fatores complicadores relacionados acima, tornando o processo de obtenção relativamente difícil.
CLASSE 3 (FÁCIL): fornecimentos ágeis, rápidos e pontuais, o item é uma *commodity*, com amplas alternativas à disposição no mercado fornecedor.

C 4) Codificação de Materiais e Medicamentos

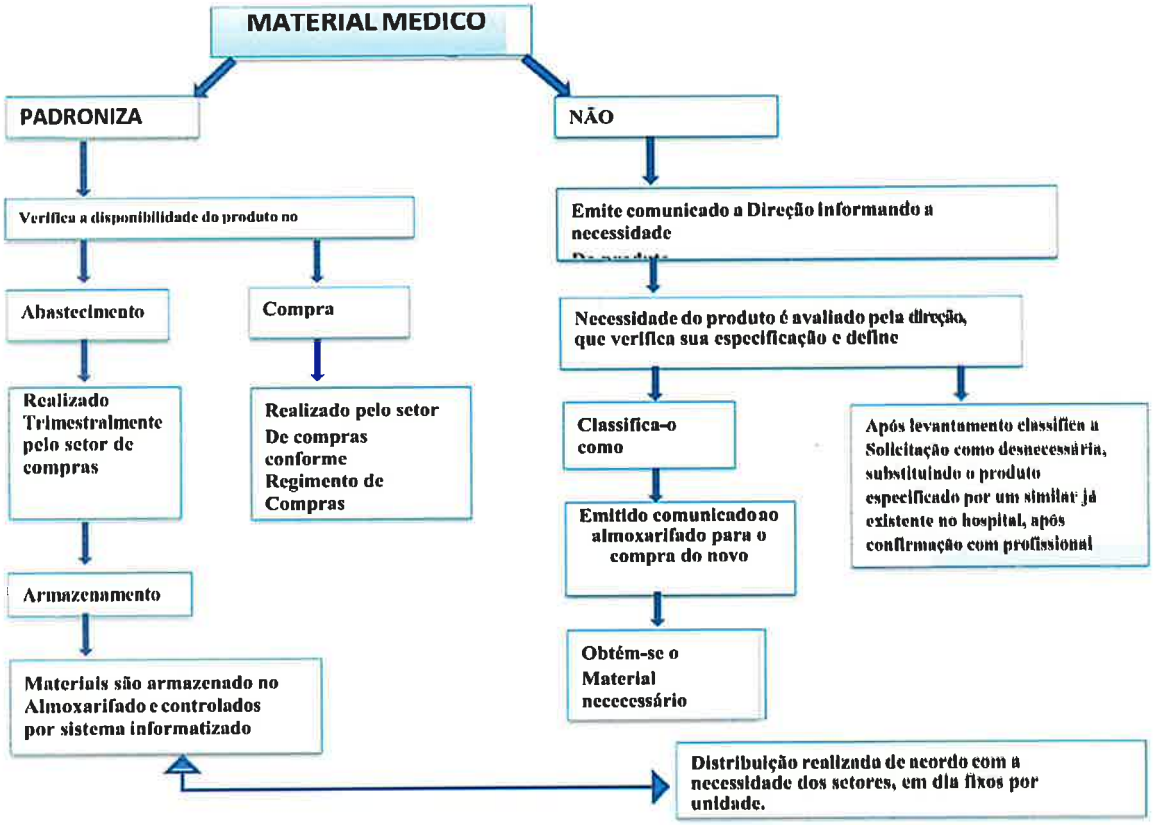
Um sistema de codificação deve possuir uma codificação clara e concisa, com objetivo de não gerar interpretações duvidosas a respeito do material, podendo ser divididos em: alfabético, alfanumérico e numérico. Os códigos devem identificar todos os itens em uso e manter um princípio onde um código nunca tenha mais do que um item e um item não tenha mais do que um código.

A Complexidade da Gestão da Cadeia de Suprimentos em Organizações de Saúde

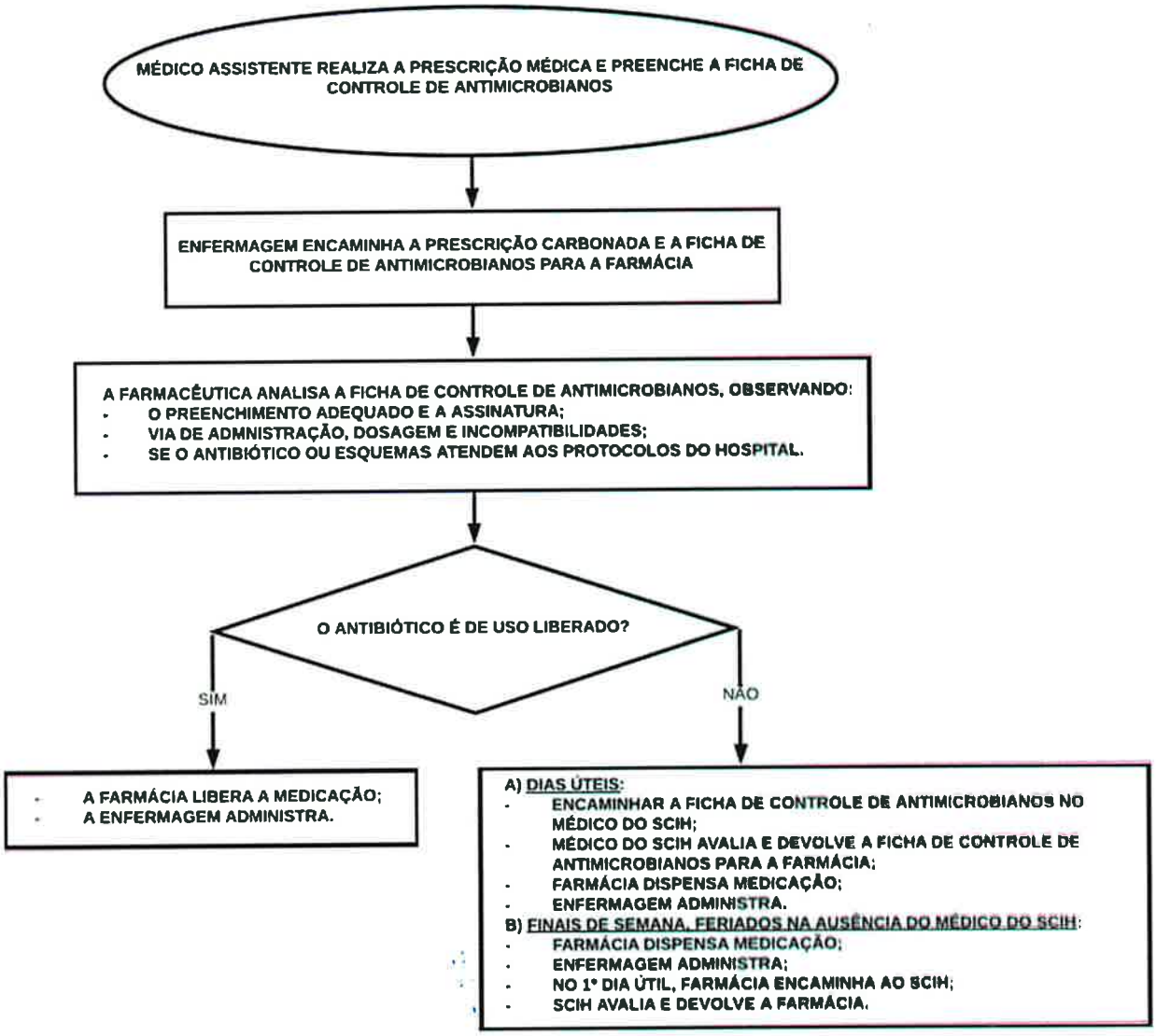
A cadeia de suprimentos em organizações de saúde é um sistema complexo fazendo com que o gestor deste processo tenha que lidar com muitas variáveis e limitações, tais como, princípios ativos iguais para itens diferentes, multiplicidades de embalagens, especificações e apresentações, unidades de manipulação muito pequenas e grandes volumes de atendimento, acondicionamento específico segundo normas do segmento e controles rígidos de temperatura e umidade, descarte de medicamentos e produtos de saúde o qual deve estar contemplado no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da unidade, atendendo aos requisitos da RDC/ANVISA n° 306 de 07/12/2004, segurança do paciente e necessidade de rastreabilidade de Lote e Validade em consonância com as normas e diretrizes da ANVISA.

Para tanto, o Instituto Vida e Saúde - INVISA, utilizará protocolos de rotinas, fluxos operacionais procedimentos e sistematização de serviços farmacêuticos e de padronização de medicamentos, conforme os modelos apresentados nos sumário desse projeto e outros que se fizerem necessários, que serão adaptados posteriormente junto a equipe multidisciplinar do UPA em conformidade com as rotinas do referida unidade.

FLUXO DO MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

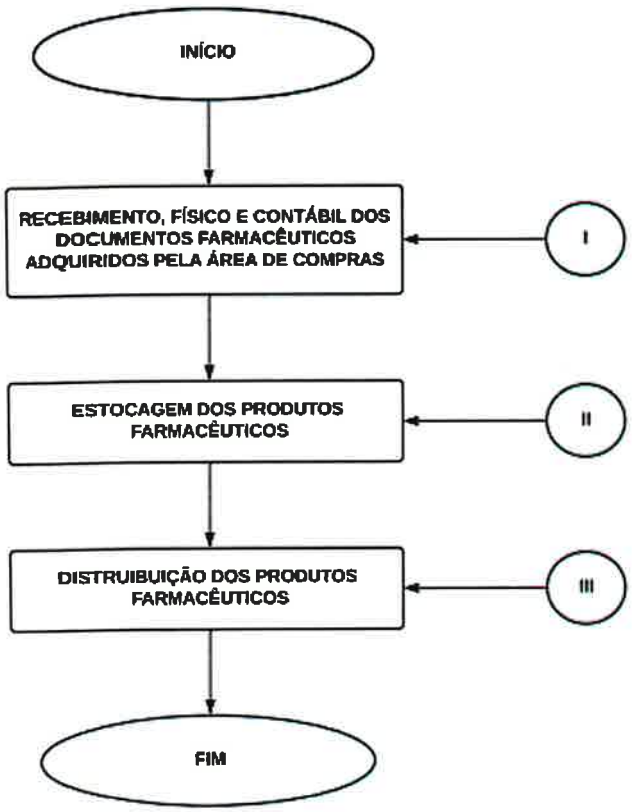


FLUXOGRAMA DO CONTROLE DO USO DE ANTIMICROBIANO



SETOR DE RECEPÇÃO, ARMAZENAMENTO E EXPEDIÇÃO DE PRODUTOS /FARMACÊUTICOS - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)

FLUXOGRAMA



RECEBIMENTO:

1. Conferir os produtos farmacêuticos e correlatos quanto à apresentação, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade e o valor unitário de acordo com a Ordem de Compra (O.C) e os dados da nota fiscal;
2. Verificar as condições de embalagem, que deverão estar compatíveis ao tipo de produto, para não afetar a sua integridade, durante o transporte, armazenamento e manuseio;
3. Verificar validades e lotes. Por segurança não deve ser recebido produto com prazo de validade inferior a 12 (doze meses) à data de vencimento;
4. Comunicar imediatamente ao fornecedor quando houver divergência na quantidade, na validade ou na integridade física do produto, para que seja efetuada a regularização e/ou troca do mesmo;
5. Comunicar imediatamente ao fornecedor se a nota fiscal apresentar divergência no preenchimento em relação à Ordem de Compra, protocolando e devolvendo juntamente com os produtos;
6. Proceder às entradas dos produtos farmacêuticos e correlatos levando em consideração o tipo de documento (Nota Fiscal, Vales, Devolução, Doação, Produção Interna, Material Consignado, etc.) no Sistema Informatizado;
7. Atestar o recebimento na Nota Fiscal ou nos Vales;
8. Anexar a Ordem de Fornecimento e as Notas de Entrada às Notas Fiscais, encaminhando-as para serem assinadas;

9. Protocolar e encaminhar à Contabilidade;
10. Conferir quando for o caso de entrega parcelada, o quantitativo a ser recebido, anotando na Ordem de Fornecimento e liberando a Nota Fiscal para pagamento.
11.Comunicar ao fornecedor quando da expiração do prazo de entrega do restante da parcela;
12.Comunicar qualquer intercorrência que houver na entrega dos produtos.

ARMAZENAMENTO (ESTOCAGEM):

1. Armazenar os produtos farmacêuticos e correlatos de forma adequada obedecendo à forma de organização escolhida (Ordem Alfabética, Forma Farmacêutica ou Grupo Terapêutico), separados por lotes para facilitar o acesso, identificação, manuseio, controle, distribuição e inventário;
2. Priorizar a distribuição dos lotes mais antigos dos produtos farmacêuticos e correlatos, observando que os materiais estocados há mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar (primeiro a entrar, primeiro a sair - PEPS), com a finalidade de evitar a expiração do prazo de validade;
3. Os produtos farmacêuticos e correlatos devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado, ou por ocasião da utilização sob o conhecimento do gerente do setor;
4. Empilhar as caixas dos produtos farmacêuticos de grande volume em estrados, obedecendo ao limite máximo permitido;
5. Manter equidistância entre piso e paredes, obedecendo à distância mínima de um metro, entre os estrados e paredes, para facilitar a limpeza, aeração e / circulação de pessoas;
6. Resguardar os materiais contra o furto ou roubo, e protegê-los contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;
7. Manter bom nível de organização, de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;
8. Registrar a temperatura ambiente em "Mapa de Controle de Temperatura e Umidade";
9. Informar periodicamente a existência de produtos farmacêuticos com prazo de validade próximo a vencer;
10. Armazenar os produtos farmacêuticos que requerem baixas temperaturas, imediatamente ao seu recebimento e conferência;
11. Registrar diariamente a temperatura da Câmara Fria, geladeira e freezer;
12.Armazenar os medicamentos psicotrópicos e entorpecentes em armários com chaves e em local seguro.

EXPEDIÇÃO (DISTRIBUIÇÃO):

1. Promover e orientar as retiradas dos produtos farmacêuticos armazenados na Central de Abastecimento Farmacêuticos - CAF, levando em consideração o prazo de validade;
2. Atender as solicitações mediante conferência dos itens digitados, devendo a Nota de Fornecimento estar devidamente assinada pelo Almoxarife, Conferente e pelo colaborador que realizou o recebimento;
3. Registrar na Nota de Fornecimento qualquer inconsistência que houver;
4. Arquivar as Notas de Fornecimento devidamente assinadas, após a entrega dos pedidos.

OUTRAS ATIVIDADES:

1. Garantir as condições mínimas necessárias de qualidade e segurança para armazenamento dos produtos farmacêuticos adquiridos obedecendo aos padrões e normas técnicas específicas que venham assegurar a manutenção das características dos mesmos;
2. Manter atualizada a Relação de Materiais Padronizados e a Relação de Códigos por Centro de Custos;
3. Realizar inventários;
4. Zelar pela conservação dos produtos farmacêuticos e correlatos.
5. Manter arquivadas, por tempo estabelecido pela instituição: Nota de Solicitação, Nota de Entrega de Material, Nota de Devolução de Material e Cópia de Prescrições Médicas;
6. Assegurar a qualidade dos produtos farmacêuticos e correlatos recebidos pelo setor, observando especificações constantes.

Os profissionais do Serviço de Farmácia irão confeccionar seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos necessários ao serviço. Porém o Instituto possui manuais, protocolos e procedimentos operacionais padrão que podem ser adaptados para utilização no UPA, os quais constam em anexo a este projeto:

Manual da farmácia hospitalar

INTRODUÇÃO

Os Serviços Farmacêuticos, regulamentados por diploma governamental, constituem uma estrutura importante dos cuidados de saúde dispensados em meio hospitalar.

O XVI Governo Constitucional através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 128/2002, de 25 de setembro bem como atualizações mencionadas na PORTARIA Nº 4.283, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010, institui o Plano da Farmácia Hospitalar que reformula o Plano de Reorganização da Farmácia Hospitalar, criado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 105/2000, de 11 de Agosto.

Capítulo 1
Serviços Farmacêuticos Hospitalar

1. DEFINIÇÃO, COMPETÊNCIAS E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALAR

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalar têm por objeto o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados, que são designadas por "atividades de Farmácia Hospitalar".
Os Serviços Farmacêuticos Hospitalar são departamentos com autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral dos Órgãos de Administração da unidade, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício.
A direção dos Serviços Farmacêuticos Hospitalar é obrigatoriamente assegurada por um farmacêutico hospitalar.

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalar são o serviço que, na unidade, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipes de cuidados de saúde e promove ações de investigação científica e de ensino.

1.1. RESPONSABILIDADES DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALAR

São responsabilidades dos Serviços Farmacêuticos Hospitalar:
•A gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) do medicamento;
•A gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);
•São os principais responsáveis pela implementação e monitorização da política de medicamentos, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;
•A gestão dos medicamentos experimentais e dos dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios;
•A gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais.

1.2. FUNÇÕES DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALAR

São funções dos Serviços Farmacêuticos Hospitalar 1,2, entre outras:
1. A seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos se dispositivos médicos;
2. O aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos e os dispositivos utilizados para a sua administração;
3. A produção de medicamentos;
4. A análise de matérias primas e produtos acabados;
5. A distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde;
6. A participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica,Infecção Hospitalar, Higiene e outras);
7. A Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
8. A colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
9. A participação nos Ensaios Clínicos;
10. A colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação;
11. A Informação de Medicamentos;
12. O desenvolvimento de ações de formação.

1.3. ÁREAS FUNCIONAIS DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALAR

De acordo com as responsabilidades e funções, os Serviços Farmacêuticos Hospitalar são constituídos pelas seguintes áreas funcionais, no que respeito a Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos 3,4:

- Seleção e Aquisição;
- Recepção e Armazenagem;
- Preparação;
- Controle;
- Distribuição;
- Informação;
- Farmacovigilância, Farmacocinética e Farmácia Clínica.

Planificação Geral dos Serviços Farmacêuticos

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

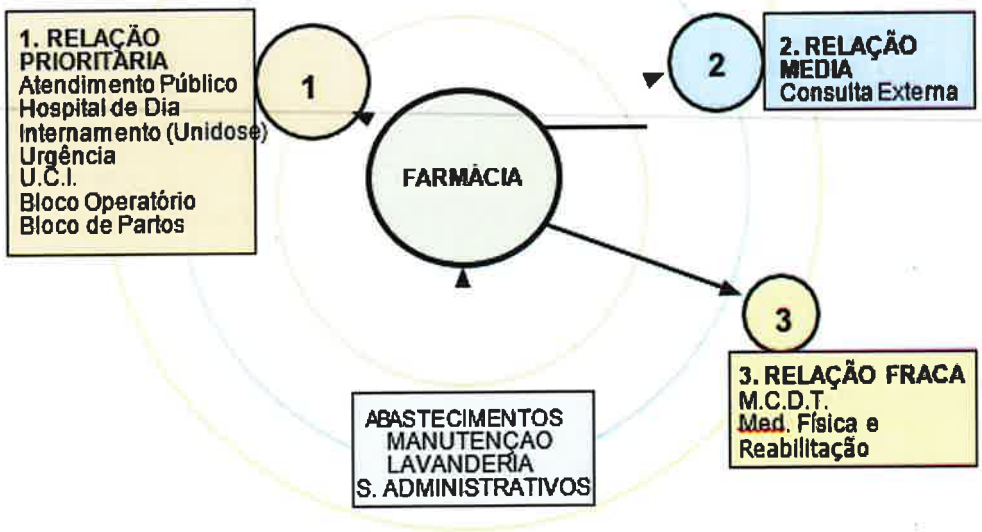
O Planejamento e a Instalação de Serviços Farmacêuticos Hospitalar têm de considerar um conjunto de premissas, nomeadamente quanto ao:

1. Tipo de hospital (central, distrital, especializado);
2. Lotação da unidade;
3. Movimento assistencial previsto para o hospital;
4. Funções acrescidas solicitadas;
5. Existência de distribuição de medicamentos a doentes ambulatórios;
6. Desenvolvimento informático da unidade.

2. LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALAR

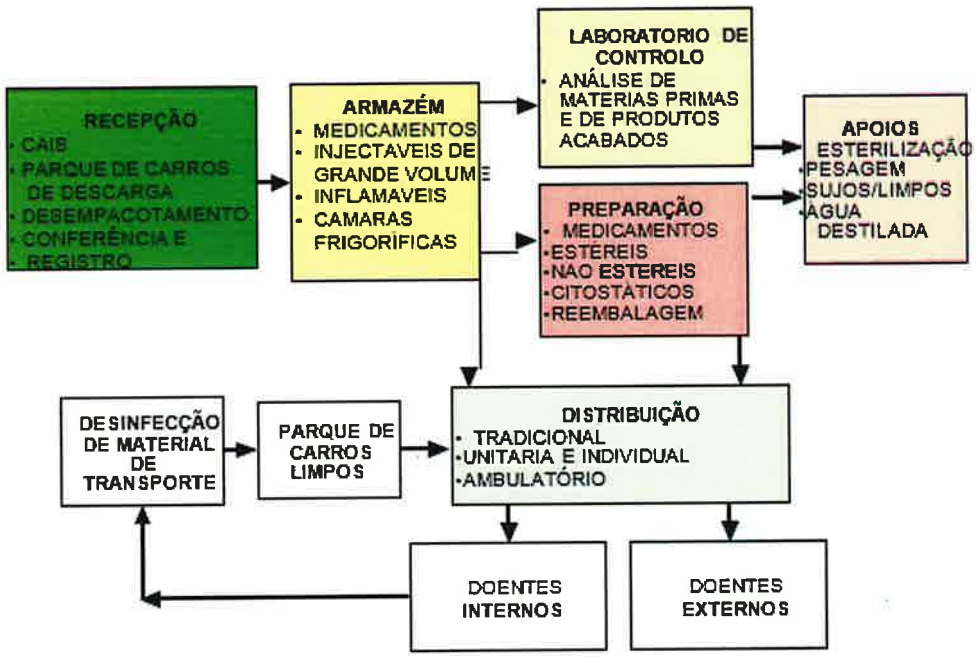
A localização dos Serviços Farmacêuticos deverá sempre que possível, observar os seguintes pressupostos:

• Facilidade de acesso externo e interno;
•Implantação de todas as áreas, incluindo os armazéns, no mesmo piso;
•O setor de distribuição de medicamentos a doentes nos ambulatórios, deverá localizar-se próximo da circulação normal deste tipo de doentes, como por exemplo junto das consultas externas e ter entrada exterior aos serviços farmacêuticos;
•Proximidade com os sistemas de circulação vertical como monta-cargas e elevadores.
O esquema seguinte individualiza as diversas relações preferenciais de proximidade dos Serviços Farmacêuticos com outros serviços.



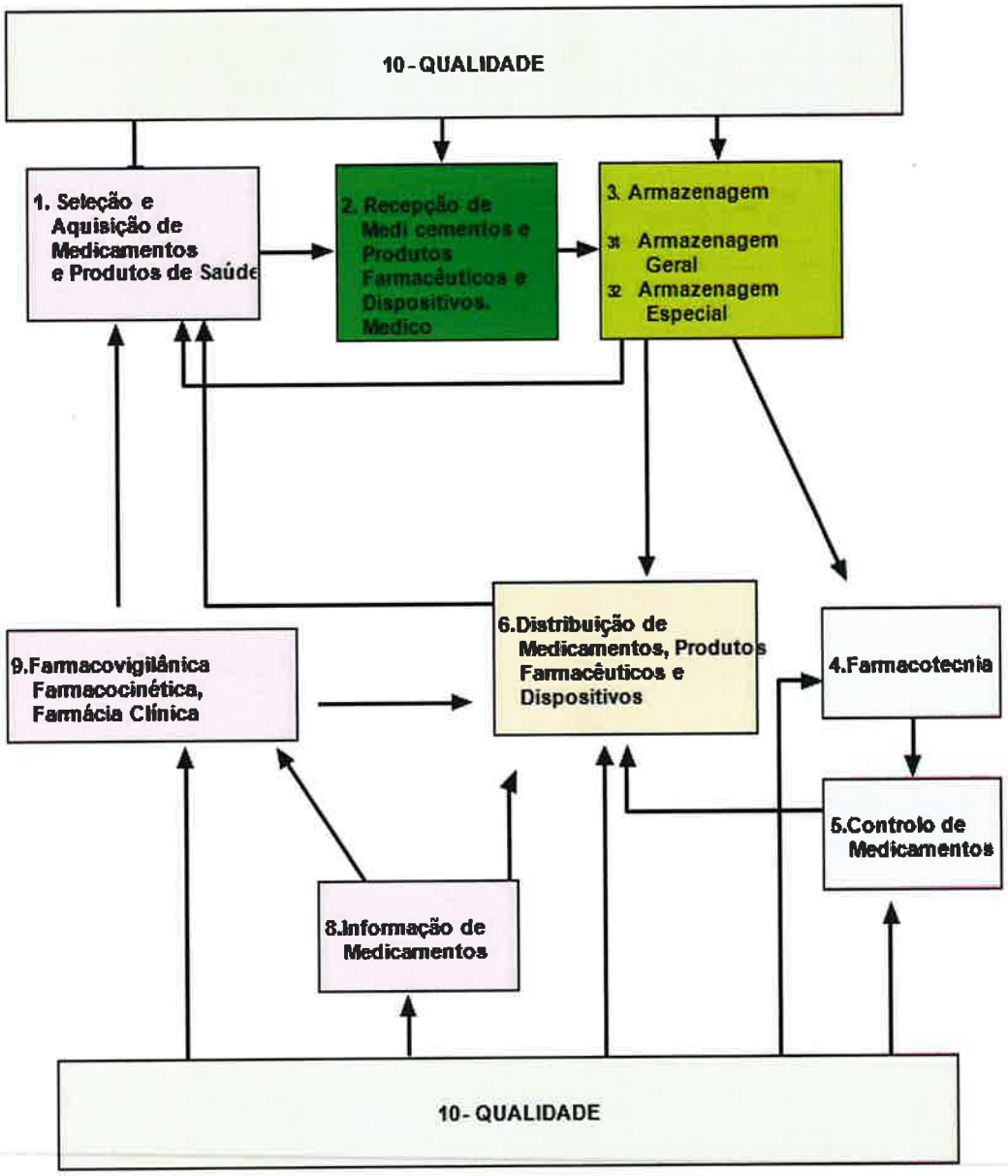
3. CIRCUITOS DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS

O esquema a seguir indicado pretende identificar as diversas relações preferenciais entre as diferentes áreas funcionais dos Serviços Farmacêuticos, no que respeita ao fluxo dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, desde a sua entrada na unidade, até à sua chegada ao doente.



PLANIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS POR ÁREA FUNCIONAL ORGANOGRAMA DAS ÁREAS FUNCIONAIS

O esquema a seguir indicado mostra a relação entre as várias áreas funcionais dos Serviços Farmacêuticos Hospitalar, com a indicação dos números dos pontos do presente capítulo atribuídos a cada área e com a área da qualidade como "chapéu", afetando todas as atividades desses serviços.



Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

A gestão de medicamentos é o conjunto de procedimentos realizados pelos Serviços Farmacêuticos Hospitalar, que garantem o bom uso e dispensa dos medicamentos em perfeitas condições aos doentes da unidade.

A gestão de stocks dos produtos farmacêuticos, nomeadamente dos medicamentos, deverá ser efetuada informaticamente, com atualização automática de stocks.

Quando a por algum problema a solução informática não estiver disponível, ter- se-á excepcionalmente de recorrer ao modelo manual em suporte de papel, com fichas do movimento dos medicamentos (entradas e saídas).

O controle das existências dos medicamentos existentes nos serviços farmacêuticos deve ser efetuado pelo menos uma vez por ano e ser sujeito a contagens extraordinárias quando for caso disso, nomeadamente nos Medicamentos de Uso Condicionado.

A gestão de medicamentos tem várias fases, começando na sua seleção, aquisição e armazenagem, passando pela distribuição e acabando na administração do medicamento ao doente.

1. SELEÇÃO E AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS

A seleção de medicamentos para o hospital deve ter por base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e as necessidades terapêuticas dos doentes da unidade. A adenda ao FHNM da unidade deverá estar permanentemente disponível para consulta.

A seleção de medicamentos a incluir na adenda ao FHNM será feita pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, com base em critérios baseados nas necessidades terapêuticas dos doentes, não contempladas no FHNM, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e em critérios fármaco-económicos.

O farmacêutico hospitalar é responsável por garantir aos doentes os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos de melhor qualidade e aos mais baixos custos.

A aquisição dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, é da responsabilidade do farmacêutico hospitalar, devendo ser efetuada pelos Serviços Farmacêuticos em articulação com o Serviço de Aprovisionamento.

Os Serviços Farmacêuticos têm de ter ligação à Internet para que seja possível o acesso direto ao "Catálogo do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)" e a outros catálogos electrónicos de consulta.
O suporte documental das aquisições deve ser devidamente arquivado, durante o período exigido pela legislação.

1.1. EQUIPAMENTO

- Terminal de computador
- Impressora
- Telefone
- Secretária e cadeiras
- Arquivador

1.2. INSTALAÇÕES TÉCNICAS ESPECIAIS

a) Instalações elétricas
Alimentação dos computadores por "Uninterrupted Power System " U.P.S.
b) Deverão ser previstas tomadas da rede estruturada de voz e dados– no mínimo uma tomada dupla junto de cada utilizador potencial de telefone e/ou computador e tomadas adicionais junto de todos os equipamentos com possibilidade de ligação à rede de informática para trânsito de dados, ou ao sistema de gestão técnica do edifício, nomeadamente equipamento de controlo de medicamentos e equipamento de frio.
Esta rede deverá existir em todas as áreas do Serviços Farmacêuticos Hospitalares, sempre que tal se justifique, pelo que apenas se refere neste ponto, tornando-o extensivo aos restantes.

1.3 RECURSOS HUMANOS

Deverão existir nesta área, como mínimo:

- 1 Farmacêutico;
- 1 Administrativo

1.4. NORMAS E PROCEDIMENTOS

Tal como descrito anteriormente, os medicamentos a adquirir são selecionados obrigatoriamente por um farmacêutico.
Essa seleção faz-se seguindo o Formulário Nacional de Medicamentos Hospitalares e/ou a Adenda de Medicamentos da unidade, resultante das diretrizes da Comissão de Farmácia e Terapêutica da unidade.
A aquisição de medicamentos deve ser suportada pelo Sistema de Gestão dos Serviços Farmacêuticos, devendo ser registados os seguintes dados mínimos:
Data e número do pedido
Descrição do fornecedor
Enumeração e identificação dos produtos e respectivas quantidades.

O Diretor/Coordenador do Serviço será o responsável pelas aquisições dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos.

2. RECEPÇÃO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS

1 Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de Novembro
Os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, depois de devidamente requisitados pelos serviços farmacêuticos, serão entregues nesses serviços.

2.1. ESTRUTURA FÍSICA

Deve ter acesso direto ao exterior (cais exterior de acesso) e ter fácil acesso ao armazém dos medicamentos;
Deve possuir área de manobra e estacionamento de carros de transporte e possível instalação de tapete rolante, separado da circulação geral por cortina de borracha (15 m2);
Deve ser separada do armazém, mas ter fácil acesso a ele;
Deve prever porta com largura suficiente para entrada de volumes grandes;
Deve proteger devidamente as remessas em relação às condições climatéricas;
Deve constar de uma área de recepção dos volumes e de uma área administrativa. A área mínima total deve ser de 40 m2 (20+20).

2.2. EQUIPAMENTO

Terminal de computador
Arquivo
Cadeiras
Balcão a separar a zona de recepção da zona de conferência das remessas.

2.3. INSTALAÇÕES TÉCNICAS ESPECIAIS

Idêntica a 1.2.

2.4. RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos que deverão existir na recepção de medicamentos são:
- 1 TDT que pode ser em tempo parcial, TP
- 1 AAM
- 1 Administrativo

2.5. NORMAS E PROCEDIMENTOS

A Recepção de medicamentos e produtos de saúde implica:

Conferência qualitativa e quantitativa dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos recepcionados;
Conferência da guia de remessa com a nota de encomenda;
Assinatura da nota de entrega e entrega de um duplicado ao transportador;
Conferência, registo e arquivo da documentação técnica (certificados de análise);
Registo de entrada do produto;
Envio do original da guia de remessa para o Serviço de Aprovisionamento;
Envio dos produtos para armazenamento, tendo em atenção os critérios técnicos (condições especiais de armazenagem, segurança especial de medicamentos);
A conferência de hemoderivados exige ainda a conferência dos boletins de análise e dos certificados de aprovação emitidos pelo INFARMED, que ficam arquivados junto com a respectiva fatura em dossiês específicos (por ordem de entrada).

3. ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS DE SAÚDE E DISPOSITIVOS MÉDICOS

3.1. ARMAZENAMENTO GERAL

3.1.1. Estrutura física

O armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos deve ser feito de modo a garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos.

Assim, o armazém de medicamentos deverá ter as seguintes condições mínimas:

Área de 150 a 200m2;
Facilidade de limpeza;
Fechadura exterior que permita o encerramento;
Permitir condições de rotação de stock – primeiro entrado/primeiro saindo, exceto nos casos em que o prazo de validade do medicamento ou produto em causa, o determine;
Janelas, se existirem, devidamente protegidas contra a intrusão de pessoas e animais;
Portas largas onde possam circular paletes no caso do armazém de injetáveis de grande volume;

Dimensões adequadas à instalação de suportes para armazenamento de medicamentos e/ou soluções de grande volume, como prateleiras ou/e armários, para que nenhum produto assente diretamente no chão;
Ter condições ambientais adequadas (temperatura inferior a 25° C, proteção da luz solar direta e umidade inferior a 60 %).

3.1.2. Equipamento

O equipamento básico deverá ser o seguinte:

Estantes/armários, para armazenamento de medicamentos;
Porta paletes eléctrico;
Bancadas de trabalho;
Lavatório para lavagem de mãos;
Termo higrômetro. Equipamento de segurança
Extintores;
Sistema de alarme automático;
Estojo de primeiros socorros em local visível e assinalado;
Sinalética adequada.

3.1.3. Instalações Técnicas Especiais

a) Monitorização contínua dos parâmetros de temperatura e humidade, pelos serviços farmacêuticos e gestão técnica.

b) Água e esgotos
Lavatório para lavagem de mãos

c) Segurança contra incêndios Extintores
Sistema de alarme automático

3.1.4. Recursos humanos

Os recursos humanos mínimos que deverão existir no armazém dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, são:
1 Farmacêutico;
1 TDT
1AAM

3.1.5. Normas e Procedimentos

Os parâmetros de temperatura e humidade devem ser monitorizados continuamente e registados;
Os medicamentos devem ser arrumados nas prateleiras ou gavetas (nunca em contato direto com o chão), de modo a haver circulação de ar entre eles;
Todos os medicamentos devem estar devidamente rotulados (nas prateleiras ou gavetas) e arrumados segundo a classificação do FHNM ou por ordem alfabética;

Os prazos de validade dos medicamentos devem estar devidamente verificados e controlados, preferencialmente por via informática para permitir a sua traceabilidade;
Os medicamentos deverão ser armazenados segundo o princípio de "primeiro chegado – primeiro saído" ou pelo prazo de validade.

3.2. ARMAZENAMENTO ESPECIAL

3.2.1. Estruturas físicas Inflamáveis

- Local individualizado do restante armazém com:
- Acesso pelo interior com porta corta-fogo de fecho automático, a abrir para fora;
- Paredes interiores reforçadas e resistentes ao fogo;
- Vão exterior fusível;
- Chão impermeável, inclinado, rebaixado e drenado para bacia coletora, não ligado ao esgoto.

Gases Medicinais
- Área separada do restante armazém.

Estupefacientes
- Local individualizado com fechadura de segurança;
- Prateleiras que permitam a arrumação dos medicamentos estupefacientes de forma correta (separados e rotulados).

Citotóxicos
- Armazenamento separado dos outros medicamentos;
- Estojo de emergência em local visível e assinalado.

Medicamentos e reagentes que necessitam refrigeração
- Câmara frigorífica;
- Sistema de controlo e registo de temperatura;
- Sistema de alarme automático.

3.2.2. Equipamento Inflamáveis
1 Portaria n.º 53/71 de 3 de Fevereiro
2 Portaria n.º 53/71 de 3 de Fevereiro

Detector de fumos;
Sistema de ventilação;
Instalação eléctrica (incluindo lâmpadas, interruptores etc.) deverá ser do tipo antideflagrante;
Chuveiro de teto acionado por alarme;
Sinalética apropriada.

Gases Medicinais
Nada de especial a referir.

Estupefacientes
O local individualizado com fechadura de segurança, deve ter prateleiras que permitam a arrumação dos medicamentos estupefacientes de forma correta (separados e rotulados).

Citotóxicos
Armário específico, separado dos outros medicamentos;
Estojo de emergência em local visível e assinalado.

Medicamentos que necessitam refrigeração
Frigoríficos se não existir câmara frigorífica; Sistema de controle e registo de temperatura;
Sistema de alarme automático. Medicamentos que necessitam congelação
Existência de arcas congeladoras com controle e registo permanente da temperatura.

3.2.3. Instalações Técnicas Especiais Inflamáveis*

a) Água e esgotos
Chuveiro de teto acionável por fusível; Piso rebaixado com ralo para esgoto.
b) Segurança contra incêndios Extintor;
Sistema de alarme automático.
c) Instalações eléctricas Equipamento anti-deflagrante.

Gases Medicinais
a) AVAC
Ventilação natural

b) Segurança contra incêndios
Proteger do contato com óleos e gorduras Estupefacientes
1) Termo-higrómetro para monitorizar os parâmetros de temperatura e humidade
2) Temperatura e humidade monitorizadas através dos Serviços Farmacêuticos e da Gestão Técnica centralizada

Citotóxicos
a) AVAC
Nada a referir

Medicamentos que necessitam de refrigeração Câmara frigorífica:
- Temperatura entre 2° e 8° C;
- Sistema de controlo e registo de temperatura;
- Sistema de alarme automático.

Nota: Condensadores em zona ventilada

3.2.4. Recursos Humanos

Os recursos humanos técnicos nos medicamentos que necessitam armazenamento especial devem obedecer ao legislador, nomeadamente no que diz respeito aos hemoderivados, estupefacientes e psicotrópicos.

3.2.5. Normas e Procedimentos

Os medicamentos que, por força da legislação tenham condições especiais de segurança (estupefacientes e psicotrópicos, hemoderivados e eritropoietinas), deverão obedecer ao legislado;
Assim, para os estupefacientes e psicotrópicos:

O controle deve ser feito por meio informático e em casos excepcionais, pode ser feito em papel ou misto.
Os movimentos de entradas e saídas destes medicamentos são registados no "Livro de Registos de Estupefacientes e Psicotrópicos" segundo o legislado na Portaria n. ° 981/98 de 18 de setembro, matéria regulada no Decreto Regulamentar n. ° 61/94 de 12 de outubro e Decreto-Lei n. ° 15/93 de 22 de janeiro, com retificação de 20 de fevereiro.

4. FARMACOTECNIA

Atualmente, são poucos os medicamentos que se produzem nos hospitais, ao contrário do que sucedia há uma década.

As preparações que se fazem atualmente, destinam-se essencialmente a:
– Doentes individuais e específicos (fórmulas pediátricas por ex.);
– Reembalagem de doses unitárias sólidas;
– Preparações assépticas (soluções e diluições de desinfectantes);
– Preparações estéreis ou citotóxicas individualizadas.
Apesar da preparação de medicamentos ter sido alterada, mantém-se a exigência de produzir preparações farmacêuticas seguras e eficazes.

Para que esse objetivo seja alcançado é necessário haver uma estrutura adequada e um sistema de procedimentos que assegure um "Sistema de Qualidade na Preparação de Formulações Farmacêuticas".
Assim, a área destinada a este processo de produção e controlo terá de ter em conta o tipo e o nível de exigência das preparações farmacêuticas e o local onde essa preparação será feita, (no caso de preparação de citotóxicos, por exemplo, deverá ter-se em conta, se essa preparação será feita na farmácia ou na unidade de dia).

4.1. PREPARAÇÃO DE FÓRMULAS MAGISTRAIS

4.1.1. Estrutura Física

Espaço adequado para separação das atividades desenvolvidas (pelo menos 2 áreas separadas, uma para "uso interno" e outra para "uso externo"), com uma área mínima de 30 m2 para preparação de medicamentos em geral;
Área de cerca de 20 m2 para lavagem de material de laboratório e material de acondicionamento das formas farmacêuticas efetuadas, que pode servir outras atividades de preparação e controlo de medicamentos;
Iluminação e ventilação adequadas, temperatura e humidade controladas;
Localização afastada de zonas movimentadas e contaminadas;
A tubagem deve estar devidamente rotulada e com indicação do fluxo, quando for caso disso.

4.1.2. Equipamento

O equipamento básico deverá ser o seguinte:
- Banho-maria com termostato;
- Destilador ou equipamento equivalente;
- Máquina para lavagem e desinfecção de material;
- Material de laboratório diverso (provetas, pipetas, balões aferidos, etc.);
- Autoclave com registo de temperatura;

- Equipamento para enchimento de cápsulas;
- Sistema para tamisação;
- Sistema de filtração esterilizante;
- Equipamento para capsular frascos;
- Máquina de selagem de plásticos;
- Balança analítica e electrónica (sensível a 0.1mg);
- Balança monoprato electrónica (sensível a 0.01g);
- Bancadas de apoio antivibratórias;
- Computador e impressora;
- Armários para armazenamento adequado de matérias primas, material de laboratório e material de acondicionamento; • Lavatório para lavagem de mãos;
- Tina de lavagem.

4.1.3. Instalações Técnicas Especiais

a) Água e esgotos
Lavatório para lavagem de mãos Tina de lavagem

4.1.4. Recursos humanos
O número, varia muito com a quantidade de preparações executadas, devendo haver como mínimo:

- 1 Farmacêutico 1,
- 1 TDT
- 1 AAM

4.1.5. Normas e Procedimentos
A elaboração das formulações preparadas nos serviços farmacêuticos hospitalares (medicamentos manipulados), é regulado pelos Decretos-Lei n.º 90/2004, de 20 de Abril, e nº 95/2004, de 22 de Abril e pela Portaria n.º 594/2004 de 2 de Junho, que aprova as "Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar".
Assim, na preparação de medicamentos manipulados, o farmacêutico hospitalar, deve seguir as "Boas práticas" que constam do anexo à Portaria n.º 594/2004 de 2 de junho.

4.2. PREPARAÇÕES ESTÉREIS
O fabrico de preparações estéreis deve ser feito em áreas limpas, em que a entrada de pessoal e dos materiais é feita por antecâmaras. As áreas limpas devem ser mantidas num estado de limpeza convencionado e alimentadas com ar devidamente filtrado, como vem descrito na Portaria n. º 42/92 de 23 de Janeiro.

As operações para a preparação dos componentes, preparação do produto, enchimento e esterilização têm de ser feitas em áreas limpas e separadas.

4.2.1. Estrutura Física

As áreas limpas têm de ter superfícies expostas lisas, impermeáveis, sem juntas, para minimizar a libertação e acumulação de partículas ou microrganismos, permitindo a aplicação repetida de agentes de limpeza e de desinfectantes, quando for caso disso;
A área mínima é de 24 m2 distribuída da seguinte maneira:

Antecâmara para higienização e mudança de roupa – 12 m2
Adufa entre a câmara e a sala de preparação (sistema de duas portas) – 2m2
Sala de preparação – 10 m2
Devem evitar-se recantos de limpeza difícil, saliências, prateleiras, armários e equipamentos desnecessários;
Não utilizar portas deslizantes nem fechos manuais;
Os tetos falsos devem ser estanques, para evitar a contaminação do espaço através deles;
A tubagem e as condutas devem ser instaladas sem ressaltos para fácil limpeza;
A antecâmara tem de ter um lavatório onde se lavam e desinfetam as mãos, com comando de cotovelo ou célula;
A sala de preparação deverá ter:
Um sistema com duas portas de ligação à antecâmara, uma do lado de fora da sala de preparação e outro interior, estando obrigatoriamente uma porta fechada enquanto a outra estiver aberta;
Janela de dupla porta com espaço para transferência de produtos e portas de duplo encravamento;
O ar dentro da zona de preparação deverá ser condicionado e filtrado e haver uma pressão positiva dentro da sala.
Os esgotos e lavatórios devem ser excluídos das áreas onde decorrem operações assépticas.

4.2.2. Equipamento Antecâmara

- Armários para armazenar os materiais necessários às preparações;
- Sistema de comunicação com a sala de preparação (intercomunicador);
- Lavatorio e secador automático de mãos;
- Computador;
- Armários vestiários e uma banqueta, a separar duas zonas.

Sala de Preparação
- Câmara de fluxo de ar laminar para proteção do produto;
- Bancadas e prateleiras de apoio que devem ser de aço inox, onde se possa colocar todo o material necessário à preparação;
- Relógio de parede.

4.2.3. Instalações Técnicas Especiais Antecâmara

a) Água e esgotos
Lavatório para lavagem e desinfecção de mãos Tomada de água destilada

b) Instalações eléctricas Intercomunicador
Sala de Preparação

4.2.4. Recursos Humanos deverá haver como mínimo:
- 1 Farmacêutico;
- 1 TDT;
- 1AAM;

4.2.5. Normas e Procedimentos

A preparação de medicamentos estéreis necessita de cuidados especiais, de modo a minimizar a contaminação microbiológica e a existência de pirogênios;
Esta preparação efetua-se em áreas limpas (salas de preparação), com antecâmaras de passagem obrigatória para pessoas e materiais, onde o pessoal deixa a roupa que traz do exterior, equipando se com o vestuário adequado, luvas, toucas e máscara com que irá trabalhar na sala de preparação;
As áreas limpas têm de ser mantidas num estado de limpeza convencionado para estas áreas e alimentadas com ar adequadamente filtrado;
As características das áreas limpas para o fabrico de preparações estéreis estão regulamentadas na Portaria n.º 42/92 de 23 de Janeiro;
Deve haver procedimentos escritos com as normas de manutenção, verificação e higienização destas áreas e equipamentos;
Os detergentes e desinfetantes usados devem ser controlados e usados mais do que um tipo para evitar resistência e seleção microbiana;
Todo o pessoal envolvido na preparação, limpeza e manutenção deve receber formação contínua sobre os procedimentos e a disciplina a observar, incluindo elementos básicos de desinfecção e higiene;
As áreas limpas devem ser controladas microbiologicamente a intervalos regulares;
Devem ser feitos registos de todas as operações efetuadas assepticamente assim como do tempo de preparação, o operador, o número de lote dos produtos e a data de preparação;
A embalagem e rotulagem do produto final deve permitir a correta identificação do produto, (nome e composição com respectivas quantidades), número de lote, prazo de validade, e outras observações pertinentes (nome da unidade, condições de armazenamento);
Devem ser efetuados ensaios de esterilidade e validação da preparação estéril. Estes ensaios compreendem a validação dos métodos de esterilização usados, testes ambientais (ar, superfícies e pessoal), e ensaios de esterilidade do produto final, feitos por amostragem;
Devem ser feitos ensaios de pesquisa de pirogênios em todos os produtos de administração parentérica e soluções para irrigação de cavidades corporais ou lavagem de feridas cirúrgicas.

4.3. PREPARAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA E/OU MISTURAS INTRAVENOSAS – MIV

4.3.1. Estrutura Física

Idênticas às das preparações estéreis, podendo ser utilizada a mesma sala.

4.3.2. Equipamento

Idênticas às preparações estéreis, com mais os seguintes equipamentos:

- Câmara de vácuo para enchimento de bolsas (Adulto);
- Frigorífico com sistema de alarme e controle de temperatura.

4.3.3. Instalações Técnicas Adequadas Idênticas às preparações estéreis.

4.3.4. Recursos Humanos

Idênticos às preparações estéreis.

4.3.5. Normas e Procedimentos

Deve haver procedimentos escritos, elaborados e assinados por um farmacêutico;
Esses procedimentos incluem:
Manual de procedimentos de trabalho na zona de preparação destas misturas;
Documentação relativa à elaboração de MIV, guia e procedimento normalizado de elaboração e controlo de cada tipo de MIV. O procedimento inclui a identificação da mistura com os seus componentes, método de elaboração, material de acondicionamento, via e condições de administração, condições de conservação e validade;
Diário de registo da sala da câmara de fluxo laminar;
Ficha de controlo/garantia de qualidade.
O farmacêutico é responsável pela validação da prescrição médica, devendo comprovar a concentração final da mistura, estabilidade, incompatibilidades, posologia e volume prescrito, de acordo com as características do doente, condições de administração e duração do tratamento;
Outros requisitos indispensáveis a verificar são a data de prescrição, os dados do doente e dados de cada componente da mistura;
A prescrição depois de validada pelo farmacêutico, e se não for efetuada por via informática, deve ser transcrita de preferência com apoio informático de maneira que sejam geradas etiquetas com toda a informação necessária para uma identificação correta do doente, da mistura, via de administração e data de validade. Deve ser também elaborada uma folha de trabalho para a preparação da mistura.
Essa folha de trabalho deve ser normatizada;
Todas as operações devem obedecer às técnicas e procedimentos de preparações estéreis;
Os técnicos que preparam essas misturas (farmacêutico e/ou TDT) devem ter formação e treino adequados e devem estar equipados de acordo com o trabalho em condições assépticas;
A câmara de fluxo laminar deve ser ligada, pelo menos 30 minutos antes de se iniciar a manipulação;
Antes de iniciar o trabalho deve-se assegurar que todo o material necessário à preparação está presente e em boas condições. A superfície das embalagens deve ser desinfectada com gaze e álcool de 70°. O resto do material tem de estar em condições estéreis. A câmara de fluxo de ar laminado deve ser limpa e depois desinfectada com álcool de 70°;
Os materiais devem ser colocados na câmara, permitindo a circulação de ar, a 15 cm da parte frontal da mesma;
Antes, durante e depois da preparação de MIV, devem realizar-se verificações da mistura, tais como identificação, cor, limpidez;
O enchimento da bolsa com a MIV pode ser feito de modo manual ou automático. Tanto num caso como noutro tem de estar perfeitamente definido a ordem de mistura dos diversos componentes;
A folha de trabalho deve ser assinada pelo técnico que procedeu à preparação da mistura;
Todo o processo de preparação deve ser supervisionado por um farmacêutico;
Deve existir um sistema de controle de qualidade das operações realizadas e do funcionamento do sistema.

4.4. PRODUTOS CITOTÓXICOS

4.4.1. Estrutura Física

Idênticas às descritas para as preparações estéreis, com a única diferença de que a pressão de ar na sala de preparação, deve ser negativa.

4.4.2. Equipamento

Os equipamentos necessários para a preparação dos citotóxicos são semelhantes aos usados na preparação de estéreis com as seguintes alterações:

• Câmara de fluxo de ar laminar vertical da Classe II B, com preferência para as da Classe II B2, de exaustão total ou sistemas isoladores (cabines fechadas, com acesso do manipulador por mangas de borracha).

4.4.3. Instalações Técnicas Especiais Antecâmara
a) AVAC
Semelhante à das preparações estéreis.

4.4.4. Recursos Humanos

Idêntico às preparações estéreis

4.4.5. Normas e Procedimentos

Devem existir normas e procedimentos escritos que garantam que os padrões de qualidade, higiene e desinfecção são cumpridos e verificados; (manual de procedimentos de trabalho, tratamento de derrames, procedimentos normalizados de manutenção e limpeza, guia de manipulação de citotóxicos).
Normas para a preparação de citotóxicos:
O pessoal que prepara os citotóxicos deverá estar equipado com vestuário protetor, luvas, touca, óculos de proteção e máscara, que substitui a roupa que trazem de casa, (troca efetuada na antecâmara de um lado da banqueta, sentando-se em cima dele, passando com as pernas para o outro lado e colocando então a proteção dos sapatos). Depois de lavar e secar (com secador automático) muito bem as mãos, colocar a touca e a máscara cirúrgica, vestir a bata esterilizada, o primeiro par de luvas que deve cobrir completamente o pulso e estender-se por cima do punho da bata. Colocar depois o segundo par de luvas e só então entrar na sala de preparação;
Não poderão preparar citostáticos, grávidas ou mães a amamentar, pessoal que já tenha efetuado um tratamento de quimioterapia ou tenha alergias a fármacos;
O pessoal preparador tem de ter uma vigilância médica regular e periódica;
A preparação de citotóxicos é sempre precedida por uma prescrição médica e validada por um farmacêutico hospitalar;
O material usado (agulhas e seringas, tesouras, tabuleiro metálico, contentores para material usado, compressas, etc.) deverá estar previamente todo dentro da sala limpa;
A laboração deve efetuar-se com a mesma rotina;
Todas as embalagens das soluções de citotóxicos (seringas e frascos), antes de irem para as áreas de terapêutica, devem ser devidamente rotuladas;
O operador não pode fumar, comer, beber ou mascar pastilhas, nem guardar quaisquer alimentos na área limpa (sala de preparação);
Também não deve usar adornos ou relógios nem cosméticos;
O material rejeitado que esteve em contato com os citotóxicos deve ser embalado em sacos de plástico fechados rotulados e enviados para incineração;
O material contaminado, mas reutilizável é acondicionado em outro saco de plástico devidamente rotulado para posterior lavagem;

Os citotóxicos sobrantes não devem nunca ser lançados nos esgotos, mas antes incinerados;
Todas as superfícies da área limpa devem ser lavadas com água e sabão, enxutas com papel e desinfectadas com álcool de 70%;
Tanto os operadores da preparação dos citotóxicos como o pessoal de limpeza devem ter formação prévia adequada;
Deve existir uma ficha de controlo/garantia de qualidade.
Normas de utilização da câmara de fluxo de ar laminar:
Ligar a câmara de fluxo laminar pelo menos 30 minutos antes de se iniciar a manipulação;
Limpar e desinfectar as superfícies com álcool a 70%;
Manipular os produtos com técnica asséptica;
No fim do trabalho, tornar a limpar as superfícies com álcool a 70%;
A câmara deve continuar ligado 15-20 minutos depois de concluído o trabalho;
A superfície da câmara de fluxo laminar vertical deve ser protegida com um campo estéril e substituído sempre que contaminado;
A câmara deve ser revista tecnicamente por empresas certificadas, sendo os relatórios da revisão enviados pelo farmacêutico responsável e guardadas no arquivo dos relatórios de controlo;
Devem existir normas escritas sobre medidas a tomar em caso de acidente ou derrame do produto citotóxico;
Deve existir controlo de assepsia;
O pessoal deve ser devidamente alertado para não usar alimentos, cosméticos e adornos pessoais (incluído relógio de pulso).

4.5. REEMBALAGEM DE MEDICAMENTOS

A reembalagem e rotulagem de medicamentos unidose deve ser efetuada de maneira a assegurar a segurança e qualidade do medicamento. Esta área dos serviços farmacêuticos, quando devidamente equipada, consegue cumprir os seus objetivos principais, que são:

Permitir aos Serviços Farmacêuticos disporem do medicamento, na dose prescrita, de forma individualizada (dose unitária – dose de medicamento que não necessita de mais manipulações para ser administrada aos doentes), permitindo assim, reduzir o tempo de enfermagem dedicado à preparação da medicação a administrar, reduzir os riscos de contaminação do medicamento, reduzir os erros de administração e uma maior economia;
Garantir a identificação do medicamento reembalado (nome genérico, dose, lote, prazo de validade);
Proteger o medicamento reembalado dos agentes ambientais;
Assegurar que o medicamento reembalado pode ser utilizado com segurança, rapidez e comodidade.

4.5.5. Normas e Procedimentos

A área de reembalagem de medicamentos deve ter como responsável um farmacêutico;
A quantidade de medicamentos a reembalar deverá ser inferior ao consumo de 6 meses;
O prazo de validade do medicamento reembalado tem de ter em conta o prazo de validade inicial desse medicamento;
Cada linha de reembalagem de um medicamento deverá estar perfeitamente separada das outras;

Da identificação do medicamento reembalado deve constar obrigatoriamente, em cada embalagem:
Nome genérico;
Dosagem;
Prazo de validade;
Lote de fabrico.
Desejavelmente, deve ainda constar:
Nome comercial;
Lote de reembalagem;
Código de barras.

5.5. NORMAS E PROCEDIMENTOS

•Deve haver normas escritas sobre os procedimentos e calibração de todo o equipamento e os registos devidamente arquivados;
•As matérias-primas, material de embalagem e de fecho devem ser mantidas em quarentena enquanto se procede à sua análise. Se os Serviços Farmacêuticos Hospitalares não dispuserem de um laboratório que possa fazer a análise das matérias primas, deve ser desenvolvido um sistema de garantia de qualidade que deve incluir:
•Aquisição de matérias primas de origem conhecida de reconhecida qualidade.
•Exigência de certificados de análise dos produtos fornecidos pelo fornecedor, atestando a sua qualidade.
•Matérias primas com prazo de validade fornecido pelo fornecedor.
•A análise das matérias-primas, incluindo a água, far-se-á segundo as monografias e exigências da Farmacopeia Portuguesa;
•Formação adequada do pessoal, incluindo pessoal de limpeza e manutenção;
•Elaboração e arquivamento de registos de todos os procedimentos efetuados.

6. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

A distribuição de medicamentos tem como objetivo:
• Garantir o cumprimento da prescrição;
• Racionalizar a distribuição dos medicamentos;
• Garantir a administração correta do medicamento;
• Diminuir os erros relacionados com a medicação (administração de medicamentos não prescritos, troca da via de administração, erros de doses, etc.);
• Monitorizar a terapêutica;
• Reduzir o tempo de enfermaria dedicado às tarefas administrativas e manipulação dos medicamentos;
• Racionalizar os custos com a terapêutica.

Temos de distinguir:
- A distribuição a Doentes em regime de internamento:
- Sistema de Reposição de Stocks Nivelados
- Sistema de Distribuição em Dose Unitária e/ou Individual
- A distribuição a Doentes em regime de ambulatório;
- A dispensa de medicamentos e dispositivos médicos ao público;
- A dispensa de medicamentos sujeitos a legislação restritiva, como:
  - Estupefacientes e Psicotrópicos

- Hemoderivados

6.1. DISTRIBUIÇÃO A DOENTES INTERNADOS

6.1.1. Estrutura Física

- Localizado de modo a ter acesso fácil aos serviços clínicos e a um fluxo normal com a área de preparação de medicamentos em dose individual;
- Espaço amplo, com áreas de 60 m2 a 90m2;
- Áreas de entrega de requisições e de validação dessas requisições, separadas da área de aviamento;
- Área de limpeza dos carrinhos de unidose, situada antes da área de trabalho;
- Portas de tamanho adequado aos carros de dose unitária;
- Boa iluminação e ventilação;
- Temperatura e humidade controlados.

6.1.2. Equipamento

- Cassetes de dose unitária,
- Carros transportadores dos módulos de dose unitária,
- Bancadas e estantes de apoio à distribuição de medicamentos,
- Cadeiras adaptadas à altura das bancadas,
- Frigoríficos com sistema de alarme e controle de temperatura,
- Carros para distribuição de injetáveis de grande volume,
- Carros para transporte de citotóxicos,
- Carros de reposição de stocks por níveis,
- Secretárias e cadeiras,
- Terminais de computador,
- Bancadas de trabalho,
- Telefones.

6.1.3. Instalações Técnicas Especiais Desinfecção e Parque de Carros
a) AVAC
Extração específica da zona
b) Águas e Esgotos
Ralo no pavimento e pistola de lavagem de carros

6.1.4. Recursos Humanos

•A distribuição de medicamentos é sempre da responsabilidade deum farmacêutico hospitalar, que terá de validar toda a prescrição médica1;
•Em qualquer período de funcionamento deste serviço terá de estar sempre presente um farmacêutico;
•O número de farmacêuticos, técnicos e auxiliares depende do número de camas da unidade, do tipo de distribuição de medicamentos utilizado e da existência ou não de equipamentos semiautomáticos de reembalagem e distribuição de medicamentos;

- Deve haver pelo menos:

2 Farmacêuticos 1 ; 2 ; 3 (distribuição a doentes internados, a doentes ambulatórios e medicamentos com legislação especial como estupefacientes, eritropoietinas e hemoderivados).

- 2 TDT
- 2 AAM

6.1.5. Normas e Procedimentos

•A distribuição de medicamentos é a atividade dos serviços farmacêuticos com mais visibilidade e onde mais vezes se estabelece o contato destes serviços com os serviços clínicos da unidade;

1 Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de Novembro.
2 Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 45/96 de 3 de Setembro.
3 Despacho Conjunto n.º 1051/2000 de 14 de Setembro, dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde.

•Deve existir um manual de procedimentos para a distribuição de medicamentos;
•Integrado no sistema de informação e gestão dos SF, deve proceder-se a um registo individualizado da medicação que cada doente recebe enquanto estiver internado ou da medicação fornecida pelo hospital na distribuição ambulatória, com o objetivo de monitorizar a terapêutica medicamentosa do doente. O registo farmacoterapêutico deverá mencionar o diagnóstico, doenças crónicas existentes e alergias;
•A dispensa de medicamentos só será efetuada perante a apresentação de uma prescrição médica que pode ser informatizada ou manual, onde pelo menos constem os seguintes elementos:
• Identificação do doente
• Data da prescrição
•Designação do medicamento por DCI e indicação de dose, forma farmacêutica e via de administração
• Identificação do médico prescritor
• Deve haver um registo de incidentes reportados em relação aos medicamentos distribuídos, nomeadamente de reações adversas, incompatibilidades, devoluções, etc.

Distribuição de Medicamentos em Dose Individual Unitária e Unidose
A distribuição de medicamentos em sistema de dose unitária surge como um imperativo de:
• Aumentar a segurança no circuito do medicamento;
• Conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes;
• Diminuir os riscos de interações;
• Racionalizar melhor a terapêutica;
• Os enfermeiros dedicarem mais tempo aos cuidados dos doentes e menos nos aspectos de gestão relacionados com os medicamentos;
• Atribuir mais corretamente os custos;
• Redução dos desperdícios.

Para que este sistema seja aplicado é necessário que haja uma distribuição diária de medicamentos, em dose individual unitária, para um período de 24 horas.

A prescrição da medicação feita em suporte de papel ou on-line é validada pelo farmacêutico, e só depois, devem ser preparados os medicamentos a distribuir.

O processo de preparação dos medicamentos a distribuir pode ser totalmente manual ou com o apoio de diversos equipamentos semiautomáticos. Sempre que possível, essa preparação deverá ser apoiada com equipamentos semiautomáticos, pois torna-se assim possível:

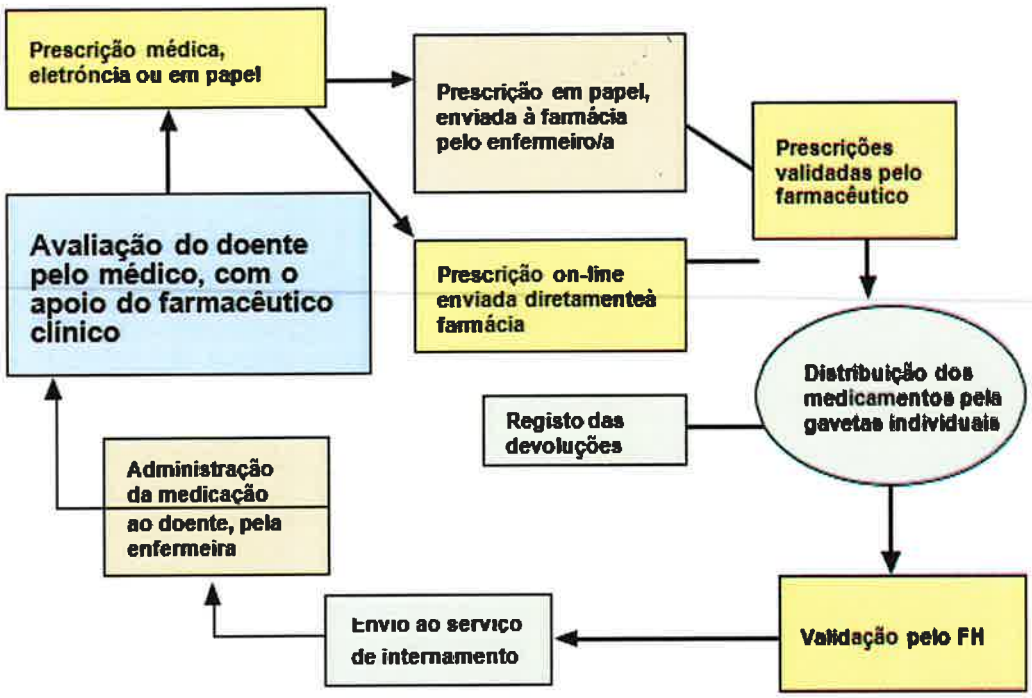
- Reduzir os erros;
- Reduzir o tempo destinado a esta tarefa;
- Melhorar a qualidade do trabalho executado;
- Racionalizar os diversos stocks nas unidades de distribuição.

Os equipamentos mais utilizados são do tipo Kardex.

O equipamento de reembalagem tipo ATC/FDS também pode servir de apoio ao processo de distribuição, se nos Serviços Farmacêuticos existir um sistema de prescrição on-line que, após validação da prescrição feita pelo farmacêutico, tenha ligações com o sistema do equipamento, emitindo assim diretamente ordens de reembalagem para os respectivos serviços clínicos.

Se os serviços farmacêuticos não laborarem de forma contínua, 24 horas/24 horas como é desejável, aos fins de semana terão de ser distribuídos medicamentos para 48 ou 72 horas.

CIRCUITO DE DISTRIBUIÇÃO



Distribuição de Medicamentos por Reposição de Stocks

Neste sistema de distribuição de medicamentos, há reposição de stocks nivelados de medicamentos previamente definidos pelos farmacêuticos, enfermeiros e médicos dos respectivos serviços clínicos.

A reposição dos stocks é feita de acordo com a periodicidade previamente definida.

O pedido dos medicamentos para reposição dos stocks nivelados, é feito pelo enfermeiro do serviço, é validado pelo farmacêutico e depois aviado por um técnico de diagnóstico e terapêutica.
Antes da medicação ser enviada para o serviço, deverá ser conferida por amostragem, por um farmacêutico.

6.2. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS A DOENTES EM REGIME AMBULATÓRIO

A evolução da tecnologia do medicamento permitiu que um número significativo de doentes possa fazer os seus tratamentos em regime de ambulatório, com entre outras, as seguintes vantagens:
- Redução dos custos relacionados com o internamento hospitalar;
- Redução dos riscos inerentes a um internamento (p.e. infecções nosocomiais);
- a possibilidade do doente continuar o tratamento no seu ambiente familiar.

A distribuição de medicamentos a doentes em regime ambulatório, pelos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, resulta da necessidade de haver um maior controlo e vigilância em determinadas terapêuticas, em consequência de efeitos secundários graves, necessidade de assegurar a adesão dos doentes à terapêutica e também pelo facto de a comparticipação de certos medicamentos só ser a 100% se forem dispensados pelos Serviços Farmacêuticos Hospitalares.

Para que essa distribuição seja feita em condições apropriadas e alcance os objetivos desejados, será efetuada por farmacêutico hospitalar, apoiado por um sistema informático e em instalações reservadas (para que a informação ao doente se possa fazer de modo confidencial) 1 , 2 . Estas instalações devem ter acesso

1 Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro
2 Boas Práticas da Farmácia Hospitalar

exterior aos serviços farmacêuticos, sendo de preferência em local acessível aos doentes e perto das consultas que esses doentes frequentam. A sala de trabalho tem de ter as condições adequadas para conservação e dispensa de medicamentos..

O programa informático deve permitir obter informação sobre:
- Medicamentos dispensados
- Doentes
- Diagnóstico
- Reações adversas
- Custos.

A confidencialidade dos dados deve ser devidamente assegurada.

Juntamente com a medicação, deverá ser fornecido aos doentes / familiares/ responsável, folhetos com informação técnica adequada à sua utilização correta e à importância da adesão terapêutica.

O horário de funcionamento deste serviço deverá ser estabelecido de acordo com o diretor/Coordenador dos serviços farmacêuticos, serviços prescritores e necessidades dos doentes.

6.2.1. Estrutura física

- Local separado da restante área da farmácia, com uma sala de trabalho, sala de espera e sala/armário de armazenamento dos medicamentos a fornecer;
- Acesso exterior aos serviços farmacêuticos;
- Preferencialmente perto das consultas e/ou entrada da unidade.

6.2.2. Equipamento

- Computador;
- Armários;
- Secretária e cadeiras;
- Mesa.

6.2.3. Instalações Técnicas Especiais

- Idênticas às da distribuição de medicamentos a doentes internados.

6.2.4. Recursos Humanos

• A distribuição de medicamentos a doentes em regime ambulatório deverá ser efetuada no mínimo, por um farmacêutico com formação adequada 1; 2; 3.

6.2.5. Normas e Procedimentos

- A dispensa ao público, de medicamentos que não sejam de hospitalar é regulada pelo Regulamento Geral da Farmácia Hospitalar, Decreto-Lei n. º 44 204 de 2 de fevereiro de 1962 e Decreto-Lei n. º 206/2000, de 1 de setembro que estabelece que não é permitida às farmácias ou serviços hospitalares vender medicamentos ao público, exceto:

a. Quando na localidade não exista farmácia particular;
b. Quando, em situação de emergência individual ou coletiva, se apure não haver no mercado local os medicamentos necessários; c. Quando as farmácias pertençam a Santas Casas da Misericórdia que já possuam alvará de venda ao público.

- No caso da alínea b. é importante as farmácias hospitalares terem prova da inexistência do medicamento, confirmada por carimbo da farmácia.
- O preço de venda dos medicamentos nestes casos não está regulamentado. Assim as farmácias hospitalares devem cobrar aos doentes o preço de custo desse medicamento.

7. MEDICAMENTOS SUJEITOS A LEGISLAÇÃO RESTRITIVA

Estes medicamentos estão sujeitos a legislação especial (Decreto-Lei n. ° 15/93 de 22 de Janeiro, que estabelece o "Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos", Lei n. ° 45/96 de 22 de Janeiro, que altera o Decreto-Lei n. ° 15/93, o Decreto Regulamentar
n. ° 61/94 de 3 de setembro e a Portaria n. ° 981/98 de 8 de junho sobre "Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos").
Os estupefacientes terão de ser armazenados num armário metálico com fechadura, dotado de prateleiras para permitir uma organização e segregação desses medicamentos.

1 Decreto-Lei n. ° 288/2001, de 10 de novembro 2 Boas Práticas da Farmácia Hospitalar 3 Normas Internacionais.

1. Eritropoietinas

A legislação em vigor nomeadamente os Despachos n. ° 3/91 de 8 de fevereiro alterado pelo Despacho n. ° 11 619/2003 de 22 de maio, e n. ° 10/96 de 16 de Maio, (Acesso à Hormona Eritropoietina para os doentes insuficientes renais crónicos) e
n. ° 9 825/98 de13 de maio (Acesso ao medicamento Eritropoietina Humana Recombinante), regulam a prescrição, distribuição e a comparticipação desse medicamento aos doentes renais crónicos, tanto internados como a fazer diálise em centros extra hospitalares.

2. Medicamentos derivados de plasma

São regulados pelo Despacho do Ministro da Saúde n. ° 5/95 de 25 de janeiro (Aquisição de Produtos derivados do Plasma Humano).
Devem ser efetuados registos obrigatórios previstos no Despacho Conjunto n.° 1051/2000, de 14 de Setembro, 2.ª série, dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, com registo do lote e prazos de validade em suporte próprio.
Todos os boletins analíticos e certificados de aprovação emitidos pelo INFARMED, e que são exigidos em todas as aquisições, são arquivados de acordo com a legislação.

3. Medicamentos em ensaios clínicos

O Farmacêutico Hospitalar, além das funções inerentes a membro da Comissão de Ética da unidade, é o responsável pelo armazenamento e dispensa dos medicamentos experimentais, de acordo com a Lei n. ° 46/2004, de 19 de Agosto, que transpõe para a ordem jurídica nacional, a Diretiva Europeia sobre Ensaios Clínicos, Diretiva n. ° 2001/20/CE.
8. INFORMAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A informação de medicamentos é uma atividade farmacêutica importante que desde sempre tem sido dispensada aos doentes.

No entanto, a crescente complexidade e número de novos medicamentos requer a criação de um centro de informação de medicamentos (CIM), nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, que compilam e tratam a informação científica sobre medicamentos e a transmitem a outros profissionais de saúde.

É importante que esta secção esteja equipada com:

– Computador, impressora e acesso à Internet;

– Fotocopiadora;
– Equipamento audiovisual;
– Telefone, fax e correio electrónico;
– Manuais (Martindale, Farmacopeia, etc.);
– Revistas profissionais farmacêuticas e médicas;
– Fontes de informação como o MEDLINE, IDIS, MICROMEDEX).

É ainda importante, que esta função seja assegurada por farmacêuticos hospitalares com formação específica que inclua:

- Princípios legais e éticos que regem a sua profissão;
- O farmacêutico hospitalar deve estar familiarizado com o dever de confidencialidade dos dados não só dos doentes, mas os relacionados com os produtores do medicamento e de quem consulta o centro. A informação dada, pode ser ativa ou passiva.

A informação passiva consta de respostas a questões colocadas pelos profissionais de saúde, sendo a informação ativa realizada por iniciativa do CIM, tal como realização de seminários, elaboração de folhetos informativos (para o doente), etc.

A colaboração com as Comissões Especializadas da unidade é uma das tarefas fundamentais do CIM.

Deve haver um manual de procedimentos do CIM.

9. FARMACOVIGILÂNCIA, FARMACOCINÉTICA E FARMÁCIA CLÍNICA

São funções da farmácia hospitalar cada vez mais desenvolvidas e fundamentais para uma boa utilização do medicamento.

Necessitam de farmacêuticos hospitalares altamente especializados, apoiados por suportes técnicos e informáticos que lhes permitam corresponder às solicitações dos serviços clínicos.

Farmacovigilância

Em Portugal, o Sistema Nacional de Farmacovigilância foi criado em 1992, pelo Despacho Normativo n. º 107/92, de 27 de junho, sendo atualmente regulamentado pelo Decreto-Lei n. º 242/2002 de 5 de novembro.

O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), é a entidade responsável pelo acompanhamento, coordenação e aplicação do Sistema Nacional de Farmacovigilância.

Todos os profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos hospitalares, integram a estrutura do Sistema Nacional de Farmacovigilância, tendo a obrigação de enviar informação sobre reações adversas que ocorram com o uso de medicamentos.

Assim os hospitais constituem unidades de Farmacovigilância, sendo de primordial importância pela inovação e agressividade de muitos dos fármacos usados nesses hospitais.

Deve haver recolha e registo adequado de qualquer ação adversa grave ou não esperada a um medicamento e as notificações (modelo em anexo) enviadas rapidamente para o Serviço Nacional de Farmacovigilância.

Devem ser também efetuadas ações de formação sobre Farmacovigilância.

Farmacocinética

A farmacocinética clínica é um ramo da farmácia hospitalar, cujo objetivo primordial é uma correta administração de fármacos resultante da medição de níveis séricos desse fármaco, o que se traduz por um controlo terapêutico individualizado.
A monitorização de concentrações farmacológicas séricas permite à equipa clínica, administrar a dose certa necessária de um determinado fármaco sem o perigo de sobre dosagem ou sub dosagem, perigo esse que em certas classes de medicamentos se torna de grande relevância, como é o caso de medicamentos de índice terapêutico pequeno ou com variabilidade do comportamento cinético.
A maior parte dos serviços farmacêuticos hospitalares, onde este serviço está implementado, faz as medições dos níveis séricos dos medicamentos nos laboratórios da unidade (ou têm acordos com faculdades de farmácia), sendo depois os resultados dessas análises, interpretados pela farmacêutica hospitalar especialista neste campo.

Farmácia Clínica

A farmácia clínica é um conceito que transforma a farmácia hospitalar de fabricante e dispensador de medicamentos, para uma intervenção farmacêutica baseada no doente e na melhor maneira de lhe dispensar os cuidados farmacêuticos com os menores riscos possíveis.
Para isso, o farmacêutico hospitalar tem de fazer parte da equipa clínica, acompanhando diretamente o doente nos serviços, prestando apoio contínuo aos médicos e enfermeiros desse serviço.
Os estudos feitos em diversos países demonstram os números impressionantes de mobilidade e mortalidade atribuída diretamente a medicamentos, números esses que se reduzem drasticamente com a existência de farmacêuticos clínicos nos serviços.

É necessário haver farmacêuticos especializados e disponíveis para este serviço, assim como suporte técnico adequado.
O ratio aconselhado para a farmácia clínica é de um farmacêutico por serviço de internamento.
Na implantação teremos 02 farmacêuticas clínicas e acadêmicos para realizar cobertura nos ambientes criticos e semi-criticos para elegibilidade das prescrições e orientações de ajustes.

É necessário também assegurar um local de trabalho para esse profissional nesses serviços, que pode ser partilhado com outros profissionais, para facilitar uma presença efetiva do farmacêutico clínico nesses locais.

10. QUALIDADE

Qualidade em saúde é o conjunto de propriedades e qualidades de um serviço de saúde, que confere a aptidão para satisfazer adequadamente as necessidades implícitas e explícitas dos doentes.
A Qualidade não é mais do que fazer as coisas certas, na altura certa, para as pessoas certas e à primeira vez, ou seja, em sentido lato, as normas e procedimentos, descritos neste manual, nas diferentes áreas funcionais de atuação dos serviços farmacêuticos, constituindo o sustentáculo de um sistema de qualidade, na medida em estes procedimentos podem ser transformados em critérios e padrões internacionalmente aceites, tornando-se assim um instrumento que poderá ser aferido por qualquer dos sistemas de gestão da qualidade que adiante se enunciam.
Um sistema de Garantia da Qualidade tem como base, a existência de procedimentos padronizados. Os procedimentos devem ser escritos, (escrever o que se faz, fazer o que se escreve), documentados e regularmente revistos e atualizados, para todas as atividades desenvolvidas pelos serviços farmacêuticos e que foram referidas ao longo deste manual.

Deve-se salientar, o papel relevante da segurança e proteção do pessoal, medicamentos, instalações e equipamentos, ou seja, a gestão do erro e de outros riscos. Para uma correta gestão do risco, torna-se imprescindível implementar planos de segurança para proteger, a qualquer altura e em qualquer circunstância, as estruturas físicas e o pessoal afeto ao serviço farmacêutico.

Fluxo de utilização dos materiais médico – hospitalares e medicamentos relacionados a urgências ortopédicas.

1. OBJETIVO

Uniformizar o fluxo de utilização dos materiais médico-hospitalares e medicamentos e suas quantidades com a finalidade de suprir a demanda de atendimentos no ambulatório da especialidade ortopedia, parte integrante da Unidade Ambulatorial da unidade.

Regulamentar o fluxo para organização e reposição dos materiais médico-hospitalares e medicamentos utilizados no serviço de ortopedia da UPA.

2. APLICAÇÃO

UPA.

3. UNIDADES ENVOLVIDAS

Atendimento e Almoxarifado Satélite do UPA.

4. CLIENTES/USUÁRIOS

Equipe médica, assistencial e pacientes atendidos.

5. ENTRADA

Pacientes urgências ortopédicas.

6. PRODUTO

Pacientes da especialidade ortopedia atendidos em suas necessidades.

7. INDICADORES

Número de materiais médico-hospitalares solicitados /mês.
Número de materiais médico-hospitalares utilizados/mês.
Taxa de utilização do material = materiais médico-hospitalares utilizados/materiais assistencias solicitados*100

8. INFORMAÇÕES GERAIS

A padronização de materiais consiste na incorporação de um determinado produto à lista de artigos passíveis de serem comprados para disponibilização em caso de prescrição, dispensação e utilização.

Padronizar é estabelecer idênticos padrões de peso, medidas e formato para os materiais, de modo que não existam muitas variações entre eles, simplificando as descrições com o objetivo de reduzir a multiplicidade de materiais que são empregados para o mesmo fim.
Pela padronização, adquire-se a certeza de não haver confusão entre os tipos de materiais que se assemelham, sem se equiparem, ficando, portanto, distintamente classificados pela própria especificação.

A padronização tem como objetivo:

Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;
Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;
Permitir a compra em grandes lotes;
Otimizar o trabalho do Setor de Suprimentos;
Diminuir os custos de estocagem;
Reduzir a quantidade de itens estocados;
Adquirir materiais com maior rapidez;
Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;
Obter maior qualidade e uniformidade.

Os materiais e medicamentos utilizados no ambulatório de ortopedia são padronizados na unidade, entretanto, é necessário, uniformizar sua utilização e organização visando otimizar o atendimento e evitar o desperdício.

1. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

· A quantidade dos materiais e medicamentos utilizados no ambulatório de ortopedia e demais especialidades de follo-wp foi uniformizada pela equipe assistencial, de acordo com a média histórica de atendimentos semanais.

1.1 Materiais médico-hospitares utilizados para atendimento na sala de gesso

MATERIAIS	QUANTIDADE/SEMANA
Álcool 70% frasco	2 frascos
Agulha 40x12	10 unidades
Algodão ortopédico 10 cm	2 pacotes (96 unidades)
Atadura de crepe 10 cm	1 pacote (48 unidades)
Atadura de crepe 15 cm	1 pacote (48 unidades)
Atadura de crepe 20 cm	1 pacote (48 unidades)
Atadura gessada 10 cm	1 pacote (48 unidades)
Atadura gessada 15 cm	1 pacote (48 unidades)
Atadura gessada 20 cm	1 pacote (48 unidades)
Avental	1 pacote
Bacia	5 unidades
Bisturi descartável n° 10	1 caixa (10 unidades)
Bisturi descartável n° 11	1 caixa (10 unidades)
Bisturi descartável n° 15	1 caixa (10 unidades)
Bisturi descartável n° 22	1 caixa (10 unidades)
Compressa estéril	10 pacotes
Compressa para banho	50 unidades

Clorexidina alcóolica	4 unidades
Esparadrapo	2 unidades
Fralda	1 pacote
Galão para perfuro cortante	2 unidades/mês
Gazes	100 unidades
Gorro	10 unidades
Lençol de papel	6 unidades
Lençol de tecido	10 unidades
Luvas de procedimento P	1 caixa
Luvas de procedimento M	1 caixa
Luvas de procedimento G	1 caixa
Luva estéril n° 6,5	2 unidades
Luva estéril n° 7,0	5 unidades
Luva estéril n° 7,5	5 unidades
Luva estéril n° 8,0	5 unidades
Luva estéril n° 8,5	2 unidades
Máscara cirúrgica	1 caixa
Malha tubular 6 cm	1 unidades
Malha tubular 8cm	1 unidades

Malha tubular 15 cm	1 unidades
Malha tubular 25 cm	1 unidades
Micropore	1 unidade
Pinça anatômica	30 unidades
Pinça kelly	30 unidades
Saco coletor	5 unidades
POMADAS	QUANTIDADE/SEMANA
Fibrase	1 unidade
Colagenase	1 unidade
Óleo AGE	1 unidade

1.1 Materiais médico-hospitares utilizados para atendimento na sala de curativo

MATERIAIS	QUANTIDADE/SEMANA
Álcool 70% frasco	1 litro
Agulha de insulina	5 unidades
Agulha 25x7	5 unidades
Agulha 25x8	5 unidades
Agulha 40x12	10 unidades
Avental	5 unidades

Bisturi descartável n° 10	2 unidades
Bisturi descartável n° 11	2 unidades
Bisturi descartável n° 15	2 unidades
Bisturi descartável n° 22	2 unidades
Compressa estéril	2 pacotes
Compressa para banho	10 unidades
Clorexidina alcoólica	1 unidade
Esparadrapo	1 unidade
Escova para degermação	5 unidades
Galão para perfuro cortante	1 galão/mês
Gazes	10 unidades
Gorro	1 pacote/mês
Lençol de papel	1 rolo/mês
Luvas de procedimento P	1 caixa/mês
Luvas de procedimento M	1 caixa/mês
Luvas de procedimento G	1 caixa/mês
Luva estéril n° 7,0	2 unidades
Luva estéril n° 7,5	5 unidades
Luva estéril n° 8,0	2 unidades

Luva estéril n° 8,5	2 unidades
Micropore	1 unidade/mês
Pinça anatômica	2 unidades
Pinça kelly	2 unidades
Saco coletor	2 unidades
Seringa 3 ml	5 unidades
Seringa 5 ml	5 unidades
Seringa 10 ml	5 unidades
Seringa 20 ml	5 unidades
MEDICAMENTOS	QUANTIDADE/SEMANA
Lidocaína ampola	5 unidades
Lidocaína frasco com vasoconstritor	1 frasco
MATERIAIS ESPECÍFICOS	QUANTIDADE/SEMANA
Bandeja de dissecção venosa	1 unidade
Instrumentais específicos para retirada de fixador externo	Conforme demanda

1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

1.1 Fluxo administrativo para solicitação de materiais médico-hospitalares e medicamentos

Cabe ao enfermeiro uniformizar o fluxo de utilização dos materiais médico-hospitalares e os medicamentos, bem como as quantidades necessárias para atendimento semanal, relativos aos procedimentos realizados no setor;

Solicitar ao almoxarifado do UPA, em formulário próprio, o fornecimento dos materiais médico-hospitalares e medicamentos. A solicitação de fornecimento será realizada 02 (duas) vezes na semana ou, quando necessário, em casos excepcionais;
É de responsabilidade do técnico de enfermagem do setor o encaminhamento do pedido de materiais, elaborado pelo enfermeiro, ao setor de almoxarifado;
A separação dos materiais é de responsabilidade do almoxarife do setor de almoxarifado do UPA;
Cabe ao almoxarife do UPA comunicar a falta de itens solicitados na lista de pedidos e posicionar a administração sobre o desabastecimento;
Cabe ao Responsável Técnico (RT) e/ou à chefia do UPA, verificar junto ao Setor de Suprimentos a previsão de compras dos materiais médico-hospitalares e medicamentos em falta e, se for o caso, fazer a solicitação de compra;
Cabe ao técnico de enfermagem informar o enfermeiro do setor quando houver falta de materiais e/ou medicamentos essenciais à assistência.
Buscar os materiais no almoxarifado, constantes na lista solicitada, fazer a conferência dos itens e das quantidades entregues é função do técnico de enfermagem do setor;
Cabe ao técnico de enfermagem do setor a organização e a guarda dos materiais médico-hospitalares e medicamentos entregues pelo setor de almoxarifado.
Supervisonar a reposição de materiais médico-hospitalares e medicamentos, bem como as quantidas estocadas no setor, período de validade e outras, é de responsabilidade do enfermeiro do setor.

1.1Mensuração dos indicadores do serviço.

· A estatística será realizada mensalmente pelo enfermeiro do setor em formulário próprio da estatística, com data, carimbo e assinatura.
· A administração fará a compilação dos dados recebidos para o informativo Gestão a Vista.

1. RESUMO DOS PROCEDIMENTOS E RESPONSÁVEIS

Atividades	Responsáveis
Uniformizar a utilização dos materiais e suas quantidades, a serem solicitados semanalmente	RT da Unidade/ Enfermeiro do Setor
Solicitar os materiais e medicamentos em impresso próprio, duas vezes por semana	RT da Unidade/ Enfermeiro do Setor
Encaminhar pedido de materiais	Técnico de enfermagem
Separar os materiais solicitados	Almoxarife do setor
Informar sobre a falta de itens solicitados na lista de pedidos.	Almoxarife do setor

Verificar a previsão de compra de materiais em falta e/ou solicitar compra.	RT de Enfermagem / Chefia da Unidade
Buscar materiais e medicamentos	Técnico de enfermagem
Guardar os materiais e medicamentos.	Técnico de enfermagem
Comunicar ao enfermeiro da unidade, quando houver falta de materiais essenciais a assistência.	Técnico de enfermagem
Supervisionar a reposição dos materiais e medicamentos.	RT da Unidade / Enfermeiro do Setor
Envio de dados estatísticos para administração da Unidade.	RT da Unidade / Enfermeiro do Setor
Compilar Indicadores	Administração do UPA

Figura 34

c) Fluxos para registros e documentação: Incluindo os procedimentos relacionados à circulação de registros e documentos.

Protocolo: recebimento, registro, distribuição, tramitação e expedição de documentos. Protocolo é o setor responsável pelo recebimento, registro, distribuição, controle da tramitação e expedição de documentos, com vistas ao favorecimento de informações aos usuários internos e externos.

Metodologia centralizadora: a organização da documentação é destinada a um único local, como também todas as atividades de controle, recebimento, registro, distribuição, movimentação e expedição de documentos de uso corrente. O sistema centralizado oferece:

- Treinamentos mais eficientes de pessoal de arquivo.
- Maiores possibilidades de padronização de normas e procedimentos.
- Nítida delimitação de responsabilidades.
- Constituição de conjuntos arquivísticos mais completos.
- Redução dos custos operacionais.

Centralização das atividades de controle (protocolo) de arquivos:

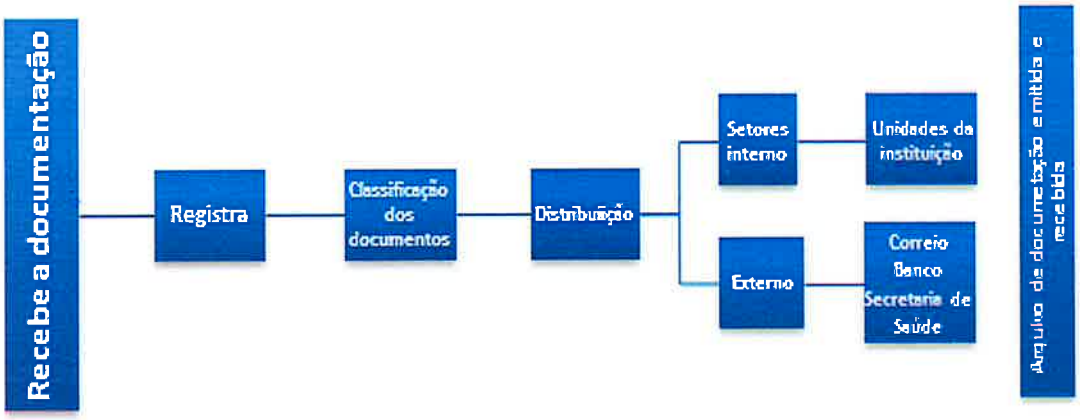
O controle da documentação é feito pelo setor de protocolo/recepção.

Competências:

- Receber, registrar, classificar, distribuir e expedir documentos em geral.

- Controla os documentos administrativos.
- Manter arquivo da documentação administrativa emitida e recebida pelas unidades da unidade.
- Executar as atividades relacionadas à recepção, expedição e protocolos de documentos, a manutenção do arquivo administrativa e dados estatísticos, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas-administrativas.
- Enviar as correspondências para seus destinatários via correio.
- Receber as correspondências destinadas ao hospital e enviá-las aos seus respectivos setores.
- Orientação das normas necessárias para abertura de processos.

FLUXO PARA REGISTROS DE DOCUMENTOS:



Registro dos usuários:

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.
Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.
O usuário será registrado em seu primeiro atendimento, seja ambulatorial, seja hospitalar, e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.
Em toda internação, além dos dados do paciente, é obrigatório o registro de seu responsável.
O paciente sem identificação deverá ser cadastrado como "DESCONHECIDO" e o caso deverá ser passado para o Serviço Social para que o mesmo busque a identificação do paciente. Assim que o Serviço Social conseguir a identificação do paciente, fazer as alterações no Cadastro.

Registro do Atendimento de Urgência na recepção do Acolhimento ou Recepção Geral:

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;
2º passo: Pesquisa se o paciente já deu entrada na UPA através do nome ou sobrenome;
3º passo: Feito à pesquisa constatou que o paciente nunca deu entrada, proceder o reguistro;
4º passo: Preencher os campos obrigatórios;

5º passo: Depois de colher todas as informações referentes ao paciente, colocar pelo menos um telefone para contato;
6º passo: Colocar o médico, origem, tipo de atendimento, local de procedência, destino (sempre a sala de emergência no caso do Acolhimento), tipo de paciente, serviço (especialidade), procedimento ambulatorial, CBO e a escrever as observações do atendimento;
7º passo: Imprimir a etiqueta do paciente.

Saídas de Documentos do SPP para outros setores:

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;
2º passo: escolher para onde o prontuário vai ser destinado.
3º passo: digitar nome do solicitante
4º passo: digitar o motivo que o prontuário para qual esta sendo destinado
5º passo: imprimir relatório.

Arquivo de Prontuários dos Pacientes:

Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda dos mesmos. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexados um ao outro.
Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferencia no ato do recebimento.
Só sairá prontuário do SPP, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pela Direção Técnica (clínica ou de atenção à saúde), administrativa ou Geral.

Normas para Arquivo de Documento de Usuários

Arquivo dos Prontuários:

- Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.
- Arquivar todos em ordem alfabética;
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;
- Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

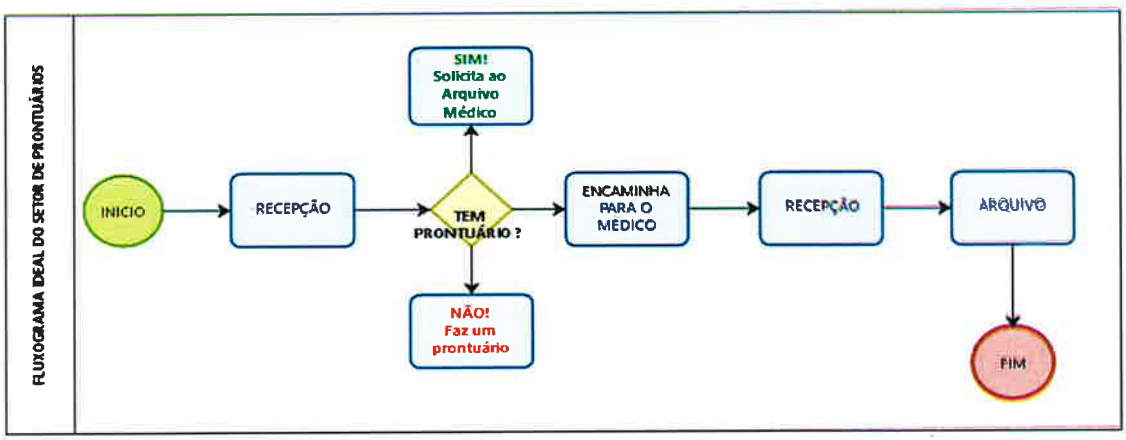
Arquivo dos prontuários de óbitos:

- Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve- se anexar ao prontuário de óbito;
- Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;
- Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;
- Utilizar uma caixa arquivo que poderá ser de polionda, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;

- A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;
- Na caixa arquivo poderá ser colocados até 10(dez) prontuários ou conforme couber.

Localizando os prontuários:
Ao receber a solicitação, deverá consultar no sistema a data em que o usuário foi atendido, abrir o arquivo e digita-se o número de prontuário ou nome do paciente para localizar, ao encontrar verificar em qual prateleira, coluna ou posição o prontuário está arquivado. Em se tratando de óbito verificar o número da caixa, mês/ano em que o prontuário está armazenado.
Toda solicitação deverá ser atendida mediante pesquisa no computador, cujo arquivo deverá estar na área de trabalho do computador. A pesquisa no programa de arquivo do computador deverá ser sempre pelo nome do paciente, mas em caso de nomes Homônimos deverá ser pesquisado o nome da mãe e depois o número de prontuário.

Fluxograma do serviço de prontuário do paciente



Arquivo de documentos administrativos
Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

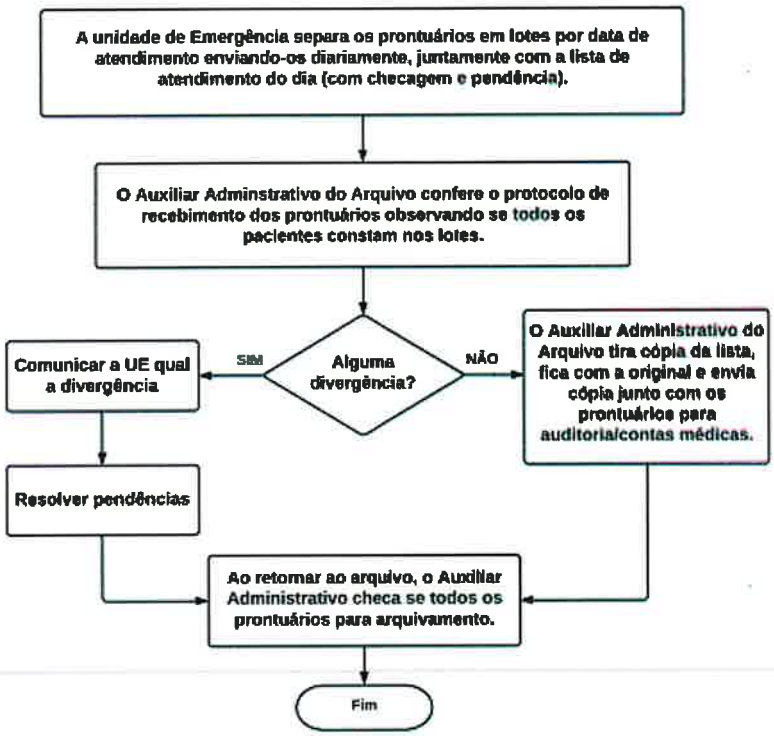
FLUXO DOS PRONTUÁRIOS

A saída dos prontuários médicos do SAME está prevista nas seguintes condições:
1. Consultas ambulatoriais agendadas: a partir do relatório diário emitido pelo ambulatório através da marcação de consultas;
2. Consultas ambulatoriais não agendadas: a partir de solicitação da recepção do ambulatório;
3. Internamentos hospitalares de urgência: a partir da solicitação do setor de internamento no momento da internação;
4. Solicitações de áreas autorizadas como: Diretoria Coordenação médica, Coordenação de Ensino e Análise de Prontuários e Óbitos e Comissão Coordenações de unidades técnicas; Geral, Diretoria Técnica, Pesquisa, Comissão de Infecção Hospitalar,
5. Os pacientes ou seus responsáveis legais poderão solicitar a reprodução completa ou parte dos prontuários, desde que devidamente identificados e munidos de documentos necessários comprobatórios, através do preenchimento da ficha própria destinada a este fim.

Fluxo da Unidade de Urgências e Emergências:

1. Na chegada do paciente ao UPA a recepção abrirá uma ficha de atendimento de emergência constando o número de registro do paciente no sistema. Ao final de 24 horas de atendimento o auxiliar administrativo da Unidade de Emergência deverá relacionar todos os prontuários gerados e encaminhar os prontuários já fechados ao Serviço de Arquivo de Prontuário Médico, constando na relação os prontuários pendentes e seus devidos motivos.
2. Ao receber os prontuários o arquivo checará esses documentos e os encaminhará para o setor responsável pela Auditoria/Faturamento da unidade.
3. Ao final do trâmite de cobrança, os prontuários da Unidade Emergência serão devolvidos para o Serviço de Arquivo para arquivamento final.

FLUXO DE PRONTUÁRIOS PROVENIENTES DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA



Formulários para solicitação de prontuários:
As retiradas de prontuários do serviço de arquivo deverão ocorrer mediante solicitação do impresso padronizado abaixo.

INVISA	Procedimento Operacional Padrão para Solicitação e Retirada de Prontuários do Setor de Arquivos	Serviço / Setor: Arquivo de Prontuário POP: (Arquivo + Nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /
DADOS DO SOLICITANTE:		
NOME:		
CARGO:	RG:	
UNIDADE SOLICITANTE		
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:		
INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO:		
OBSERVAÇÕES:		
DATA DE ENTREGA:		
DATA DE DEVOLUÇÃO AO ARQUIVO:		
Assinatura do Solicitante:	Assinatura do Responsável do Setor de Arquivo:	
Obs: Os Prontuários ficarão de posse do solicitante pelo período de 7 (sete) dias corridos a contar do recebimento da unidade. Após este período, caso haja a necessidade de prorrogação do prazo a unidade solicitante deverá fazer novo requerimento justificando a prorrogação.		

Registros no Prontuário do Paciente:

Os Registros efetuados pelas equipes assistenciais no prontuário do paciente têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Os registros realizados no prontuário do paciente tornam-se um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Os mesmos refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe assistencial e prova legal da assistência prestada ao usuário do serviço.

Desta forma a realização dos registros, no prontuário do paciente, por todos os profissionais habilitados para tal, observará os seguintes critérios:

- Atender as determinações legais da Lei do Exercício Profissional e Código de Ética das respectivas categorias profissionais da equipe multiprofissional de saúde;
- O registro em prontuário, de todo e qualquer tipo de procedimento realizado, é um direito do paciente e expressa obrigação do profissional que o executou;
- Para efetuar o registro seguro é necessário o conhecimento técnico-científico sobre o procedimento executado;

- O registro será realizado em tempo real, logo após a execução da assistência prestada;
- O registro constará em impresso devidamente identificado com dados do paciente - nome e sobrenome, nº leito, nº prontuário / atendimento;
- O profissional que realizou a assistência assinará o seu nome em todos os registros realizados, logo após a redação, seguido do nº da inscrição no conselho de classe.
- Os registros deverão denotar precisão e veracidade, de modo claro, exato, completo, objetivo e conciso - não deixando margens a interpretações dúbias ou questionamentos complementares: após a data, iniciar com o horário e terminar com a assinatura; não deixar espaço em branco para evitar que alguém altere o registro feito; fazer o registro de forma nítida, com letra legível e à tinta; utilizar tinta azul ou preta para os registros diurnos e tinta vermelha para os registros noturnos; não rasurar - se cometer erros, utilizar o método de correção adotado pela instituição - digo, sem efeito, etc.; não utilizar corretivos. Poderá caracterizar alteração de registro feito; não utilizar marca texto - o registro se apagará com o tempo.
- Para a realização dos registros, utilizar apenas os termos científicos, por extenso e apenas abreviaturas padronizadas e convencionadas. Ex.: IM, ECG, RX.

SETOR DE ESTATÍSTICA

A seção / setor de Estatística é responsável pela coleta e apuração dos dados para posterior avaliação do padrão de atendimento e da eficiência dos serviços prestados, possibilitando o controle sobre as atividades administrativas, produtividade e custos.
Os dados estatísticos são colhidos, comumente, dos prontuários dos pacientes, do Censo Diário sobre o movimento dos pacientes (internações, altas, óbitos, evasões e transferências), relatórios de serviços administrativos, relatórios de serviços assistenciais e relatórios dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento.
Todos os dados, combinados entre si, fornecerão os chamados Indicadores Hospitalares, os quais possibilitarão uma análise mais profunda das atividades e intercorrências institucionais.

Arquivo de Prontuários de Pacientes e Estatística

Diante da importância do prontuário do paciente, uma atenção especial será destinada pelos gestores do UPA, com espaço adequado, equipamentos, mobiliários e recursos humanos que atendam a demanda prevista. Com relação aos documentos que se referem ao paciente, será garantida a segurança das informações, dos documentos pertinentes assim como de todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos.

Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na Instituição ou a posteriori se, solicitado pelo próprio paciente ou pessoa formalmente designada. O Serviço de Arquivo e Prontuário do Paciente terá funcionamento de segunda à sexta-feira das 8:00 às 18:00.

1. Registrar e armazenar, por no mínimo 20 anos, a contar do último atendimento, conforme dispõe a Resolução CFM 1.639/2002, e garantir a integridade dos documentos e registros de pacientes;
2. Ser fonte de dados confiável, inteligíveis e recuperáveis, facilitando desta forma, a movimentação diária de profissionais de saúde, auditorias de convênios, serviço de estatística do próprio hospital, estudantes e profissionais graduados que buscam dados estatísticos para pesquisas e até mesmo do próprio paciente ou de outrem designado por ele;

3. Organizar os prontuários do paciente gerados pelos diversos setores do UPA.
- O quadro de colaboradores do Serviço de Arquivo de Prontuários do Paciente será composto de dois auxiliares administrativos com experiência em arquivamento de documentos. Todos os colaboradores trabalharão em regime de CLT com carga horária de trabalho de 44 horas/semanais.
- Um colaborador de Arquivo de Prontuário do Paciente irá compor o quadro da Comissão de Revisão de Prontuário afim de que os trâmites desta comissão sejam agilizados. O UPA possuirá um prontuário único para cada paciente, que incluirá todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuário do Paciente e conterão, no mínimo, as seguintes informações:
1. Ficha de Internação (AIH)
2. Identificação do paciente;
3. Histórico clínico - admissão e diagnóstico médico;
4. Histórico de Enfermagem;
5. Prescrição Médica;
6. Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem;
7. Descrição de procedimento, cirurgias e demais condutas terapêuticas adotadas;
8. Evoluções médica, de enfermagem e dos demais profissionais da equipe multiprofissional;
9. Resultados de exames realizados - laboratoriais e imagem;
10. Registros de alta multiprofissional.

Consulta ambulatorial:
Compreende toda documentação gerada na assistência prestada a nível ambulatorial. Será organizada por especialidade e por ordem cronológica crescente.

Internamento:
Compreende toda documentação gerada numa internação. Estes documentos
ficarão separados por internamento e arquivados em local específico com o mesmo número de registro e disponibilizados mediante solicitação.

Laudos de exames complementares:
Quando realizados na emergência ou ambulatório serão entregues aos pacientes ou responsáveis mediante protocolo. Os exames realizados no internamento ficarão arquivados no prontuário do paciente.

O controle administrativo e gerencial depende da elaboração de um **PLANO ESTATÍSTICO** baseado em dados reais e confiáveis, suficientes à tomada segura de decisões.
Para a implantação da Estatística Hospitalar será necessária a observância de alguns passos:

1º. PASSO: Efetuar o Check List presente na Pasta de Implantação para obtenção de informações básicas sobre a realidade do setor e do serviço realizado.
2º. PASSO: Proceder a contagem do Número de Leitos da unidade, bem como, sua divisão por Setor/Unidade e por Especialidades (Cópia de tal contagem deverá ser discutida e encaminhada à Chefia de Enfermagem, bem como, a (o) Assessor (a) de Enfermagem.

OBS.: Observar as especialidades básicas da unidade e/ou de relevância frente ao volume de atendimento.

3º. PASSO: Identificar os Setores / Seções nos quais serão implantados os mapas estatísticos, assinalando-os na Relação/Protocolo de Mapas Setoriais.

4º. PASSO: Discutir e definir, junto ao Administrador, as informações que tomarão parte do Plano Estatístico.

5º. PASSO: Definir com o Administrador a pessoa responsável pela Estatística, a qual deverá acompanhar todo o processo de Implantação.

6º. PASSO: Elaborar o impresso Censo Diário de acordo com as unidades de internação existentes e já identificadas, bem como, com os convênios de maior representatividade para a instituição, incluindo sempre, as clientelas de SUS e PARTICULAR.

OBS.: A informação dos convênios mais representativos será colhida junto ao setor de FATURAMENTO, considerando-se os últimos TRÊS meses e, uma vez definidos, mesmo que sua representatividade decresça, somente poderão ser suprimidos ou alterados ao final do ano corrente.

7º. PASSO: Informar, através de aula explicativa, o conceito e a finalidade da Estatística Hospitalar aos funcionários da Enfermagem, detalhando a forma de Preenchimento do Censo Diário e sua importância na compilação da Estatística e entregando cópia do Manual de Preenchimento à responsável pelo Serviço de Enfermagem

8º. PASSO: Discutir, junto ao Administrador, as principais informações que tomarão parte do Resumo do Censo Diário, mediante características da instituição.

9º. PASSO: Implantar os Mapas Setoriais, orientando para a importância do seu correto preenchimento e protocolando a sua entrega ao setor no impresso Relação / Protocolo de Mapas Setoriais, mediante a apresentação do responsável pela Estatística.

10º. PASSO: Ressaltar junto aos setores Data Limite de Entrega ao Setor de Estatística (Sugestão: Dia 05 do mês subsequente).

11º. PASSO: Dar Treinamento para o funcionário responsável pela Estatística, assim como, para o Encarregado pelo S.P.P., ressaltando-lhes a necessidade de confrontar, diariamente, o Censo Diário com os Avisos de Alta, Óbito, Internação e Transferência.

CHECK LIST

ITEM	ESTATÍSTICA
1	Realiza atualização mensal dos dados estatísticos institucionais.
2	Existe sistemática de divulgação dos dados estatísticos atualizados à Direção do Hospital e aos demais líderes.
3	Há interação do serviço de estatística com a Recepção, Enfermagem, SCIH e demais setores envolvidos (censos).

CONTROLES ESTATÍSTICOS

MAPAS SETORIAIS	EXISTE		AVALIAÇÃO
S.A.D.T.	SIM	NÃO	

ASSISTENCIAIS	SIM	NÃO	AVALIAÇÃO

APOIO	SIM	NÃO	AVALIAÇÃO

ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	AVALIAÇÃO

Horário de funcionamento: O Serviço funcionará de segunda às sextas-feiras em horário comercial.
A equipe está contemplada junto com a equipe do serviço de prontuário- SPP.

d) Fluxo unidirecional para materiais esterilizados: descrevendo o fluxo unidirecional envolvendo materiais esterilizados.

A evolução da Central de Material Esterilizado (CME) vem sendo aperfeiçoada juntamente com o desenvolvimento dos hospitais brasileiros. No início da década de 40, a limpeza, o preparo e o acondicionamento dos artigos hospitalares eram realizados pelo pessoal da equipe de enfermagem nos próprios setores. Nas últimas décadas, com o avanço tecnológico, aprimoramento das técnicas e dos processos de limpeza houve a necessidade de pessoal capacitado para o desenvolvimento das tarefas tornando o setor centralizado.

A Central de Material e Esterilização - CME da **Unidade de Pronto Atendimento - UPA** será do tipo centralizada, uma vez que realizará o processamento de todos os materiais da unidade, incluindo o preparo, esterilização, distribuição e controle quantitativo e qualitativo dos mesmos, garantindo, assim, maior eficiência, economia e segurança para a equipe e para os usuários do UPA.
- Realizar o processamento dos artigos e instrumentais médico-hospitalares necessários para todas as unidades assistenciais;
- Preparar e esterilizar roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição a todas as unidades onde se realizam procedimentos estéreis.

As tarefas executadas pelos colaboradores na CME são divididas nas diversas áreas, conforme RDC nº. 50 ANVISA, 2004:

1. Área suja (Expurgo) - Área de lavagem e descontaminação: Área responsável por receber, conferir, lavar e secar os materiais provenientes das diversas unidades assistenciais. Serão atribuições desta área:
- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Proceder a limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo;

Observação: Os colaboradores desta área deverão utilizam EPI (Equipamentos de proteção individual) para se protegerem de se contaminarem com sangue e fluidos corpóreos, quando lavam os instrumentais.

2. Área de Preparo de Materiais: Área responsável por preparar e acondicionar materiais e caixas para as diversas especialidades cirúrgicas e procedimentos estéreis. Serão utilizados invólucros especiais que permitam a passagem do agente esterilizante e impeçam a passagem dos microrganismos. Serão atribuições desta área:
- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados;
- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

3. Área de Esterilização: Área responsável pela esterilização dos materiais. Esta área destina-se à instalação dos equipamentos utilizados para a esterilização de materiais pelos métodos físicos e químicos. Serão atribuições desta área:
- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante;
- Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.

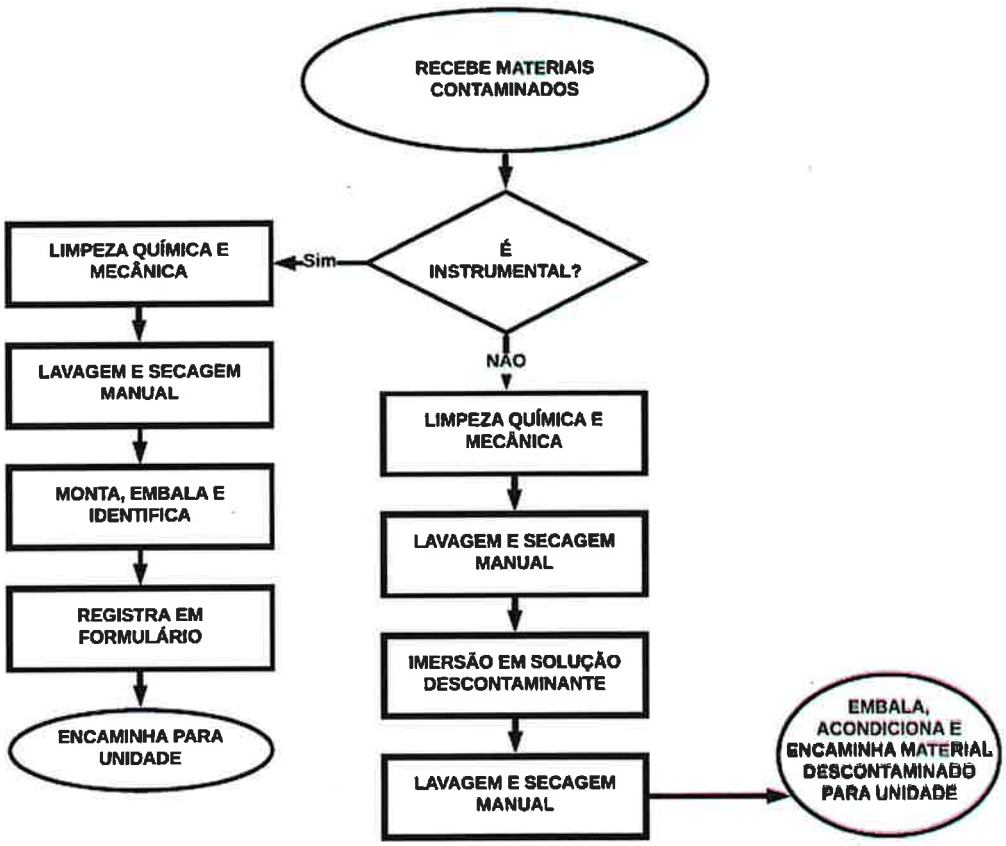
4. Área de armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizados. Serão atribuições desta área:
- Estocar o material esterilizado;
- Proceder à distribuição do material às unidades;
- Registrar saída do material

Finalidades:

- Preparar, esterilizar e distribuir todo o material da unidade que requeira esse procedimento;
- Manter os equipamentos de preparo e esterilização em perfeita ordem;
- Aplicar os testes de esterilização em cada lote;
- Interagir com o Centro Cirúrgico para a preparação do instrumental necessário à realização das cirurgias do dia e das emergências;
- Levantar mensalmente estatística do serviço realizado;
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Identificar o instrumental com as iniciais da unidade;
- Não permitir que entrem no centro cirúrgico, instrumentais que não sejam esterilizados no CME da unidade;

- Elaborar e colocar em prática um Manual de Organização específico para o Serviço.
- Padronizar a recepção, no expurgo do CME, de materiais contaminados e execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais conforme a natureza da constituição de cada material, devidamente padronizado.

Fluxo da CME:



Composição e Atribuições da Equipe:

A equipe de enfermagem que trabalha nesta unidade presta uma assistência indireta ao paciente, tão importante quanto à assistência direta, que é realizada pela equipe de enfermagem que atende ao paciente. Desta forma, o quadro de pessoal da CME do UPA, será composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem com experiência e capacitação para esta área de atuação profissional.

Política de Qualidade

A qualidade do processamento de materiais representa um dos fatores mais importantes do controle de infecção hospitalar. Para avaliar a qualidade das práticas realizadas na CME do UPA serão definidos e realizados testes e indicadores para auxiliar na detecção de possíveis problemas relacionados a estrutura, processos e resultados, que deverão ser analisados na busca por possíveis soluções. Entre estes serão definidos:

1. Testes Controles do Processo de Esterilização:
- Testes Químicos: Os testes químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração.
- Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.
- Testes Biológicos: Os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

2. Indicadores de Processo:

- Reprocessamento interno;
- Tempo de utilização das máquinas;
- Número de perdas de instrumentais;
- % de conformidade na entrega de materiais consignados;
- % de conformidade na devolução de materiais consignados.

Serão metas a serem alcançadas em busca da qualidade:

- Estabelecer o programa de treinamento aliado à educação continuada para todos os colaboradores da CME, fazendo uma pesquisa de assuntos importantes a serem revisados e atualizados para aperfeiçoamento e melhoria da prática assistencial.
- Implementar procedimentos e rotinas para validação dos processos do CME através de pesquisas cientifica com o apoio da Gerência de enfermagem e equipe do SCIH da instituição, para segurança e eficácia dos processos executados no setor.

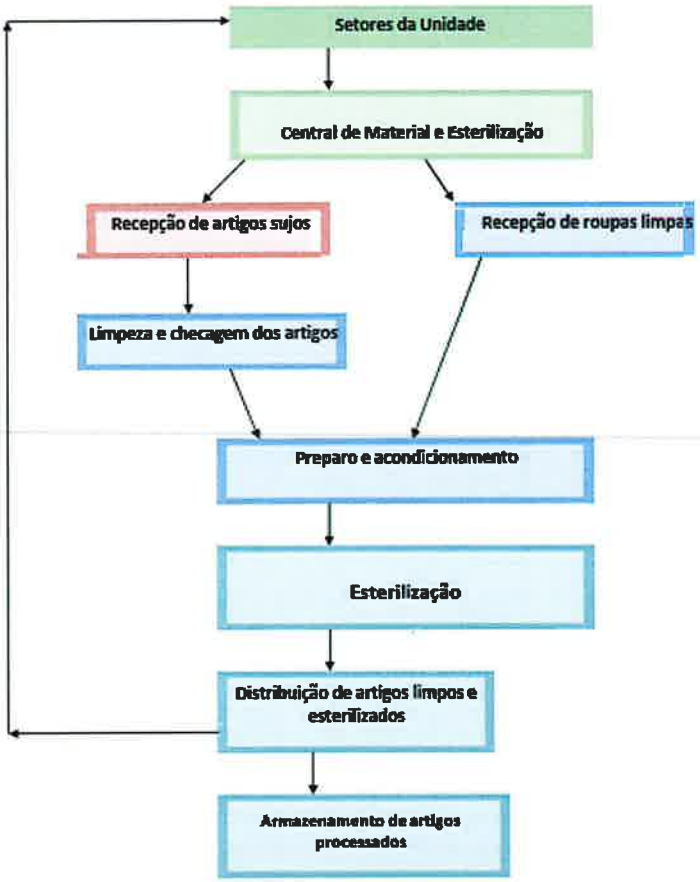
Normas Administrativas:
- No período da manhã será feita a revisão de todos os materiais e bandejas cirúrgicas conforme data de validade, reposição no estoque de materiais e produtos estéreis, conforme utilização do período.
- Por se tratar de uma unidade diferenciada em que se processe a esterilização e seus vários processos, é necessário estabelecer uma política de recursos humanos adequados devidos ao seu fluxo contínuo e unidirecional dos materiais.
- Os colaboradores do CME da unidade serão distribuídos numa escala mensal que cobre as 24 horas, divididos nos turnos diurno e noturno, em períodos de 6 horas ou 12 horas.

- A Central de Materiais Esterilizados deverá implantar protocolos de boas práticas, contendo a descrição das principais técnicas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

Segundo a RDC 50, as atividades que devem ser desenvolvidas na CME, são:

- receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;
- lavar esses produtos;
- receber roupas limpas vindas da lavanderia;
- realizar o empacotamento;
- esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos;
- realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos;
- acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas;
- zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor;

FLUXOGRAMA DOS MATERIAIS



LIMPEZA

A limpeza consiste na remoção da sujidade visível, orgânica e inorgânica, de um artigo, e, por conseguinte, na redução da carga microbiana.
A presença de resíduos de tecidos e outros fluidos corporais podem resultar na formação de camadas de matéria orgânica que podem ser mais difíceis de serem removidas, situação esta chamada de **biofilme**.
O **biofilme** é uma forma de organização bacteriana em que a bactéria adere rapidamente às superfícies úmidas e formam colônias organizadas de células envoltas por uma matriz (formada basicamente por polissacarídeos). Sucessivas limpezas inadequadas podem resultar em aumento do resíduo após usos repetidos dos instrumentais, ocasionando falha na esterilização. **Portanto, trata-se de uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos críticos, semi- críticos e não críticos**. Esse processo deve preceder a desinfecção e a esterilização. A presença de matéria orgânica torna ineficaz as etapas subsequentes uma vez os agentes esterilizantes tem grande dificuldade em penetrá-lo e atingir os microrganismos aderidos às superfícies dos materiais. Além de favorecer a formação de pontos de corrosão no instrumental, diminuindo a sua vida útil. A limpeza precisa ser feita de maneira rigorosa tendo como objetivos:

reduzir carga microbiana natural dos artigos;
extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos;
remover a sujidade dos artigos.

QUEM REALIZA
Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL
Enfermeiro

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

PRODUTO

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

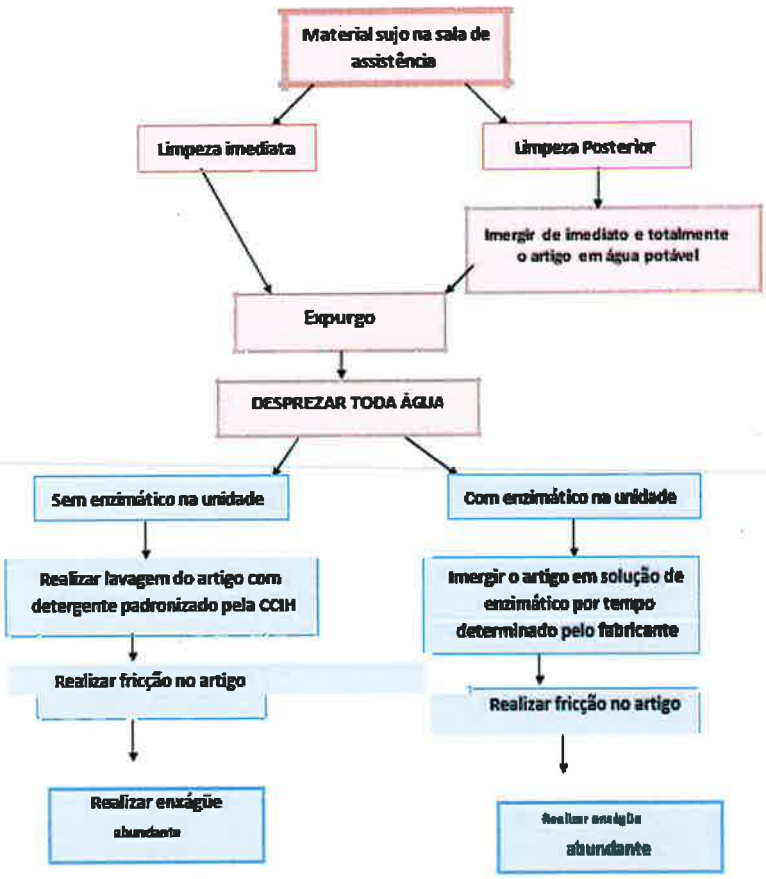
Detergente enzimático
Promove a remoção da matéria orgânica em curto período de tempo através da ação de enzimas que decompõe o sangue e fluídos corporais aderidos aos artigos, facilitando sua remoção.
Facilita a limpeza de locais de difícil acesso ou lúmem estreito.
Seu uso não substitui a fricção dos artigos durante o processo de limpeza.
Resíduos desse produto pode provocar eventos adversos ao paciente caso não sejam adequadamente removidos.

Os materiais não devem ficar expostos a solução de enzimático por tempo prolongado, pelo fato dessa solução tornar-se substrato para as bactérias, após esse período, propiciando um aumento da contaminação dos artigos.
Verificar o modo de diluição, o prazo de validade após a diluição, o tempo de imersão e o método de utilização do produto, conforme recomendações do fabricante;
A troca da solução deve ser feita conforme orientação do fabricante,
Privilegiar o uso de recipientes pequenos, para evitar gasto excessivo do produto;
A solução de enzimático deve ser identificada com nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou.

Exemplo

SOLUÇÃO: ----------
PREPARO data:_____Horário:_____
VALIDADE data: ------ Horário------

FLUXO DO PROCESSO DE LIMPEZA



Recomendações para limpeza manual
Este procedimento deve ser realizado no expurgo da unidade;
Utilizar EPIs adequados: luva de borracha, preferencialmente cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, gorro, máscara e óculos de proteção, sapato fechado
Iniciar o processo de limpeza na sala onde o material foi usado,

SE POSSÍVEL LEVAR O MATERIAL IMEDIATAMENTE NO EXPURGO para ser processado, caso não seja possível colocá-lo em molho em água potável, evitando o ressecamento de sujidade aderido em reentrâncias, para posteriormente ser transportado em caixa plástica tampada para o expurgo, onde será realizado todo o processo de limpeza.

Desmontar as peças, sempre que possível para realizar a limpeza;
Lavar peça por peça com escova apropriada, friccionando delicadamente o artigo, dentro de uma solução de detergente para evitar a formação de aerossóis com microrganismos;
Separar os artigos cortantes e pesados.
Os instrumentais pontiagudos devem ser abertos, limpos com cuidado e enxaguados;
Realizar enxágüe abundante;
Secar o material com pano ou compressa limpa que não deixe fragmentos nos artigos. Nunca permita que a água seque nos instrumentais, pois pode causar manchas e o ressecamento das gotículas de água auxilia a formação de biofilme;
Montar e fechar o instrumental;
Realizar secagem rigorosa, em área limpa, em bancada desinfectada com álcool 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção.

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

DESINFECÇÃO
Processo que elimina microorganismos presentes em superfícies e artigos, porém com menor poder letal que a esterilização, pois não destrói todas as formas de vida microbiana, principalmente esporos.
Dentre os fatores que podem interferir no processo de desinfecção cita-se: presença de matéria orgânica e/ou inorgânica, o tipo de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida e configuração física do artigo (Ex: fissuras e lúmen).
A desinfecção leva em consideração o espectro de ação e de acordo com RUTALA, 200 pode ser classificada em:

· **Alto nível**: elimina todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos. *Mycobacterium tuberculosis*, enterovírus, maioria das bactérias vegetativa, fungos e vírus pouco resistentes. **Produto utilizado**: glutaraldeído 2%, ácido peracético 1%, hipoclorito de sódio 1%.

· **Nível intermediário**: elimina bactérias vegetativas, bacilo da tuberculose, fungos, vírus lipídicos e alguns não lipídicos, mas **não** elimina as bactérias esporuladas. **Produto**: hipoclorito de sódio 1%, álcool 70%.

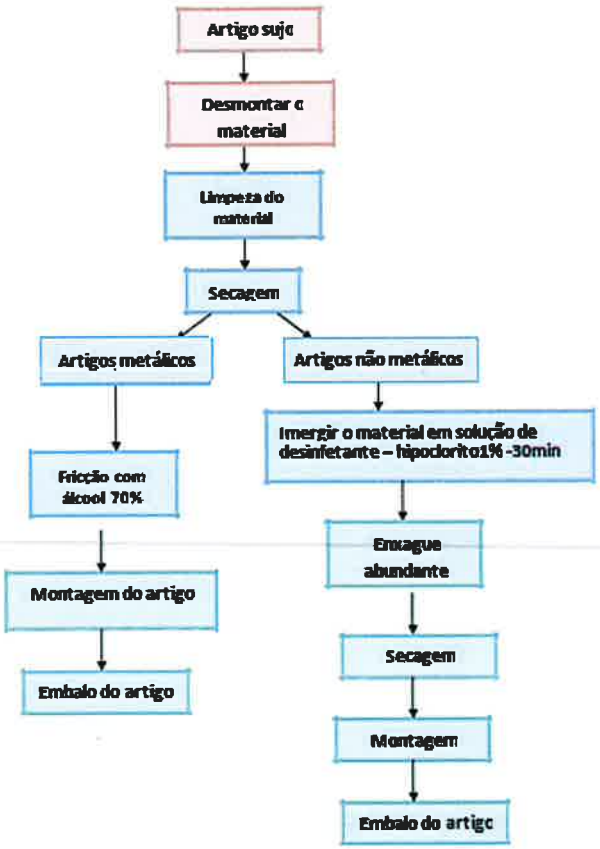
· **Baixo nível**: elimina a maioria das bactérias vegetativas, alguns vírus e fungos. O processo não é indicado para microrganismos resistentes como o bacilo da tuberculose ou os esporos bacterianos. **Produto**: quaternário de amônia.

QUEM REALIZA
Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL
Enfermeiro

INDICAÇÃO
Artigos semi-críticos, ou seja aqueles que entram em contato com membrana mucosa ou pele não íntegra, exemplo: inaladores ,peack flow, extensões, lâmina do laringoscópio,especulo otológico e para alguns artigos não críticos que se contaminam maciçamente com matéria orgânica como comadre e papagaio.

FLUXO PARA DESINFECÇÃO



Recomendações para uso do desinfetantes
· Certifique-se que o desinfetante é compatível com o artigo a ser processado;
· Prepare a solução de acordo com o rótulo do fabricante;

· Utilize os EPIs ao manipular o produto (máscara, óculos, avental impermeável e luvas de borracha);
· A solução deve ser identificada com nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou.

SOLUÇÃO:_____
PREPARO: data:_____Horário:_____
VALIDADE: data:_____Horário:_____

Figura 39

Fatores que interferem na ação do desinfetante

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

Os materiais após desinfecção devem ser embalados em sacos plásticos para serem guardados, afim de protegê-los de recontaminação.
Nas salas de inalação, onde o fluxo de pacientes para esse procedimento é intenso, os materiais de inaloterapia podem ser armazenados em caixas plásticas. Essa deverá permanecer tampada e ser limpa com água/sabão e após desinfecção com álcool 70%, uma vez ao dia.

PRODUTOS DESINFETANTES

Níveis de desinfecção
Os desinfetantes são classificados em 3 (três) níveis de ação: alto, médio e baixo, baseado na susceptibilidade dos microrganismos.
Desinfecção de alto nível: Procedimento eficaz contra todas as formas vegetativas, destruindo também uma parte dos esporos, quando utilizamos entre 10 e 30 minutos. Os desinfetantes de alto nível em um tempo relativamente longo, 6 a 10 horas, são capazes de realizar esterilização.

Desinfecção de nível intermediário: Procedimento que destrói os microrganismos na forma vegetativa incluindo o Mycobacterium tuberculosis, todos os fungos e a maioria dos vírus.

Desinfecção de baixo nível: Procedimento que destrói a maioria das bactérias na forma vegetativa, exceto Mycobacterium tuberculosis, alguns fungos e alguns vírus.
A RESOLUÇÃO-RDC Nº 31, DE 4 DE JULHO DE 2011 dispõe sobre a indicação de uso dos produtos saneantes na categoria "Esterilizante", para aplicação sob a forma de imersão, a indicação de uso de produtos saneantes atualmente categorizados como "Desinfetante Hospitalar para Artigos Semicríticos". A partir da RDC 31 todos os produtos esterilizantes passam a ser classificados nas categorias "**Desinfetante de Alto Nível**" ou "**Desinfetante de Nível Intermediário**".

Desinfetante de alto-nível:
Glutaraldeído a 2% por 30 min.

Desinfetante de nível intermediário:
Álcool etílico a 70%: 03 aplicações consecutivas com fricção rigorosa e secagem natural. Indicado para desinfecção em metais, vidros e mármores.

Hipoclorito de Sódio a 1%: imersão por 30 min em vasilhame opaco, com tampa e posterior enxágüe em água potável ou corrente (troca da solução a cada 12hs). Indicado para desinfecção em plásticos, borrachas e acrílicos.

Solução descontaminante:
Detergente enzimático: ação sobre matéria orgânica, especialmente sobre as grandes estruturas, decompondo-as.
- Ação instantânea: 2 a 3 minutos para desprender a matéria orgânica.
- Alta penetração.
- Atóxico, não corrosivo, pH neutro, não iônico.
- Remoção com enxágüe rigoroso.

HIPOCLORITO DE SÓDIO

Há controvérsias com relação à classificação desse produto como sendo de nível alto ou intermediário de desinfecção.
O último guideline do CDC(Centers for Disease Control and Prevention- agência operadora de saúde dentro do Serviço de Saúde Pública dos EUA), lançado em 2008 o classifica como de nível intermediário.
A SOBECC (Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico) 2009, o classifica como de alto nível de desinfecção.
A APECIH (Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar) no seu último manual, lançado em 2010, coloca que não há justificativa para o hipoclorito ser considerado de nível intermediário, pois preenche todos os requisitos para a classificação como desinfetante de alto nível, por ser bactericida, virucida, micobactericida e também esporicida para algumas espécies .
A estabilidade do produto depende da concentração, ausência de matéria orgânica, pH e condições de armazenamento.

Indicações do hipoclorito de sódio

- superfícies limpas: solução 0,025% por 10 min;
- artigos de lactário e cozinha: 0,020% por 60 min;
- artigos de inaloterapia e oxigenoterapia: 1% por 30 min
- NÃO INDICADO PARA MATERIAIS DE METAL POR SER CORROSIVO

Recomendação para hipoclorito
- Realizar a manipulação do produto com uso de EPI, e em local arejado;
- Realizar a preparação da solução conforme as recomendações do fabricante;
- A solução, depois de preparada, tem validade de 24 horas;
- Utilizar recipiente opaco à luz (sofre inativação a luz ultravioleta) e com tampa;
- Identificação da solução.

Técnica para uso do produto

· Colocar os materiais a serem desinfetados limpos, secos e desmontados de modo a ficarem totalmente cobertos pela solução;
· Manter os materiais de molho por 30 min;
· Registrar data, horário e nome de quem realizou a imersão do material na solução e horário de retirada da solução em impresso próprio;
· Realizar enxágüe abundante a fim de eliminar o odor e resíduos do hipoclorito.
· Realizar a secagem dos artigos
·

Os artigos devem ser embalados em sacos plásticos ou em recipiente com tampa.

CONTROLE DE DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO 1%			
DATA			
Horário de preparo da solução			
Responsável pelo preparo			
Horário imersão	Responsável	Horário retirada	Responsável

ÁLCOOL 70°

É indicado para desinfecção de nível intermediário e baixo sendo recomendada a fricção por 30 segundos. Não deve ser usado em superfície onde há presença de matéria orgânica, visto que esta poderá inativar ou diminuir o poder de ação do produto. A efetividade do álcool se dá no processo de evaporação, e este não deverá ser acelerado.
O uso indevido desse produto pode danificar equipamentos ópticos, dilatar e endurecer borrachas e certos plásticos.
É necessária a utilização de EPI para sua aplicação por causar ressecamento da pele.
As almotolias de álcool, assim como as de sabão, devem ser lavadas a cada 7 dias.

PREPARO E EMPACOTAMENTO
Esta fase consiste no preparo e condicionamento dos materiais de acordo com o processamento escolhido, em invólucro compatível com o processo e o material. Tem como objetivo manter a esterilidade do artigo, a vida útil, condição para transporte e armazenamento até sua utilização favorecendo transferência asséptica, sem risco de contaminação.

QUEM REALIZA
Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL
Enfermeiro

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

Tipos de embalagem
Tecido de Algodão
Os campos de tecido estão entrando em desuso pela necessidade de monitoramento da vida útil desse material. As frequentes lavagens e esterilizações, fazem com que as fibras de algodão encolham e aumentem de tamanho sucessivas vezes, gerando desgaste do material. Além disso outros fatores interferem negativamente no uso do tecido como:

- especificações da confecção dos tecidos a serem utilizados como campo: NBR 14027 e 14028;
- difícil controle da quantidade de número uso;
- baixa vida útil por desgaste precoce das fibras;
- baixo grau de eficiência como barreira microbiana
- ausência de resistência à umidade,
- alta absorção podendo impregnar com produtos químicos

Papel grau cirúrgico
Tem como vantagem a facilidade de visualização do material e manuseio, fechamento hermético, resistência e alto poder de filtragem microbiana.
Os artigos médico-odontológicos deverão ser empacotados em papel grau cirúrgicos de preferência. Somente, em situação de impossibilidade do uso dessa embalagem, deverá ser usado tecido de algodão para tal procedimento.
Esse é o tipo de embalagem padronizado para empacotamento dos materiais. A embalagem deve conter o indicador químico que demonstra que o pacote foi exposto ao processo. Toda equipe do UPA deverá ser treinada a verificar esse indicador antes de usar o material.
A termosselagem adequada é de extrema importância pelo fato do fechamento hermético garantir a manutenção da esterilidade. Devem ser evitadas rugas e dobras. Recomenda-se selagem de pelo menos 3 cm de distância da borda para abertura asséptica.

Recomendações para preparo e empacotamento dos artigos
- Realizar higienização das mãos antes de iniciar o procedimento;
- Utilizar EPI – luva de procedimento não estéril ,avental , gorro e sapato fechado
- Utilizar a pasta com a listagem dos materiais a serem colocados em cada pacote;
- Separar e conferir peça por peça, estado de conservação para detectar se há sujidade, ferrugem, trincas, manchas e outros defeitos;
- Selecionar a embalagem de acordo com o processo: desinfecção (saco plástico), esterilização (papel grau cirúrgico);
- Arrumar os instrumentais com as peças mais leves e menores sobre os maiores e mais pesados;
- Pinças curvas com a curvatura voltada para a tampa da caixa ou parte plastificada do papel grau cirúrgico;
- Cúpulas com a abertura voltadas para parte de papel;
- Cabos dos instrumentais voltados para a abertura de selamento do papel grau cirúrgico;
- Avaliar a necessidade de utilização de embalagem dupla (materiais pesados ou pontiagudos);
- Materiais perfuro-cortantes deverão receber capa de proteção em suas extremidades;
- Realizar o ajuste das embalagens duplas, verificando se elas não apresentam dobras internas e se estão acomodadas às partes externas;
- Selar a embalagem – deixar 3cm de borda;
- Identificar o material com data de esterilização, ciclo, data de validade e responsável;

· Não é recomendado escrever na parte de papel do invólucro, na impossibilidade de etiqueta, fazer o registro na aba (parte voltada para o lado do filme evitando assim manipular o material para checagem da data) a ser utilizada para abrir o pacote;
· Observar se a selagem está íntegra. Pequenas falhas na selagem permitem a entrada de microrganismo;
· Utilizar tamanhos adequados de papel para cada artigo, evitando que os pacotes fiquem repuxados ou que haja sobre papel grau cirúrgico;
· Encaminhar para esterilização.

Exemplos de identificação do material

M1 23/08/2014
V 30/09/2014 – AE Maria COREn 4325
Material esterilizado no 1º lote do cido da manhã do dia 23/08/2010, com validade 23/09/2010, preparado pela AE_ MARIA

M2 23/08/2014
V 30/09/2014 - ACD ANA CRO 4321
Material esterilizado no 2º lote do cido da manhã do dia 23/08/2010, com validade 23/09/2010, preparado pela ACD-ANA

N1 23/08/2014
V 30/09/2014- AE Maria COREn 1234
Material esterilizado no 1º lote do ciclo noturno do dia 23/08/2010, com validade 23/09/2010, preparado pela AE-MARIA

ESTERILIZAÇÃO

A esterilização é um processo que visa a destruição de todas as formas de microrganismos presentes nos artigos. Um produto para saúde é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor que 1:1.000.000.
Esterilidade ou nível de segurança é a incapacidade de desenvolvimento das formas sobreviventes ao processo de esterilização durante a conservação e a utilização de um produto. Dentre os vários tipos de processo de esterilização existentes, o UPA utiliza o processo de calor úmido sob pressão (autoclavação). Este processo é o de maior segurança por destruir todas as formas de vida a temperatura de 121°C a 134°C. O processo de calor seco (estufa) não é indicado,pela dificuldade de controle dos parâmetros do processo.

QUEM REALIZA
Auxiliar/ técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL
Enfermeiro

INDICAÇÃO
Indicada para esterilização de artigos críticos resistentes ao calor

Tipos de autoclave
Gravitacional: injeção do vapor na câmara força a saída do ar frio por uma válvula localizada em sua parte inferior. Nesse processo pode formar bolhas de ar no interior dos pacotes, o que

impede a esterilização. Para que o vapor penetre em todos os materiais, o tempo deve ser mais longo, tornando o ciclo mais demorado. A ANVISA, 2009 indica que esses equipamentos não sejam mais usados.

As autoclaves de bancada utilizadas na odontologia são esterilizadoras a vapor compacto e gravitacional, que tem a câmara com volume menor e que gera seu próprio vapor quando a água destilada é adicionada

Pré-vácuo: por meio de uma bomba de vácuo o ar é removido de dentro dos pacotes a serem esterilizados e da câmara. Esse processo pode ser único, com apenas um pulso, ou fracionado, com três ou mais ciclos de pulso, o que favorece a drenagem do ar e a penetração mais rápida do vapor dentro dos pacotes. Nesse tipo de autoclave, a formação de bolsas de ar é menos provável. Após a esterilização, a bomba de vácuo atua na sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida.

Quadro: temperatura e tempo de exposição correspondente a esterilização por vapor saturado sob pressão

Tipo de Equipamento	Temperatura	Tempo de exposição*
Gravitacional	132ºC a 135ºC	10 a 15 minutos
	121ºC a 123ºC	15 a 30 minutos
Pré-vácuo	132ºC a 135ºC	3 a 4 minutos

*Fonte:AORN, 2002 *Tempo de exposição começa a ser contado quando é atingida a temperatura de esterilização citada.*

Recomendações para esterilização a vapor saturado sob pressão

· não esterilizar materiais têxteis e caixas de instrumentais na mesma carga. Caso isso não seja possível, os materiais têxteis deverão ser colocados na parte superior e os instrumentais na inferior;

· dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação do vapor, permitindo a exposição do agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto,bem como a eliminação do ar. Essa disposição correta na autoclave evita a ineficiência da secagem da carga;

· a carga na autoclave deve ser distribuída de uma maneira uniforme, e não deve tocar as paredes internas;

· se possível, utilizar cestos aramados para a colocação de pacotes;

· os pacotes com grau cirúrgico devem ser posicionados para que o lado do filme esteja em contato com o lado filme do outro pacote. Da mesma forma as superfícies de papel devem estar em contato entre si. Isso evita a absorção no papel da água condensada no lado plástico;

· as caixas devem estar destampadas para facilitar a penetração do vapor e envoltos em papel grau cirúrgico;

· utilizar no máximo 80% da capacidade da câmara do equipamento;

· seguir as normas de funcionamento do equipamento;

· realizar anotações de todos os parâmetros durante o ciclo em impresso apropriado;

· os pacotes, após um ciclo completo de esterilização, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado;

· não colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação;

· limpar a câmara interna do equipamento com água e sabão semanalmente.

Prazo de validade após esterilização

O prazo de validade dos materiais esterilizados está relacionado a:
· integridade da embalagem (ausência de rasgos, perfurações,fissuras;
· ausência de manchas ou umidade no pacote;
· ausência de sujidade no pacote;
· presença da ativação do integrador químico;
· local de armazenamento.

Segundo APECIH, 2010 até o momento é impossível recomendar tempo de estocagem para itens estéreis, pois não há uma metodologia padronizada e universalmente aceita para determinação de prazos de validade. A determinação deste prazo está relacionado as condições de estocagem e integridade das embalagens.

MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO

O controle dos processos de esterilização se dá através do monitoramento mecânico e físico da autoclave, e do monitoramento químico e biológico dos ciclos.

QUEM REALIZA
Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL
Enfermeiro

INDICAÇÃO
Todos os ciclos da autoclave

TIPOS DE MONITORAMENTO
Monitoramento mecânico – está relacionado ao equipamento de esterilização. Deverão ser feitos registros de manutenção corretiva e preventiva, em impresso próprio ou livro de registro de intercorrências da C.M.E.
Na manutenção corretiva as intercorrências com a autoclave deverão ser comunicadas ao enfermeiro de imediato, e deverão ser registradas, contendo:
· Data da ocorrência.
· Enfermeiro que foi comunicado.
· O problema detectado no equipamento.
· Data –horário- nome para quem foi solicitada a manutenção no almoxarifado.
· Nome do responsável /empresa pela execução da manutenção
· Descrição do serviço realizado.
· Resultado do teste biológico após conserto (2 testes biológico de 3 horas seguidos, sem carga), registrando a realização dos mesmos, especificando o número da carga em impresso padronizado para anotação de indicadores biológicos.
· Assinatura do enfermeiro após realização de todo processo de manutenção e autorização para liberação de uso.

A manutenção preventiva deverá ser feita uma vez por ano, e a corretiva sempre que necessário, devendo ser registrada em Livro e guardada documentação deixada pela empresa contratada.

Monitoramento físico

Deverá ser feito registro do tempo, temperatura e pressão durante todo o ciclo de esterilização, em impresso próprio pelo responsável pela esterilização, com especial atenção à fase de esterilização propriamente dita.

Monitoramento químico
Atualmente utiliza-se apenas o indicador químico classe 1 (de processo) que são tintas termocrômicas (substância que sofre reação em mudança de ambiente térmico) que tem os objetivos de identificar e diferenciar os produtos para a saúde que foram processados e os que não foram. Estão presentes nas bordas do papel grau cirúrgico.
Os responsáveis deverão conferir a viragem deste integrador na retirada do material da autoclave, e na distribuição dos mesmos aos setores da unidade. Toda a equipe da unidade deve ser treinada a conferir esse indicador antes de utilizar o material. Caso esse indicador não esteja presente no pacote ou não apresentou a viragem, o material não deve ser usado.

Monitoramento biológico
É o realizado por meio de indicadores biológicos contendo uma população de 10 a 0 de microorganismos esporulados, resistentes ao agente esterilizante.
A recomendação é que seja realizado diariamente no primeiro ciclo da autoclave. Sendo a leitura realizada 3 horas após a incubação, só após a análise destes monitoramentos, as cargas serão liberadas.

As cargas não devem ser liberadas quando:
· houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão);
· os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização;
· indicador biológico der resultado positivo.
Se a carga for liberada antes dos resultados do indicador biológico e posteriormente, esse indicar falha no processo, todos os materiais desde a última carga deverão ser recolhidos e considerados não estéreis.

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

Procedimentos para realizar o teste biológico

INDICADORES BIOLÓGICOS

1. Ligar a incubadora 290 a uma tomada de corrente terra (tripla);
2. Deixar transcorrer o período de aquecimento. Aparecerá o código **C1** (aquecendo). Aguardar até este código desaparecer do visor. Isto significa que a incubadora chegou na temperatura ideal. (Importante manter a tampa da incubadora sempre fechada).Anotar no rótulo do frasco de Indicador Biológico o número da carga, data, e posição do pacote-teste na autoclave, conforme protocolo da instituição;
3. Colocar o pacote desafio contendo o indicador biológico e posicioná-lo acima do dreno;
4. Processar o ciclo de acordo com as recomendações do fabricante da autoclave;
5. Ao final do ciclo, retirar o pacote teste da autoclave e após o total resfriamento da ampola-teste, fechar completamente a tampa do indicador biológico, exercendo pressão sobre a mesma;

6. Abrir a tampa da incubadora e colocar a ampola-teste no compartimento central da mesma, indicado como "crusher", e mover para o lado oposto, a fim de obter a quebra da ampola interna de vidro (que contém o meio de cultura);
7. Após, segurar o Indicador Biológico pela tampa e golpear a parte inferior da ampola sobre a superfície de uma mesa até que o meio de cultura umedeça a tira de esporos na parte inferior da mesma. (Não golpear a ampola sobre a incubadora);
8. Abrir cuidadosamente a tampa da incubadora e colocar o Indicador Biológico em um dos alojamentos de leitura/incubação. Em seguida, acenderá uma luz amarela correspondente ao alojamento utilizado, indicando que a incubação está em processo,

9. Fechar a tampa da incubadora e aguardar que a luz vermelha ou verde indique o resultado.

Atenção:
·as ampolas deverão ser manipuladas segurando-as sempre da tampa e fundo da ampola, nunca em seu corpo
·ao termino da incubação tanto a ampola teste como a controle deverão ser desprezadas em caixa de resíduos perfuro-cortante.

AMPOLA-CONTROLE (POSITIVO)
1.Identificar a ampola-controle conforme protocolo da instituição com um **C**. O indicador químico que se apresenta no rótulo (faixa rosada), não sofrerá alteração na coloração, pois não passará pelo processo de esterilização.
2. Fechar completamente a tampa da ampola-controle, exercendo pressão sobre a mesma;
3. Abrir a tampa da incubadora e colocar a ampola-controle no compartimento central da mesma, indicado como "crusher", e mover para o lado oposto, a fim de obter a quebra da ampola interna de vidro (que contém o meio de cultura);
4. Após, segurar o Indicador Biológico pela tampa e golpear a parte inferior da ampola sobre a superfície de uma mesa até que o meio de cultura umedeça a tira de esporos na parte inferior da mesma. (Não golpeie a ampola sobre a incubadora);
5. Abrir cuidadosamente a tampa da incubadora e colocar o Indicador Biológico em um dos alojamentos de leitura/incubação, **sempre colocar a ampola controle no mesmo compartimento;**
6. Em seguida, acenderá uma luz amarela correspondente ao alojamento utilizado, indicando que a incubação está em processo. Fechar a tampa da incubadora e aguardar. Neste caso, o resultado esperado é positivo (luz vermelha).

CONSIDERAÇÕES

· Tampa - deve permanecer fechada;
· Relógio - identifica tempo restante incubação;
· Alarme - aciona ao resultado positivo e retirada ampola;

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Luz amarela: indica que a incubação está em processo. Após a colocação da ampola no alojamento, a mesma deve obrigatoriamente acender. Caso não aconteça, recoloque a ampola.
Luz vermelha: indica resultado **positivo** do Indicador Biológico, em seguida soará um alarme.

Luz verde: indica resultado **negativo** do Indicador Biológico. Este resultado somente acontecerá após a finalização do tempo de incubação total, ou seja, somente após 3 horas (caso da ampola 1292) ou em 01 hora (caso da ampola 1291).

Obs: quando a luz **vermelha** ou **verde** se acender, o Indicador Biológico já pode ser retirado do alojamento. Enquanto a luz **amarela** estiver acesa, o mesmo não deverá ser retirado ou tocado. Caso isto ocorra soará um alarme e aparecerá o código C2 no visor. Em 10 segundos, se o Indicador Biológico não retornar ao alojamento a leitura será desconsiderada, e reiniciará a contagem do tempo.

O QUE É UM CONTROLE POSITIVO?
É um indicador biológico de mesmo lote sem processar, que se incuba ao mesmo tempo que os IB's processados.

· Ampola NÃO esterilizada *(marcada com a letra "C")*, de mesmo lote e data de fabricação da ampola teste;
· Frequência: TODO DIA que se incube e leia um IB processado;
· Colocado sempre no1 ° alojamento da direita : resultado, acenderá a luz vermelha;

PARA QUE SERVE?
GARANTE

- Que as temperaturas de incubação são adequadas;
- Viabilidade dos esporos;
- Capacidade do meio para promover o crescimento rápido;
- Correto funcionamento dos componentes da Incubadora Rápida.
- A realização do teste biológico deverá ser registrada em impresso próprio e etiqueta do tubete com indicador químico do teste deverá ser colada no mesmo. A enfermeira responsável pela esterilização deverá dar visto todos os dias no impresso de registro do teste biológico.

ALERTA: No teste biológico de terceira geração, a leitura é feita na incubadora através de luz ultravioleta após 3 horas de incubação. A ausência de fluorescência indica que as condições de esterilização foram atingidas e a enzima alfa-D-glicosidase e os esporos destruídos.
Preparação de pacote desafio para teste biológico: somente para autoclaves de bancada (odonto)
· Empilhar 40 gazes;
· Colocar Indicador Biológico no centro geométrico entre a 20ª e 21ª gaze;
· Embalar as gazes com o IB em papel grau cirúrgico;
· Posicionar o pacote desafio em cima do dreno da autoclave.

Data	Num ciclo	Tempo de ciclo (registrar horário)			Temperatura durante esterilização	Manômetro	Manovacuômetro	Uso indicador biológico		Incubação		Ocorrência do problema	Responsável
		início	fim	duração				Sim	Não	Hora da incubação	Hora da leitura		

Colar etiqueta do indicador biológico

Etiqueta controle:

Etiqueta exposta ao vapor:

Número do lote:
Resultado ( ) negativo Luz Verde
( ) positivo Luz Vermelha (suspender o uso da carga e comunicar a enfermeira)

Responsável pela liberação da carga- _____

invisa instituto vida e saúde

0000086

ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS

A área de estocagem deve facilitar a localização do item e manter a integridade da esterilização e conteúdo.
Os materiais podem se armazenados em prateleiras fechadas ou abertas. Contudo, as prateleiras abertas merecem maior atenção no que se refere ao controle de fluxo de pessoal, limpeza e ventilação. E devem manter distância de teto, piso e paredes.

QUEM REALIZA
Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL
Enfermeiro

INDICAÇÃO
Todos os materiais esterilizados e desinfetados destinados à assistência.

Recomendação para artigos esterilizados
· manusear os pacotes quando estiverem completamente frios antes de estocá-los ou removê-los da autoclave;
· estocar os produtos esterilizados em local de acesso restrito, separados de itens não estéreis, em ambiente bem ventilado,
· proteger esses produtos de contaminação, danos físicos e perdas durante o transporte, utilizando recipiente rígido ou saco plástico;
· estocar os itens estéreis a uma distância de 25 cm do piso, de 45 cm do teto e de 5 cm das paredes;
· fazer a estocagem dos pacotes dos artigos de modo a não comprimir, torcer, perfurar ou comprometer a sua esterilidade, mantendo-os longe de umidade;
· guardar e distribuir os produtos no estoque obedecendo a ordem cronológica de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos antes dos mais novos;
· estocar os produtos onde há condições de segurança patrimonial para que não haja extravios;
· efetuar inspeção periódica dos itens estocados para a verificação de qualquer degradação visível e validade pelo menos 1 vez por semana;
· atentar para o prazo de validade do papel grau cirúrgico;
· proteger os materiais de contaminação durante o transporte;
· evitar manipular o material várias vezes (**o ideal é que seja manipulado no máximo quatro vezes**).

NÃO utilizar os artigos que apresentarem as seguintes alterações

- Pacotes com papel grau cirúrgico amassado, rasgado, torcido;
- Pacotes que caírem no chão;
- Invólucro com umidade ou mancha;
- Suspeita de abertura da embalagem;
- Presença de sujidade no pacote ou no material;
- Pacote não íntegro;
- Prazo de validade expirado.

Recomendação para artigos desinfetados

· após a desinfecção dos artigos, estes deverão ser embalados em sacos plásticos, identificando data de realização processo, data de validade (7 dias) e responsável pelo procedimento;
· armazenar em armários separados dos materiais estéreis;
· nas salas de inalação, onde existe grande quantidade desse procedimento, os inaladores podem ser armazenados sem caixa plástica tampada após a desinfecção;

LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DA CM

A CME deverá estar limpa e organizada para execução de todas etapas do processamento de artigos. As superfícies limpas e desinfetadas conseguem reduzir em 90% o número de microorganismos.
As paredes, pisos e teto ocupam um papel secundário na transmissão de infecções desde que não sejam tocados pelas mãos ou objetos que entrarão em contato com o organismo humano.

QUEM REALIZA
Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal
RESPONSÁVEL
Enfermeiro
RECOMENDAÇÕES
· a CME deve ser usada apenas para processamento de artigos odonto- médico-hospitalares;
· na CME deve ficar apenas materiais e insumos deste setor;
· não estocar neste local, insumos utilizados pela CME ou pela unidade;
· não estocar instrumentais novos e/ou danificados na CME;
· evitar caixa de papelão no setor, utilizar caixas plásticas;
· não são permitidos: plantas, enfeites e papéis pregados na parede;
· realizar limpeza concorrente diariamente;
· realizar limpeza terminal 1 vez por semana;
· não deixar os materiais, depois de feita a limpeza, expostos ao ar livre e/ou molhados;
· não deixar matérias de molho, sem limpeza às sextas feiras e feriados manter a CME organizada ao final de cada período de trabalho.

CRITÉRIOS DE TROCA DOS ARTIGOS

Os artigos após múltiplos usos sofrem alterações em sua integridade, funcionabilidade e durabilidade e ainda estão sujeitos a formação de biofilme. Por isso é necessária a avaliação periódica dos artigos para possível troca.

QUEM REALIZA
Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL
Enfermeiro

INDICAÇÃO
Todos os ciclos da autoclave

Fatores que danificam os instrumentais

· Deixar que o sangue seque nos instrumentos;

- Imergir os instrumentais na água por um período prolongado;
- Imergir os instrumentais em solução salina;
- Deixar os instrumentais imersos em solução de detergente por muito tempo;
- Uso impróprio dos instrumentais;
- Uso de solução imprópria;
- Permitir que a água seque nos instrumentais após o processo de limpeza.

Critério de troca dos instrumentais

- presença de pontos de corrosão;
- instrumental não íntegro;
- funcionalidade comprometida;
- sujidade incrustada de difícil remoção.

ROTINAS: TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO OU ESTERILIZAÇÃO

NEBULIZADORES (máscara, copinhos, cachimbo , extensão e traquéia)
Realizar limpeza e desinfecção após cada uso

- Colocar o EPI;
- Desconectar todas as peças, imergir em água e detergente e realizar fricção com esponja;
- Enxaguar as peças rigorosamente interna e externamente;
- Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente ;
- Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos em recipiente opaco e tampar;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar as peças do recipiente e enxaguá-la individualmente e rigorosamente em água corrente, para eliminar totalmente o resíduo do hipoclorito;
- Secar com a toalha ou pano limpo e seco;
- Guardar as peças montadas em recipiente tampado.

ALMOTOLIAS
A limpeza e desinfecção deve ser realizada após o término da solução e/ou no máximo a cada 7 dias.

- Colocar o EPI;
- Esvaziar as almotolias;
- Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
- Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre a toalha ou pano limpo e seco, até secarem completamente;
- Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco.

Observação

· A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal.

· Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia.

UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO

· Colocar o EPI;
· Esvaziar os umidificadores;
· Lavar externamente com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
· Usar o mesmo processo internamente utilizando escova apropriada;
· Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
· Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
· Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
· Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
· Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco.

Observação

Não colocar no hipoclorito objetos metálicos, pois este é corrosivo ao metal,realizar fricção de álcool 70° por 30 segundos.

CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO

· Colocar EPI;
· Retirar a lâmpada da lamina e friccionar álcool 70% por 30 segundos;
· Lavar a lâmina do laringoscópio com água e detergente neutro esfregando com a esponja (não deixar de molho);
· Enxaguar abundantemente em água corrente;
· Secar a lamina com toalha ou pano limpo;
· Friccionar álcool a 70% na lâmina por 30 segundos;
· Limpar o cabo do laringoscópio com pano umedecido em solução de água e detergente neutro;
· Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;
· Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;
· Montar o laringoscópio adaptando a lâmpada testando o seu funcionamento;
· Guardar o laringoscópio desmontado e protegido em saco plástico ou recipiente com tampa (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

AMBU (máscara, bolsa ventilatória, bolsa reservatório de O2, extensão para oxigênio)

· Colar EPI;
· Desmontar o ambu (retirar a máscara e conexões);
· Lavar cada peça com água e detergente;
· Enxaguar em água corrente e secar;
· Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
· Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
· Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar abundantemente;
· Secar cada uma das peças com pano limpo e as bolsas e extensões com ar comprimido;
· Embalar em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

COMADRE E PAPAGAIO

- Colar EPI;
- Desprezar conteúdo em vaso sanitário;
- Realizar limpeza com água e detergente;
- Secar com pano limpo e seco;
- Friccionar álcool 70% por 30 segundos por toda superfície;
- Embalar em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

EXTENSÃO DE SILICONE

- Colocar EPI;
- Imergir o material na solução de água detergente.
- Conectar uma das extremidades da extensão no bico da torneira;
- Segurar a outra extremidade da extensão em direção ao fundo do bojo da pia;
- Abrir a torneira, controlando a pressão, deixando a água passar por 1m;
- Passar a esponja umedecida com água e detergente em toda superfície externa da extensão;
- Desconectar a extensão da torneira;
- Injetar 20ml de solução de água e detergente na extensão;
- Elevar a extremidade da extensão permitindo que o detergente passe por toda sua extensão interna;
- Após deixar correr água até retirada da solução de sabão;
- Desconectar a extensão da torneira;
- Enxaguar a superfície externa da extensão com água corrente;
- Imergir as extensões na solução de hipoclorito de sódio a 1%, tampar e deixar 30minutos;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar abundantemente;
- Secar cada uma das peças com pano limpo e ar comprimido;
- Guardar as extensões em recipiente tampado ou embalar em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

Observação

- recomenda-se que o tubo de silicone seja descartável ,de uso único, quando realizado procedimento de aspiração.

CÂNULA DE GUEDEL

- Colocar EPI;
- Imergir o material na solução de água e detergente.
- Esfregar a cânula com uma esponja macia;
- Enxaguá-la em água corrente;
- Secar com toalha;
- Imergir na solução de hipoclorito de sódio a 1%, tampar e deixar 30minutos
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável ;
- Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar abundantemente;

- Secar cada uma das peças com pano limpo;
- Guardar a cânula em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

CABOS DE EQUIPAMENTOS (eletrocardiograma, monitor cardíaco, oxímetro, estetoscópio, cardioversor e outros)

· Colocar EPI;
· Desinfetar com álcool a 70% a cada paciente;

Na presença de matéria orgânica

· Limpar com pano umedecido em água e detergente.
· Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;
· Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;

FIO GUIA

· Colocar EPI;
· Realizar limpeza com água e sabão;
· Secar com pano limpo e seco;
· Empacotar em papel grau cirúrgico;
· Selar;
· Identificar;
· Esterilizar.

CAMPOS FENESTRADOS

· Colocar EPI;
· Verificar se está limpo, sem rasgos ou furos;
· Colocar contra a luz para conferência;
· Dobrar o campo com a fenestra para cima;
· Embalar em papel grau cirúrgico;
· Selar;
· Identificar;
· Esterilizar.

ESPÉCULOS

· Separar e conferir peça por peça, estado de conservação para detectar se há sujidade , ferrugem, trincas, manchas e outros defeitos;
· Montar os espéculos;
· Preparar espéculo (pode ser empacotado individualmente);
· Embalar em papel grau cirúrgico com o parafuso do espéculo voltado para abertura de selamento do papel grau cirúrgico;
· Selar a embalagem – deixar 3 cm de borda;
· Identificar;
· Esterilizar.

PINÇAS, TESOURAS, CUBAS, TESOURAS, PONTA DE CAUTÉRIO, SERINGA TRIPLICE, ARTIGOS DE ODONTOLOGIA E DEMAIS ARTIGOS QUE POSSAM SER AUTOCLAVADOS

· Desmontar materiais articulados;

· Colocar os materiais em recipientes para imersão de água e detergente por no mínimo 15 minutos;
· Colocar os materiais na pia, onde deve ser esfregada com escova de cerdas brancas ou esponja, retirando possíveis resíduos, especial atenção para artigos articulados e ranhuras. A fricção deve ser feita embaixo d'água para evitar aerossóis de microorganismos;
· Enxaguar abundantemente em água corrente;
· Colocar para escorrer em local previamente forrados com campos;
· Secar os instrumentais com compressas brancas, verificando possíveis sinais de sujidade e ferrugem;
· Se algum instrumental estiver sujo, voltar para ser lavado manualmente na pia, se inadequado (defeitos ou ferrugem) separar e comunicar enfermeiro para reposição;
· Embalar em papel grau cirúrgico;
· Selar;
· Identificar;
· Esterilizar.

Os instrumentais que são usados poucas vezes podem ser acondicionados em pacotes individuais. Ex.: tentacânula, Mc Guill, Pinça de Allis, Kelly, Kocher, tesoura de Íris, tesoura de Metzembaun, boticão, etc. .

PADRONIZAÇÃO DE KITS
ENFERMAGEM

Kit	Composição de instrumentais
Retirada de Pontos	01 pinça anatônica
	01 pinça Kelly
	01 pinça Adison Kocher
	01 pinça dente de rato
	01 tesoura Iris – ponta fina[2]
Curativo simples	01 pinça dente de rato
	01 pinça anatômica serrilhada
	01 pinça Kelly[3]

[2] Colocar uma proteção pérfuro-cortante na ponta da tesoura.
[3] Colocar pinças semi-abertas.

PACOTE SONDAGEM VESICAL[6]	01 cuba rim
	01 pinça Kocher
	01 cuba redonda
	Gazes dobradas
PACOTE DE SUTURA[7]	01 pinça de Kelly ou Kocher para assepsia
	01 pinça dente de rato
	01 porta-agulha Mayo 14 cm
	01 tesoura Mayo
KIT DRENAGEM DE TORAX[8]	01 par de Farabeuf delicado
	02 pinças Kelly ou Kocher longas (1 reta e 1curva)
	01 pinça anatômica
	01 tesoura de Mayo
	01 pinça dente de rato
	01 porta agulha de Mayo
	01 tesoura de Iris reta

	01 cabo de bisturi
	01 tesoura de íris curva
	01 Halsted reto
	02 Halsted curvos
	01 cabo de bisturi
	01 pinça Kocher
	01 pinça Kelly curva
	01 tesoura Iris curva
	01 pinça de Adison
	01 cuba redonda
	01 pinça anatômica

6- campo fenestrado de tecido - embalado separadamente
7- campo fenestrado de tecido - embalado separadamente
8 - 01campo grande, 01 campo fenestrado e 01 campo fenestrado

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

A Norma Regulamentadora nº 6 (NR 6) define EPI como todo dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador.
A empresa é obrigada a fornecer os EPI aos trabalhadores, e os trabalhadores tem como obrigações usá-los para a finalidade a que se destina; responsabilizar- se por sua guarda e conservação; não levá-los para fora da área técnica e comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para o uso. A utilização do EPI na C.M.E dependerá da área em que serão utilizados.

No expurgo, deverão ser utilizados:
· **Avental impermeável** para proteção anterior do corpo contra umidade e fluidos orgânicos
· **Avental de manga longa** : complementar ao avental impermeável
· **Luva de borracha antiderrapante** e preferencialmente de cano longo
· **Luvas de procedimentos não estéreis**, utilizadas na secagem de materiais já limpos.
· **Máscara,** durante a lavagem manual pela possibilidade de respingos
· **Botas impermeáveis ou no mínimo sapato fe**chado, para proteção dos pés.
· **Óculos de acrílico**, durante a lavagem manual pela possibilidade de respingos
· **Gorro** evitando que haja contato das mãos com o cabelo e evitando possível queda de cabelos nos instrumentais a serem processados.
Na área de **preparo de materiais** recomenda-se o uso de luvas de procedimento não estéreis,avental e gorro.
Na área de **esterilização** os profissionais deverão realizar lavagem de mãos rigorosa para manipulação de materias estéreis e desinfetados

A adoção de "Práticas de Controle de Riscos Ocupacionais Biológicos entre Trabalhadores" são medidas de biossegurança visando a proteção a saúde do trabalhador diante de riscos biológicos, os programas de capacitação, controle de acidentes e a vacinação são ações destas práticas.

ROTINAS DE CUIDADOS COM OS EPIS

LUVAS DE BORRACHA DE AUTOPROTEÇÃO
Deverá ser feita a limpeza das luvas de autoproteção após cada uso.

TÉCNICA
· Lavar com água e sabão
· Enxaguar.
· Secar
· Verificar presença de furos e desprezá-las quando necessário
· Guardar em local próprio.

AVENTAL IMPERMEÁVEL
É a limpeza do avental de autoproteção, após o cada uso, caso não seja descartável.

TÉCNICA
· Lavar com água e sabão
· Enxaguar.
· Secar
· Guardar em local próprio.

ÓCULOS DE ACRÍLICO
É a limpeza dos óculos de acrílico após o uso e/ou término do trabalho.

TÉCNICA
· Realizar limpeza com água e sabão
· Enxaguar.
· Secar
· Guardar os óculos em recipiente tampado ou saco plástico

HIGIENIZAÇÃO DO EXPURGO

A **higienização diária** deverá ser feita pela enfermagem/odontologia em bancadas e pias e a equipe de higienização.
Após lavar todos os materiais, o profissional escalado no expurgo deverá deixar o local em ordem: hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas;
Deixar a caixas plásticas vazias e limpas quando não houver materiais em imersão na passagem do plantão;
Lavar as luvas de borrachas e pendurá-las para secar;
Após retirada dos EPIs, fazer lavagem das mãos;
A limpeza terminal quinzenal deverá seguir as orientações abaixo:
As prateleiras são desocupadas pelos servidores da enfermagem sendo os pacotes colocados sobre a mesa ou bancada ;
Proteger com saco plástico as embalagens evitando que molhe durante a limpeza;
Os profissionais da enfermagem limpam as prateleiras álcool 70% e após estarem secas colocam os pacotes e caixas em seus lugares;
A mesa deverá ser limpa pela enfermagem com pano embebido em água e detergente neutro. Após, retirar o detergente com pano embebido em água, secando em seguida;
A equipe de higienização, realizam a limpeza das paredes e o teto com um pano embebido com água e sabão com a ajuda de um rodo e em seguida passam pano úmido;
Janelas, portas, luminárias também deverão ser higienizadas com água e sabão;
Os visores de vidro deverão ser limpos com álcool 70 % pelos profissionais de higienização;
Os profissionais de higienização realizam limpeza do chão conforme rotina.

HIGIENIZAÇÃO DA SALA DE PREPARO/ ESTERILIZAÇÃO/GUARDA DE MATERIAIS

A higienização **diária** deverá ser feita pela enfermagem/odontologia em bancadas e pias e os profissionais de higienização o chão.
A limpeza terminal quinzenal deverá seguir as orientações abaixo:
As prateleiras são desocupadas pelos servidores da enfermagem sendo os pacotes colocados sobre a mesa ou bancada;
Proteger com saco plástico as embalagens evitando que molhe durante a limpeza;
Os profissionais da enfermagem limpam as prateleiras álcool 70% e após estarem secas colocam os pacotes e caixas em seus lugares;
A mesa deverá ser limpa pela enfermagem com pano embebido em água e detergente neutro. Após, retirar o detergente com pano embebido em água, secando em seguida;
A câmara da autoclave deverá ser limpa pela enfermagem com pano embebido em água e detergente neutro. Após, retirar o detergente com pano embebido em água, secando em seguida;
Os profissionais da enfermagem limpam os carros das autoclaves e
os racks com álcool 70% e após colocam os cestos, os carros e os racks no lugar, depois que o chão estiver seco;
Os profissionais de higienização, realizam a limpeza das paredes e o teto com um pano embebido com água e sabão com a ajuda de um rodo e em seguida passam pano úmido;
Janelas, portas, luminárias também deverão ser higienizadas com água e sabão;
Os visores de vidro deverão ser limpos com álcool 70 % pelas servidoras da higiene e limpeza;
Os profissionai de higienização lavam o chão conforme rotina.

EQUIPAMENTOS

De acordo com a RDC nº 15 de 15/03/2012:
Art. 38 As leitoras de indicadores biológicos e as seladoras térmicas devem ser calibradas, no mínio, anualmente.
Art. 40 Na manutenção dos equipamentos, as informações resultantes das intervenções técnicas realizadas devem ser arquivadas para cada equipamento, contendo, no mínimo:

I. Data da intervenção.
II. Identificação do equipamento.
III. Local da instalação.
IV. Descrição do problema e nome do responsável pela identificação do problema.
V. Descrição do serviço realizado, incluindo informações sobre as peças trocadas.
VI.Resultados da avaliação dos parâmetros físicos realizados após a intervenção e complementados com indicadores químicos e biológicos, quando indicado.
VII.Nome do profissional que acompanhou a intervenção e do técnico que executou o procedimento.

e) Fluxo unidirecional para roupas: Abordando o movimento unidirecional de roupas dentro da instituição.

A lavanderia hospitalar é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene

e conservação, em quantidade adequada a todas as unidades de uma unidade hospitalar. É um serviço de suma importância para o bom funcionamento da mesma, pois a eficiência de seu funcionamento contribuirá para a eficiência das atividades assistenciais realizadas, como exemplo a redução das infecções hospitalares. A unidade de processamento de roupas realiza diversas atividades que envolvem riscos à saúde do trabalhador, usuário e meio ambiente e, por isso, é alvo da ação de regulação da vigilância sanitária.

Assim, o Serviço de Processamento da Roupa - SPR do **Unidade de Pronto Atendimento-UPA** terá como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades da unidade. As roupas utilizadas nos diversos serviços do UPA incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, fraldas, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, propés, aventais, gorros, dentre outros.

Etapas do Processamento da Roupa:

1. REMOÇÃO DA ROUPA SUJA DA UNIDADE GERADORA:
- O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, unidades geradoras.
- Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão.
- A roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon, sendo que para roupas contaminadas devem ser usados sacos plásticos.

2. COLETA E TRANSPORTE DA ROUPA SUJA:
- A coleta geralmente é realizada em horários preestabelecidos, uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.
- Após fechado, o saco de roupas sujas é retirado do hamper e colocado em carro próprio que, completada sua capacidade, transporta a roupa até a recepção da lavanderia.
- Os carros usados na remoção dos sacos de roupa sujas nunca devem ser utilizados para o transporte de roupas limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento das roupas suja com a limpa.
- A roupa suja deverá ser transportada por meio de carro exclusivo para esse fim (leve, de fácil higienização, com dreno para eliminação de líquido), devidamente identificado.
- O percurso e o elevador usados na remoção dos sacos de roupas não devem ser utilizados simultaneamente por carro de roupas limpa ou de comida.
- Para a coleta e transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade deve estar/ paramentado com luvas de borracha cano longo, gorro, óculos, bota cano longo, avental impermeável e máscara com filtro de carvão ativado.

3. RECEPÇAO PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA SUJA:
- Na área de recepção, a roupas é retirada do carro de coleta, a fim de ser separada e pesada;
- Na área suja da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de iniciar o processo de lavagem.

Pesagem: A pesagem da roupa poderá ser realizada em duas etapas distintas: no momento do recebimento na unidade de processamento, para fornecer dados para o controle de custos, e

após a separação e classificação, para dimensionar a carga do processo de lavagem de acordo com a capacidade da lavadora.

Separação e Classificação: A qualidade da lavagem começa na separação da roupa suja, quando esta é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A separação da roupa suja terá como objetivos:
• agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto, de acordo com o grau de sujidade e as suas características;
• localizar e retirar objetos estranhos que possam estar presentes junto com a roupa.

A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Considera-se também o tipo de tecido, uma vez que o processo de lavagem varia conforme a origem e composição do tecido.

4. PROCESSO DE LAVAGEM:
- Após pesagem e classificação da roupa suja, a mesma é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa.
- O processo de lavagem da roupa consiste na eliminação da sujeira, deixando a com aspecto e cheiro agradáveis, além do nível bacteriológico reduzido ao
mínimo.
- São aspectos importantes dessa etapa: a restituição da maciez e elasticidade dos tecidos e a preservação das fibras e cores, de forma a propiciar conforto para o uso.
- A roupa é desinfetada durante o processo de lavagem, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril.
- A lavagem consiste numa sequência de operações ordenadas, que leva em consideração o tipo e a dosagem dos produtos químicos, a ação mecânica produzida pelo batimento e esfregação das roupas nas lavadoras, a temperatura e o tempo de contato entre essas variáveis. O perfeito balanceamento desses fatores é que define o resultado final do processo de lavagem.

Ciclos e fases do processo de lavagem:

- Não existe um processo único e ideal para a lavagem de todas as roupas do serviço de saúde. As fases de um ciclo completo de lavagem consistem em: umectação, enxague, pré-lavagem, lavagem, acidulação e amaciamento, alvejamento, enxágue/
- Um ciclo completo de lavagem geralmente é aplicado para roupas com sujidade pesada. Para roupas com sujidade leve, dispensam-se as etapas de umectação, primeiros enxágues e pré-lavagem, sendo que o ciclo se inicia na etapa de lavagem.

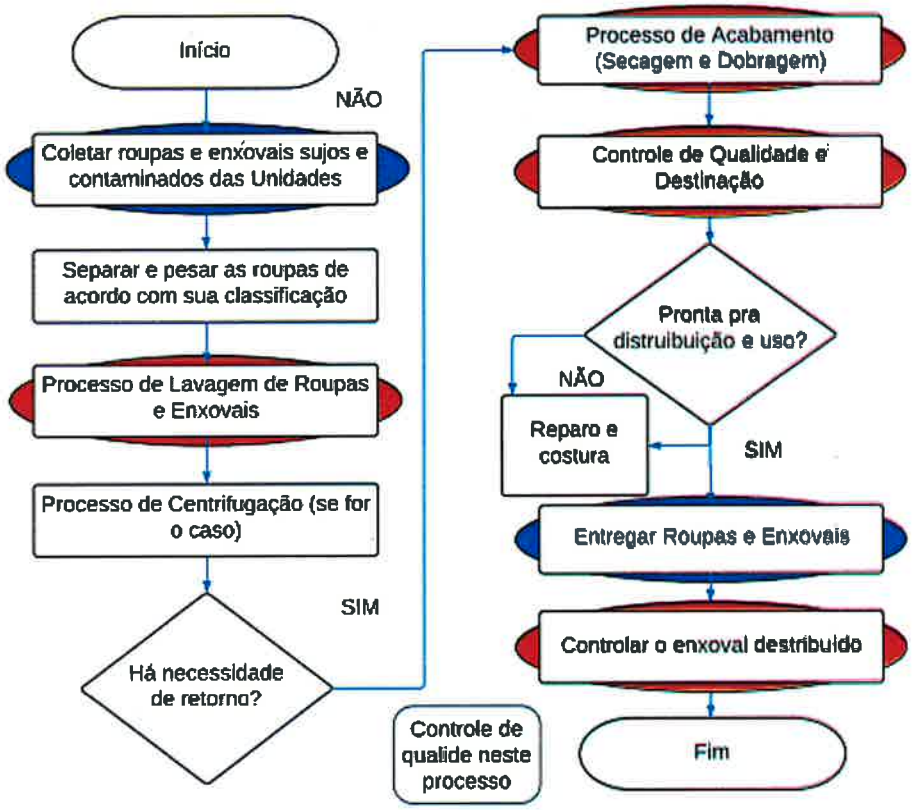
5. PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA LIMPA:
- Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas.
- A **centrifugação** tem o objetivo de remover o excesso de água presente na roupa. Esse processo é realizado em centrífuga ou em lavadora extratora. Após a centrifugação, a roupa deve ser classificada levando-se em consideração o tipo de tecido, peça de roupa e a fase do processo de acabamento que a mesma será submetida.
- A **secagem** é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes. de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo.

- A **calandragem** é a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa como lençóis, colchas leves, uniformes, roupas de linhas retas, sem botões ou elástico, à temperatura de 120°C a 180°C.
- A **prensagem** é efetuada em uniformes e outras peças que não devem ser processadas na calandra ou que tenham detalhes como pregueados e vincos.
- A **passadoria** a ferro é usada apenas eventualmente ou para melhorar o acabamento de roupa pessoal, como jalecos dos profissionais.
- Após as etapas de calandragem, prensagem ou passadoria, a roupa limpa é dobrada, podendo ser armazenada embalada ou não. Sacos plásticos ou de tecidos podem ser utilizados para embalar roupas separadamente ou em forma de kits.

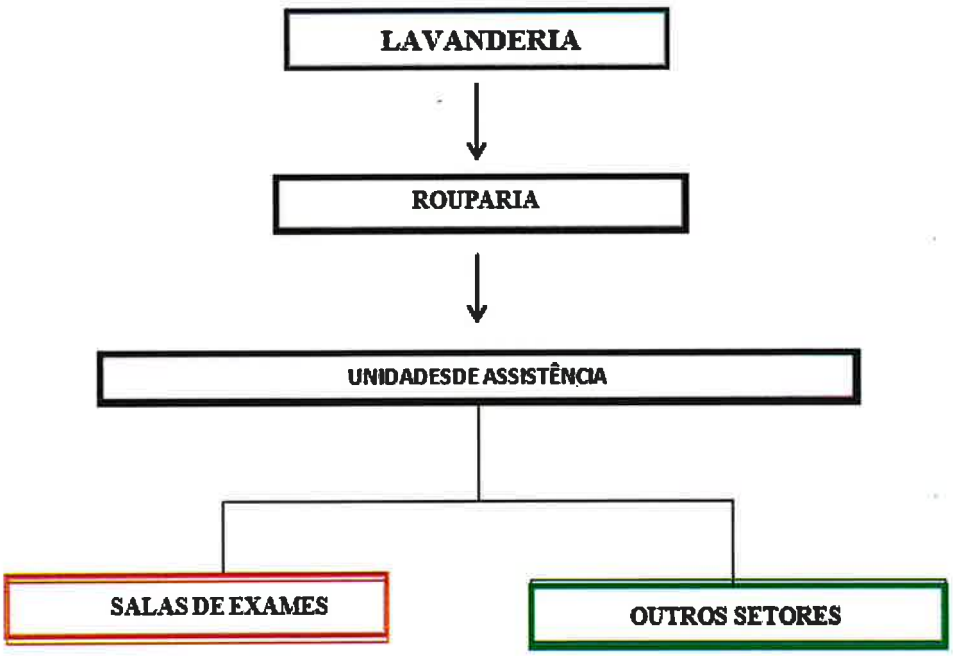
6. ESTOQUE E ARMAZENAMENTO DA ROUPA:
- A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição. da roupa limpa.
- O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim.
- O carro usado para estocar a roupa limpa rio setor de internação deve ser fechado durante o transporte e a sua permanência na mesma, além disso, não pode ser deixado em local de circulação de pessoas.

7. TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA:
- O sistema de distribuição e suprimento de roupas nos setores dos serviços de saúde depende do seu volume e do tempo de estocagem na rouparia central. A maior parte da troca de roupa nas unidades de internação ocorre nas primeiras horas da manhã. Por essa razão, o recebimento pontual da roupa facilita o trabalho da enfermagem e o conforto do cliente.
- A distribuição de roupa limpa é feita pelo pessoal da unidade de processamento / de roupas e pode ser realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos, exclusivos para esse fim.
- É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação da mesma.
- Cada unidade receberá uma cota de roupa para reposição de estoques nas rouparias setoriais. Geralmente o cálculo das quantidades de roupas segue a seguinte ideia: Uma muda fica no leito do paciente, outra fica na estante ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia, enquanto tem outra peça na lavanderia em processamento. É comum existir uma cota fixa de roupa para cada unidade, preestabelecida em função da necessidade estimada.

Observação:
- As peças de roupas danificadas e aproveitáveis serão reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa.
- As peças danificadas não aproveitáveis receberão baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em piso.
- Após o conserto, a roupa voltará a ser lavada.



FLUXO DE ROUPAS LIMPAS



MANUAL UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS.

OBJETIVO

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) foi elaborado com o intuito de formalizar a padronização dos Serviços de Processamento de Roupas (SPR) na unidade bem como relacionar os procedimentos necessários para recolhimento das roupas nas unidades de internação e anexos, melhorar a segurança do colaborador durante a execução dos procedimentos evitando acidentes de trabalho e contaminações e fornecer subsídios para implementação do recolhimento de roupa suja de forma segura e eficaz.

Introdução

O SPR é um dos serviços de apoio ao atendimento, que visa oferecer aos usuários e trabalhadores, conforto, distribuição do enxoval em perfeitas condições de higiene e conservação, e em quantidade adequada, com propósito de atender as necessidades dos usuários, colaboradores e estudantes. Os processos e interfaces do serviço devem ter a gestão focada na qualidade da assistência prestada e na satisfação do cliente tendo, portanto, relação estreita com a Gestão da Clínica e com a Humanização da Saúde.
O SPR – compreende a coleta, processamento, confecção, reparo, reposição e distribuição do enxoval em condições de uso, higiene, quantidade e conservação às unidades de saúde, além do controle de evasão. Bem como, o monitoramento das condições de transporte das roupas. Com

a elaboração deste Manual, pretendemos ressaltar a importância do SPR dentro do complexo hospitalar, destacando em obter a eficácia nos seguintes aspectos:

- Controle da infecção;
- Segurança do usuário e conforto da equipe de trabalho;
- Racionalização do tempo e materiais;
- Redução dos custos operacionais;
- Garantir a disponibilidade do enxoval em condições de uso para a assistência.

02 – COLETAS DE ROUPA SUJA

Responsável pela execução:
Auxiliar de Serviços Gerais

Frequência:
Todos os dias da semana;
Início: às 04h30min e Término: às 00h30min;

Materiais utilizados:
- Equipamentos de Proteção Individual – EPIs (touca, máscara N95, óculos, luvas de borracha, avental impermeável, botas antiderrapante); - Carrinho de transporte com tampa;
- Saco de hamper (cesta);

Procedimentos:
1.Confirmar se o carrinho está limpo e desinfetado;
2.Iniciar as coletas de roupas fazendo uso dos equipamentos de EPIs em todas as unidades da unidade, dentre elas: Pronto Socorro, Ambulatório, Neurologia, Hemodinâmica, Unidades de Terapia Intensiva, clinica cirúrgica, Clínica Médica, Ortopedia), Bloco Cirúrgico, Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (UDIP) Ambulatório de Especialidades, Necropsia e Setor de Radiologia e outras;
3.Coletar a roupa suja nos expurgos das unidades geradoras;
4. Conduzir a carrinho ao (SPR) hermeticamente fechado;
5.Introduzir o carrinho na área suja, até a barreira física;
6.Abrir o carrinho e retirar os sacos de hamper, colocando-os após a barreira física;
7.Fechar o carrinho e o mantê-lo estacionado na área suja;
8. Manter o carrinho sempre limpo;

CONSIDERAÇÕES:
1. A roupa suja deverá ser acondicionada no saco de hamper, onde deverá permanecer no expurgo da unidade geradora, até o recolhimento por funcionário do (SPR);
2. Grande quantidade de sujeira sólida (fezes e coágulos) deverá ser removida pela equipe de enfermagem e jogada no vaso sanitário. Obs.: Estas excretas não podem ser removidas com jato de água.
3. A coleta deverá ser realizada em horários pré-determinados para que a roupa fique o menor tempo possível nas unidades geradoras.
4. Não é necessária a segregação da roupa em função da unidade geradora: isolamento, unidade de terapia intensiva e etc.

5. O coletador não irá coletar os sacos de hampers que estiverem no chão, no corredor das unidades geradoras e fora do corredor séptico do centro cirúrgico e centro obstétrico.
6. O coletador não poderá tocar nas superfícies como maçanetas de portas e botões de elevadores de carga com as mãos enluvadas.
7. O coletador não poderá realizar atividades na área limpa e/ou rouparia do (SPR).
8. Após cada coleta, o coletador deverá realizar a limpeza do carrinho de coleta com água e sabão e a desinfecção com álcool 70 %.
9. Os EPIs que não são descartáveis deverão passar por um processo de limpeza com água e sabão e desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% diariamente e serem armazenados secos.
10. A coleta de roupa suja deverá seguir os horários apresentados na tabela a seguir:

HORÁRIOS DE COLETA DA ROUPA SUJA
04h30min às 06h30min
10h30min às 11n15min
12h30min às 13h45min
15h30min às 16h45min
18h15min às 19h00min
22h00min às 00h30min

3. RECEPÇÃO, SEPARAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO.

Responsável pela execução:
Auxiliar de lavanderia de área suja

Frequência:
Após as coletas

Materiais Utilizados:
- EPIs – (Touca, máscara N95, óculos, luvas de borracha, botas antiderrapantes, avental de manga comprida e avental impermeável);
- Saco de hamper;
- Balança;

Procedimentos:
1. Pesar diariamente os hampers, na área suja e obter a quantidade de cada coleta;
2. Abrir o saco de hamper sobre a plataforma de separação;
3. Proceder à separação observando a técnica de manipulação mínima e sempre pelas pontas dos tecidos por tipo:

a. Tecido: liso (lençóis, fronhas); felpudos (toalhas); roupas cirúrgicas; uniformes (privativos), campos e aventais; absorventes (compressas cirúrgicas e fraldas); sintéticos (cobertores);
b. Cor: roupas claras e brancas; roupas com cores firmes; roupas com cores desbotáveis;

c. Sujidade: sujo leve (roupa sem a presença de fluídos corpóreos ou produtos químicos); sujo pesado (roupa com presença de fluídos corpóreos e outras sujidades visível); 4- Verificar a quantidade e peso certo para cada processo.

4. PROCESSO DE LAVAGEM (SUJIDADE LEVE)

Responsável pela execução:
Auxiliar de lavanderia de área suja

Frequência:
Diariamente após processo de separação

Materiais utilizados:
- EPIs - (Touca, máscara cirúrgica, luvas de borracha, botas antiderrapantes, avental de manga comprida e avental impermeável);
- Máquina de lavar;

Produtos Químicos:
- SPA1 - Detergente
- SPA2 – Alvejante
- SPA3 - Neutralizante
- SPA4 - Acidulante
- SPA5 – Amaciante

Procedimentos:
1. Abrir o registro de água e abastecer até o nível baixo;
2. Acionar o dosador para a liberação do detergente e alvejante;
3. Ligar a máquina, bater por 15 (quinze) minutos e liberar a água;
4. Fechar o dreno da máquina;
5. Abrir o registro de água abastecer até o nível alto para 02 (dois) enxágues;
6. Bater por 01 (um) minuto, liberar a água e fechar o dreno;
7. Abrir o registro de água e abastecer até o nível baixo;
8. Acionar o dosador para liberação do acidulante e amaciante;
9. Bater por 6 minutos e liberar a água;
10. Desligar a máquina e acionar o alarme para que o funcionário da área de centrifugação inicie o procedimento de desabastecimento da máquina;

05 - PREPARAÇÃO DA ROUPA

Responsáveis pela execução: Auxiliar de lavanderia de área limpa
Frequência:
Diariamente após o processo de centrifugação
Materiais utilizados:
- EPIs – (Touca, luvas de borracha, avental impermeável, botas antiderrapantes);
- Carrinho ou cesto de roupas
- Mesa

Procedimentos:
1. Aproximar o carro com a roupa centrifugada até a mesa de separação e descarregá-lo;

2. Selecione a roupa que irá para secadora, depositando em carro de transporte ou cesto; 3. Separar as peças sujas e/ou manchadas para relavagem;

06 - ACONDICIONAMENTO
Responsáveis pela execução: Auxiliar de lavanderia **Frequência:**

Diariamente após o processo de secagem
Materiais utilizados:
- EPIs – (Touca, botas antiderrapantes)
- Mesa
- Armários e/ou estantes

Procedimentos:
1. Separar, dobrar e guardar as roupas provenientes da secadora;
2. Separar a peças manchadas, rasgadas e sujas;
3. Embalar em saco plástico e acondicionar nas estantes;

07 - DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA

Responsáveis pela execução:
Auxiliar de lavanderia de área limpa

Frequência:
Diariamente após o processo de acondicionamento

Materiais utilizados:
- EPIs – (touca, botas antiderrapantes)
- Carrinho

Procedimentos:
1. Separar no início das atividades, se não houver sido realizado na véspera, os quantitativos necessários de para cada unidadc;
2. Anotar em impresso próprio os quantitativos de peças;
3. Transportar em carro destinado para atividade;
4. Entregar nas rouparias das unidades;
5. Separar as roupas sujas ou manchadas;
6. Informar a chefia do (SPR) sobre problemas identificados; evasão ou peças danificadas, qualidade da lavagem e outros;
7. Separar os quantitativos necessários a cada unidade para próxima distribuição;

Considerações:

1. A distribuição será realizada exclusivamente por profissionais do SPR;
2. A distribuição deve ser realizada em carrinhos de transporte fechados e exclusivamente para esta finalidade;

3. É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente as condições de higiene da roupa limpa;
4. Roupas manchadas e campos cirúrgicos com mau cheiro, rasgados e desbotados não deverão ser entregues;
5. Após cada turno, e/ou sempre que necessário, a higienização com água, sabão e desinfecção com álcool 70% dos carrinhos de transporte deverá ser realizada;
6. A quantidade de roupa entregue é determinada pelo histórico de utilização do último ano e a quantidade poderá ser modificada de acordo com a demanda do UPA. Caso seja necessária uma quantidade maior de enxoval, a unidade assistencial deverá solicitar a quantidade adicional junto ao SPR no ramal 5185.
7. É vedada a entrega de roupas no SPR, e transporte de roupas manualmente;
8. É de responsabilidade das unidades o uso racional dos enxovais;
9. Serão entregues os quantitativos de roupas privativas pré-estabelecidas para cada unidade demandante (conforme rotina), sendo de responsabilidade das unidades a realização do controle.

DISTRIBUIÇÃO DE ROUPAS LIMPAS			
DIA DA SEMANA	MANHÃ	TARDE	NOITE
	A PARTIR DAS 07H00MIN	A PARTIR DAS 13H00MIN	A PARTIR DAS 19H00MIN
	ORDEM DAS UNIDADES POR ANDAR		
SEGUNDA-FEIRA	1° ANDAR	2° ANDAR	3° ANDAR
TERÇA - FEIRA	3° ANDAR	1° ANDAR	2° ANDAR
QUARTA-FEIRA	2° ANDAR	3° ANDAR	1° ANDAR
QUINTA-FEIRA	1° ANDAR	2° ANDAR	3° ANDAR
SEXTA-FEIRA	3° ANDAR	2° ANDAR	1° ANDAR
SÁBADO	2° ANDAR	3° ANDAR	1° ANDAR
DOMINGO	1° ANDAR	2° ANDAR	3° ANDAR

08 - COSTURA
Responsáveis pela execução:Costureira

Frequência:Após processo de secagem e separação

Materiais utilizados:
- Cesto
- Máquina de costura
- Linha/tesoura/agulha

Procedimentos:
1. Receber as roupas danificadas e avaliar se o conserto é viável;
2. Proceder à realização dos consertos e reparos;
3. Eliminar as peças irrecuperáveis;
4. Executar confecções de peças para os setores, conforme solicitação autorizada;
5. Anotar no impresso próprio a quantidade de peças consertadas, eliminadas e confeccionadas, indicando o tipo.
6. Informar necessidade de Manutenções Preventivas e/ou corretivas dos equipamentos de costura.
7. No setor de costura são consertadas as peças danificadas, confeccionadas novas e dado baixas nas peças irreparáveis;
8. Ao finalizar as atividades organizar o ambiente de trabalho.

09- DESCRITIVO DE ROUPAS CIRÚRGICAS

AVENTAL CIRÚRGICO OPADO: Avental cirúrgico opado, confeccionado em tecido plano, 100% algodão e ligamento em sarja 2:1, de acordo com as características gerais, físicas e específicas da Norma Brasileira (NBR) 13.917/97. O avental cirúrgico opado deverá ser confeccionado em corpo reto, costa inteiriça e transpassada, que permita proteção da parte posterior do tórax e amarrilhos do próprio tecido na gola e nas laterais. Gola careca com acabamento de viés. Mangas raglan, comprida e punhos de malha dupla de algodão de 10 cm na cor areia. Bordas retilíneas e arrematadas em costura dupla. O início e final das costuras devem apresentar retrocessos.

CARACTERÍSTICAS:
O tecido deverá ser na **cor azul Royal**, com tingimento em Indanthren, isento de falhas, manchas ou outros defeitos na sua extensão.

MEDIDAS:
Tamanho único de acordo com as medidas abaixo:
Avental comprimento: 135 cm largura: 185 cm Manga comprimento: 074 cm largura: 030 cm
Punho comprimento: 010 cm largura: 010 cm Comprimento Total (Manga/Punho): 084 cm

AMARRILHOS:
Comprimento dos amarrilhos da gola (enviesado): 40 cm em cada lateral (sendo contínuo à extensão do arremate da gola);
Largura do amarrilho da gola: 01 cm;
Comprimento do amarrilho interno (em cada costura lateral): 50 cm; Largura do amarrilho interno: 01 cm;
Comprimento do amarrilho da cintura: 65 cm em cada lateral da abertura das costas; Largura do amarrilho da cintura: 2,5 cm;
Amarrilho Opa: 30 cm;

ASPECTO VISUAL E ACABAMENTO:

O avental cirúrgico opado deve estar limpo, íntegro e as suas costuras devem ser feitas de tal modo que não apresentem pontas, dobras, franzidos, torções, pontos falhados, rompidos ou saltados.

AVENTAL IMPERMEÁVEL: confeccionado em Courvin com forro de algodão, com espessura de 0,8mm, nas dimensões de comprimento 1,30 m, largura 90 cm, peitoral de 30 cm largura, altura da cava de 25 cm. Amarrilhos laterais de 60 cm de comprimento com 02 cm de largura e amarrilhos superior de 40 cm de comprimento.

CAMPO CIRÚRGICO PARA PICC (CATETER VENOSO CENTRAL): Confeccionado em
tecido de brim na cor azul Royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além de espessura de 0,40mm ± 0,05,solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm (decanewton), folha simples, com fenestra, nas medidas 1,40 x1, 40 cm, com fenestra quadrada com cantos arredondados no tamanho de 15 x 15 cm, posicionada à 40 cm sentido transversal de uma das bordas, centralizada com bainha dupla em toda borda.

CAMPO CIRÚRGICO (140 X 140 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor azul Royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12 da N/cm (decanewton), folha simples, sem fenestra, com bainha dupla em toda borda.

CAMPO CIRÚRGICO (75 X 75 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor branca, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12 da N/cm (decanewton), folha simples, sem fenestra, com bainha dupla cm toda borda.

CAMPO CIRÚRGICO (75 X 75 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor azul royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12 da N/cm (decanewton), folha simples, sem fenestra, com bainha dupla em toda borda.

COMPRESSAS: Medida 45 X 50 CM confeccionado em algodão 100% puro, com 04 camadas de tecido entrelaçados. Cada camada com trama de 20 X 15 Fios por cm² cadarço duplo preso por costura em um dos cantos e bordas feitas com costura tipo overlock.

CONJUNTO DE ROUPA CIRURGICA: Aplicação para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m²t, isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Medidas: Tamanho Pequeno: Camisa com decote em careca de 15 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 75 cm, tórax (circunferência) **120 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 30 cm de largura (circunferência): de 50 cm. Calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e com cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **100 cm**, Quadril: **100 cm** (circunferência), Altura do Gancho: 30 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CONJUNTO DE ROUPA CIRURGICA (PEQUENO): aplicação: para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m², isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Médio: Camisa com decote em careca de 15 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 75 cm, tórax (circunferência): **140 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 35 cm de largura (circunferência): 60 cm, calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **110 cm**, Quadril: **120 cm** (circunferência), Altura do Gancho: 40 cm. Resistente à lavagem com hipoclorito. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CONJUNTO DE ROUPA CIRURGICA (MÉDIO): Aplicação para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m²t, isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Grande: Camisa com decote em careca de 18 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 85 cm, tórax (circunferência): **160 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 35 cm de largura (circunferência): de 60 cm. Calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **115 cm**, Quadril: (circunferência), 140 cm, altura do Gancho: 40 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CONJUNTO DE ROUPA CIRÚRGICA (GRANDE): aplicação para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m²t, isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Extragrande: Camisa com decote em careca de 18 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 80 cm, tórax (circunferência): **180 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 40 cm de largura (circunferência): de 70 cm, calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e cordão de amarração com passante de 4cm de largura. Comprimento: **110 cm**, Quadril (circunferência), **150 cm**, altura do Gancho 45 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CAMPO DE FACE: Confeccionado em tecido de brim na cor azul Royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm(decanewton), folha simples, nas medidas 160 X 160 cm

com fenestra redonda de diâmetro de 30 cm e bainha com cordão para ajuste da abertura ao rosto, posicionada há 40 cm de uma das bordas, com bainha dupla em toda borda.

CAMPO DE VARAL DE MESA CIRURGICA: Confeccionado em tecido de brim na cor azul Royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm(decanewton), folha simples, sem fenestra, nas medidas 160 X 160 cm com bainha dupla em toda borda, 11 casas nas medida de 1,5 cm com distância entre elas de 12 cm, as casas se posicionam no centro sentido longitudinal, sendo a primeira casa posicionada à 20 cm da borda.

CAMPO DUPLO AZUL: Confeccionado em tecido de brim na cor azul Royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05,solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm (decanewton), folha dupla, sem fenestra, nas medidas 25 X 25 cm, com bainha dupla em toda borda.

CAMPO FENESTRADO VALVULA CARDÍACA: Confeccionado em tecido de brim na azul Royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 3 a 4 e a resistência a tração no urdume é de 12,5 daN/cm (decanewton), simples nas dimensões de 75 x 75 cm, com fenestra retangular de 20 x 25 cm e tecido duplo no formato retangular (este com medida de 30 x 35 cm) por toda volta da fenestra, com bainha dupla em toda borda.

CAMPO FENESTRADO (70 X 70 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor branca, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm (decanewton), folha simples, com fenestra de 10 cm de diâmetro centralizada e tecido duplo no formato quadrado (este com medida de 35 x 35 cm) por toda volta da fenestra, com fenda da borda do campo até a fenestra e bainha dupla em toda borda.

CAMPO FENESTRADO (75 X 75 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor branca, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm(decanewton), folha simples, com fenestra de 10 cm de diâmetro centralizada e tecido duplo no formato quadrado (este com medida de 35 x 35 cm) por toda volta da fenestra, com bainha dupla em toda borda.

CAMPO FENESTRADO (75 X 75 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor azul royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05,solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm(decanewton), folha simples, com fenestra de 10 cm de diâmetro centralizada e tecido duplo no formato quadrado (este com medida de 35 x 35 cm) por toda volta da fenestra, com bainha dupla em toda borda.

CAMPO IMPERMEÁVEL PARA ARTROSCOPIA: Confeccionados em Courvin com forro de algodão, com espessura de 0,8mm, nas dimensões de 150 X 180 cm, com fenda medial de 100 cm de comprimento e toda a borda em viés de tecido de 04 cm de largura.

CAMPO IMPERMEÁVEL PARA MESA CIRÚRGICA: Confeccionado em Courvin com forro de algodão, com espessura de 0,8mm, nas dimensões de 125 X 180 cm, cor azul.

CAMPO PARA ESTERILIZAÇÃO (120 X 120 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor branca, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 3 a 4 e a resistência a tração no urdume é de 12,5 da N/cm (decanewton), duplo, sem fenestra e com bainha dupla em toda borda.

CAMPO PARA ESTERILIZAÇÃO (100 X 100 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor branca, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 3 a 4 e a resistência a tração no urdume é de 12,5 da N/cm (decanewton), duplo, sem fenestra e com bainha dupla em toda borda.

CAMPO PARA ESTERILIZAÇÃO (80 X 80 CM): Confeccionado em tecido de brim na cor branca, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 3 a 4 e a resistência a tração no urdume é de 12,5 da N/cm (decanewton), duplo, sem fenestra e com bainha dupla em toda borda.

PORTA BISTURI: confeccionado em tecido de brim na azul Royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além da espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 3 a 4 e a resistência a tração no urdume é de 12,5 daN/cm (decanewton), duplo, bolso de 25 cm de profundidade (sentido da largura) para acondicionamento de instrumental, nas medidas 40 X 50 cm com bainha em toda borda.

Tecido Plano 100% de algodão – Características físicas e específicas segundo NBR 13 917/97 Tabela 1 – Características físicas

Tecido	Ligamento NBR 12 546/91	Espessura NBR 13 383/95	Gramatura NBR 10 591/88
100% algodão	Sarja 2x1	0,40 ± 0,05	210 ± 5%

Tabela 2 – Características Específicas

Método de Ensaio	Resultado	Norma
Resistência à tração		
- Urdume	12,5	NBR 11. 912/92.....
- Trama	5,5	
Resistência ao rasgo (daN/cm)		
Urdume	2,0	ASTM D 2.261/83
Trama	1,5	
Alteração dimensional (%)		
Urdume: Alongamento	1,5	NBR 10.320/88
Encolhimento	4,0	
Trama		
Alongamento	1,5	
Encolhimento	4,0	
Resistência a abrasão	200 ciclos	ASTM D 3.886/92
Solidez de cor à fricção		
Úmido	3	NBR 8.432/8
Seco	4	
Solidez de cor à luz		
(40 h)		NBR 12.997/93
Alteração	4 – 5	
Solidez de cor à lavagem (Método C)		

Alteração	4	NBR 10.597/88
Transferência	4	
(Método C)		
Alteração	3 – 4	
Solidez de cor ao suor		

ACIDO		NBR 8.431/84
Alteração	4	
Transferência	4 - 5	
ALCALINO		
Alteração	4	
Transferência	4 – 5	

10- DESCRITIVO DE ROUPAS DO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA

AVENTAL CIRÚRGICO OPADO: Avental cirúrgico opado, confeccionado em tecido plano 100% algodão e ligamento em sarja 2:1, cor verde floresta, de acordo com as características gerais, físicas e específicas da NBR 13.917/97. O avental cirúrgico opado deverá ser confeccionado em corpo reto, costa inteiriça e transpassada, que permita proteção da parte posterior do tórax e amarrilhos do próprio tecido na gola e nas laterais. Gola careca com acabamento de viés. Mangas raglan, comprida e punhos de malha dupla de algodão de 10 cm na cor areia. Bordas retilíneas e arrematadas em costura dupla. O início e final das costuras devem apresentar retrocessos.

CARACTERÍSTICAS:
O tecido deverá ser na **verde floresta**, com tingimento em Indanthren, isento de falhas, manchas ou outros defeitos na sua extensão.

MEDIDAS:
Tamanho único de acordo com as medidas abaixo:
Avental comprimento: 135 cm largura: 185 cm Manga comprimento: 074 cm largura: 030 cm Punho comprimento: 010 cm largura: 010 cm Comprimento Total (Manga/Punho): 084 cm.

AMARRILHOS:
Comprimento dos amarrilhos da gola (enviesado): 40 cm em cada lateral (sendo contínuo à extensão do arremate da gola)
Largura do amarrilho da gola: 01 cm
Comprimento do amarrilho interno (em cada costura lateral): 50 cm Largura do amarrilho interno: 01 cm

Comprimento do amarrilho da cintura: 65 cm em cada lateral da abertura das costas Largura do amarrilho da cintura: 2,5 cm
Amarrilho Opa: 30 cm

ASPECTO VISUAL E ACABAMENTO:
O avental cirúrgico opado deve estar limpo, íntegro e as suas costuras devem ser feitas de tal modo que não apresentem pontas, dobras, franzidos, torções, pontos falhados, rompidos ou saltados.

CAMPO DUPLO GRANDE: Confeccionado em tecido de brim, cor verde floresta, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além de espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm(decanewton), folha dupla, sem fenestra, nas medidas 90 X 90 cm, com bainha dupla em toda borda.

CAMPO DUPLO PEQUENO: Confeccionado em tecido de brim, cor verde floresta, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além de espessura de 0,40mm ± 0,05,solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm (decanewton), folha dupla, sem fenestra, nas medidas 65 X 65 cm, com bainha dupla em toda borda.

CAMPO FENESTRADO GRANDE: Confeccionado em tecido de brim, cor verde floresta, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além de espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm (decanewton), folha simples, com 01 fenestra quadrada de 10 x 10 cm a 56 cm da borda lateral (155cm) e a 70 cm da borda lateral (210 cm), e tecido duplo no formato quadrado (este com medida de 20 x 20 cm) por toda volta da fenestra, e com lapela 25 x 25 cm a 06 cm da borda da fenestra. Medidas do campo 155 x 210 cm com bainha dupla em toda borda.

CAMPO FENESTRADO PEQUENO: Confeccionado em tecido de brim, cor verde floresta, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além de espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm(decanewton), folha simples, com 01 fenestra quadrada de 10 x 10 cm centralizada no campo, e tecido duplo no formato quadrado (este com medida de 20 x 20 cm) por toda volta da fenestra. Medidas do campo 50 x 50 cm com bainha dupla em toda borda.

CAMPO GRANDE: Confeccionado em tecido de brim, cor verde floresta, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com

textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além de espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm (decanewton), com folha simples. Medidas do campo 130 x 150 cm com bainha dupla em toda borda.

CAMPO PERNA FENESTRADO GRANDE: Confeccionado em tecido de brim, cor verde floresta, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além de espessura de 0,40mm ± 0,05, solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm (decanewton), folha simples, com 02 fenestras de 25 cm de diâmetro cada, a 35 cm da borda lateral, e tecido duplo no formato quadrado (este com medida de 40 x 40 cm) por toda volta da fenestra, com lapela 30 x 30 cm no dividindo as fenestras. Medidas do campo 150 x 150 cm com bainha dupla em toda borda.

CONJUNTO DE ROUPA HEMODINÂMICA (PEQUENO): Aplicação: para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cor verde floresta, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m², isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Médio: Camisa com decote em careca de 15 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 75 cm, tórax (circunferência): **140 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 35 cm de largura (circunferência):
60 cm, calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e com cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **110 cm**, Quadril: **120 cm** (circunferência), Altura do Gancho: 40 cm. Resistente à lavagem com hipoclorito. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.
UPA, confeccionado em tecido de Brim, cor verde floresta, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m²t, isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Grande: Camisa com decote em careca de 18cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 85 cm, tórax (circunferência): **160 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 35 cm de largura (circunferência): de 60 cm. Calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **115 cm**, Quadril: (circunferência), 140 cm, altura do Gancho: 40 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CONJUNTO DE ROUPA HEMODINÂMICA (GRANDE): Aplicação para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cor verde floresta, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m²t, isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Extragrande: Camisa com decote em careca de 18 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 80 cm, tórax (circunferência): **180 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 40 cm de largura (circunferência): de 70 cm, calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e com cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **110 cm**, Quadril (circunferência), **150 cm**, altura do Gancho 45 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

11- DESCRITIVO DE ROUPAS DAS ENFERMARIAS

AVENTAL FUNCIONÁRIO: Cor azul celeste, tamanho G, comprimento de 120 cm x 160 de diâmetro, aberta, dois cadarços do próprio tecido, sendo um na altura da cintura medindo 145 cm cada, costura dupla nas mangas, ombros e laterais, manga modelo japonesa com 30 cm de largura, confeccionada em tecido cretone liso, tela 1/1, 100% algodão, título do fio trama ne 20 batida 24 fios por cm2, título fio urdume ne 20 batida 24 fios por cm2 tingimento com indanthren, primeira
qualidade. **Obs: Deverá manter especificações mínimas acima do tecido para o tamanho extragrande.**

AVENTAL PACIENTE: Uso hospitalar, material, cor rosa claro, tamanho adulto EXGG, 100% algodão, tingido indanthren, gramatura mínima de 159gr/m², armação: tela, alongamento: urdume 7%, trama: 5%, fio: tinto, pré-encolhido, resistente à lavagem industrial, com mangas japonesas, costas em tecido de folha única, vistas das frentes e degolo com limpeza interna, frentes transpassadas, frente direita (de quem veste) com uma casa para permitir passagem de tira de fechamento da camisola, fechamento das laterais e faixa de fechamento da camisola com moscas de segurança no final da costura, linha 80 ou mista na cor branco/rosa/branco, caseado para passagem de tira com 600 mm de comprimento, 50 mm de abertura, tiras com **140 cm** de comprimento. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.
AVENTAL PACIENTE: Uso hospitalar, material, cor rosa claro, tamanho G, 100% algodão, tingimento indanthren, gramatura mínima de 159gr/m², densidade mínima, urdume 68 fios/cm, trama 54 fios/cm, espessura 0,30 mm, armação: tela, alongamento: urdume 7%, trama: 5%, fio: tinto, préencolhido, resistente à lavagem industrial, com mangas japonesas, costas em tecido de folha única, vistas das frentes e degolo com limpeza interna, frentes transpassadas, frente direita (de quem veste) com uma casa para permitir passagem de tira de fechamento da camisola, fechamento das laterais e faixa de fechamento da camisola com moscas de segurança no final da costura, linha 80 ou mista na cor branco/rosa/branco, caseado para passagem de tira com 600 mm de comprimento, 50 mm de abertura, tiras com **100 cm** de comprimento. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

COBERTOR SINTÉTICO PARA PACIENTE ADULTO: Xadrez em tons de cinza e verde, composto de 100% poliéster, na medida de 180 X 220 cm, dupla face, confortável, antialérgico, antimofo, tramado, com resistência à tração e rasgo compatível com o processo de lavagem industrial e hospitalar, não desbotável após a lavagem, debriem com barra em nylon na cor verde de no mínimo 01 cm e costurado em toda extensão através de duas costuras. Etiqueta com logomarcas do UPA, bordadas, não desbotável após a lavagem.

CONJUNTO DE ROUPA (PEQUENO): Aplicação para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m²t, isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Medidas: Tamanho Pequeno: Camisa com decote em careca de 15 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 75 cm, tórax (circunferência) **120 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 30cm de largura (circunferência): de 50cm. Calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **100 cm**, Quadril: **100 cm** (circunferência), Altura do Gancho: 30 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CONJUNTO DE ROUPA (MÉDIO): Aplicação para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m²t, isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Grande: Camisa com decote em careca de 18 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 85 cm, tórax (circunferência): **160 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 35 cm de largura(circunferência): de 60cm. Calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e cordão de amarração com passante de 4 cm de largura. Comprimento: **115 cm**, Quadril: (circunferência), 140 cm, altura do Gancho: 40 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CONJUNTO DE ROUPA (GRANDE): aplicação: para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m², isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Médio: Camisa com decote em careca de 15 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior na frente da camisa. Comprimento: 75 cm, tórax (circunferência): **180 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 35 cm de largura (circunferência): 60 cm, calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e com cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **110 cm**, Quadril: **120 cm** (circunferência), Altura do Gancho: 40 cm. Resistente à lavagem com hipoclorito.Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CONJUNTO DE ROUPA (EXTRAGRANDE): aplicação para profissionais do UPA, confeccionado em tecido de Brim, cuja composição seja sarja 2:1, 100% algodão, gramatura mínima de 192 gr/m²t, isento de quaisquer defeitos, com impressão personalizada da Instituição. Tamanho Extragrande: Camisa com decote em careca de 18 cm de altura, dois bolsos de 15 x 15 cm na parte inferior da frente da camisa. Comprimento: 80 cm, tórax (circunferência): **180 cm**, manga raglan com comprimento a partir do decote: com 40 cm de largura (circunferência): de 70 cm, calça tipo pijama com cintura, cós com elástico e cordão de amarração com passante de 04 cm de largura. Comprimento: **110 cm**, Quadril (circunferência), **150 cm**, altura do Gancho 45 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca do UPA.

CONJUNTO PACIENTE ADULTO: (PARA TAMANHOS GRANDE E EXTRAGRANDE)
cor bege, aberta, fechamento com 04 botões nº. 32 da mesma cor, decote em v, costura dupla nas mangas, ombros e laterais, manga modelo japonesa, calça com acabamento com costura dupla na traseira e frontal, sem costura nas laterais, com cadarço do próprio tecido na altura da cintura, preso na parte de trás da calça, abertura da barguilha com 15 cm, cós fechado, confeccionada em tecido sarja 2/1 e 100% algodão, gramatura mínima de 207gr/m2, tingimento com indanthren, primeira qualidade. Obs: Para o conjunto com bermudas a mesma deverá obedecer o tecido descrito acima e comprimento até o joelho.

FRONHA: Cretone 100% algodão, comprimento de 70 cm, largura de 50 cm, com logotipo, gramatura mínima de 147g/m2. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca da unidade.

HAMPER: cor cinza, dimensão 85 cm de comprimento x 155 cm de diâmetro da boca x 102 cm de diâmetro de fundo (envelope), cadarço reforçado do próprio tecido medindo 225 cm, confeccionado em tecido sarja 3/1 e 100% algodão, gramatura mínima de 276gr/m2, tingimento comindanthren. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca da unidade.

LENÇOL PARA BERÇO HOSPITALAR: cor azul claro medindo **150 cm** de comprimento e
70 cm de largura após encolhimento, tingimento indanthren, embanhado nos quatro lados, acabamento com travatas nos quatros cantos, confeccionado em tecido cretone, 100% algodão, ligamento em telas de acordo com a padronização de tecido para área hospitalar (T6 NBR 13.734/96), com 180 fios por polegada quadrada, gramatura de 150 g/m² (acabamento bainha simples mínimo de 01 cm), solidez à cor entre 4-5, solidez ao hipoclorito entre 4-5 e resistência a tração. Logomarcas da unidade serigrafadas no centro e nas laterais e não desbotável após a lavagem. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca da unidade.

LENÇOL PARA CAMA: medindo **250 cm** de comprimento e **170 cm** de largura após encolhimento, tingimento indanthren, embanhado nos quatro lados, acabamento com travatas nos quatro cantos, confeccionado em tecido cretone, 100% algodão, ligamento em telas de acordo com a padronização de tecido para área hospitalar (NBR 13.734/96), com 180 fios por polegada quadrada, gramatura de 150 g/m². A trama deve ser fechada, justa e não transparente, confortável ao contato, com barras nos 04 lados, gramatura mínima de 159gr/m² (acabamento bainha simples mínimo de 1 cm), solidez à or entre 4-5, solidez ao hipoclorito entre 4-5 e resistência a tração. Logomarcas da unidade serigrafadas no centro e nas laterais e não desbotável após a lavagem.

LENÇOL PARA INCUBADORA: cor azul claro medindo 115 cm de comprimento e 75 cm de largura após encolhimento, tingimento indanthren, embanhado nos quatro lados, acabamento com travatas nos quatros cantos, confeccionado em tecido cretone, 100% algodão, ligamento em telas de acordo com a padronização de tecido para área hospitalar (T6 NBR 13.734/96), com 180 fios por polegada quadrada, gramatura de 150 g/m² (acabamento bainha simples mínimo de 01 cm), solidez a cor entre 4-5, solidez ao hipoclorito entre 4-5 e resistência a tração. Logomarcas da unidade erigrafadas no centro e nas laterais e não desbotável após a lavagem.

PROTETOR DE INCUBADORA: confeccionado em tecido de brim na cor azul Royal, 100% algodão, com padrão sarja 2/1, gramatura de 210g/m2, ± 5%, urdume de 40 fios por polegada quadrada, no sentido longitudinal, e trama de 17 fios por polegada quadrada, no sentido transversal, com textura de aproximadamente 40 a 56 fios por cm2, 4% de encolhimento, 5,5 de n/cm na trama, além de espessura de 0,40mm ± 0,05,solidez à lavagem e ao hipoclorito é de 4,5 e a resistência à tração no urdume é de 12daN/cm(decanewton), folha simples, nas medidas 130 X 175 cm, com bainha dupla em toda borda

TOALHA DE BANHO: Branca, confeccionada com tecido felpudo 100% algodão, com dimensões de: Comprimento: 135 cm x Largura: 70 cm. Acompanhado de serigrafia com cor e logomarca da unidade.

Evasão da Roupa Hospitalar
Acontece em resposta à dificuldade de estabelecer o mecanismo ideal de controle da administração do enxoval. São causas comuns de desvios: remoção, furtos, danos provocados por funcionários e desgaste natural.

Alternativas usadas para minimizar as evasões:
1. Assinatura no livro de controle pelo funcionário ou estudante.
2. Controle e colaboração da enfermagem;

Touca ou Gorro: há poucas evidências que o uso do gorro ou touca atua na prevenção de infecções, porém protege os cabelos dos profissionais nas situações de risco envolvendo sangue ou fluidos corporais.

Avental: utilizado para proteção individual nas situações onde houver risco de contaminação com sangue, fluidos corporais ou outros líquidos. No caso da área suja da unidade de processamento deve-se utilizar avental impermeável e de manga longa, principalmente na seleção e classificação da roupa suja. Se o avental não for descartável, deve ser lavado diariamente. Na área limpa, quando existir a necessidade de centrifugação após a lavagem em máquinas não extratoras, deve-se também fazer uso de aventais impermeáveis.

Botas: O uso de botas é obrigatório na área suja e na área limpa quando não houver lavadora extratora. São de uso individual, devendo ser lavadas no final de cada plantão. A bota utilizada na área suja não deve ser usada na área limpa sem antes ser devidamente higienizada.

Nota Importante: A utilização de EPIs diminui os riscos de acidentes e de doenças ocupacionais

f) Fluxo unidirecional para resíduos de saúde: Descrevendo o fluxo unidirecional para a gestão de resíduos de saúde

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde (PGRSS) é um documento, baseado nos princípios da não geração e da minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, propondo medidas de adequação para que o empreendimento esteja em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº. 12.305/2010) e demais le- gislações vigentes.
A aplicação e a sustentação de um programa de gerenciamento de resíduos são imprescindíveis, uma vez que o sucesso do programa está fortemente centrado na mudança de atitudes de todos os atores da unidade geradora. A divulgação do PGRSS é fundamental para a conscientização e difusão das ideias e atitudes que o sustentarão e, trabalhando com metas reais, deve-se sempre rea- valiar os êxitos (ou insucessos) obtidos, redirecionando-os, se preciso, para que o programa seja factível.
Assim, além da elaboração/atualização, foi realizado treinamento com os colaboradores de cada setor que deverão atuar como multiplicadores. Este treinamento teve por objetivo apresentar os princípios de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde, visando atingir as metas de minimiza- ção, reutilização e segregação dos resíduos na origem.
O PGRSS foi elaborado por meio da observação do gerenciamento atual dos resíduos e as inadequações relacionadas nestes procedimentos. As informações obtidas foram relacionadas às todas as etapas do manejo dos resíduos: geração, acondicionamento, armazenamento, coleta, trans- porte, destinação e disposição final. Para facilitar o entendimento será apresentado no decorrer de estudos futuros, em anexo, utilizando esquemas na forma de fluxogramas, tabelas e fotos, informa- ções que serão diagnosticadas setorialmente, bem como também as medidas de adequação.

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Ministério do Meio Ambiente criaram o manual do PGRSS, ancorados na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da An- visa nº 306/04 e na Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 58/05, como objetivo de minimizar a geração e os problemas decorrentes do manejo dos resíduos sólidos e líquidos, buscando alternativas que favorecem a reciclagem, redução dos riscos na área de sanea- mento ambiental e da saúde pública.

Os resíduos sólidos, de acordo com a Norma Brasileira (NBR) 10004/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), são resíduos nos estados sólido e semissólido, que resultamde atividades de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou cor- pos de água, ou exijam para isso soluções técnicas e economicamente inviáveis em face à melhor tecnologia disponível.

De acordo com a Resolução do CONAMA, nº 358, de 29 de abril de 2005, resíduos de saú- de, são todos resíduos gerados relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (ta- natopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoono- ses; distribuidores de produtos farmacêuticos; importadores, distribuidores e produtores de materi- ais e controles para diagnóstico *in vitro*; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acu- puntura; serviços de tatuagem, entre outros similares.

O gerenciamento de resíduos deve basear-se em ações preventivas, preferencialmente às ações corretivas, e ter uma abordagem multidisciplinar, considerando que os problemas ambientais e suas soluções são determinados não apenas por fatores tecnológicos, mas também por questões econômicas, físicas, sociais, culturais e políticas. Um programa de gerenciamento de resíduos deve utilizar o princípio da responsabilidade objetiva, na qual o gerador dos resíduos é o responsável peloseu correto tratamento e descarte (individual ou coletivo), mesmo após sua saída do local onde é gerado.

Após a obtenção e sistematização de dados e informações, é possível realizar um diagnósti- co em que sejam identificados os problemas, as deficiências e as lacunas existentes e suas prováveiscausas. Esta primeira fase traz subsidios a elaboração do diagnóstico, que contém a concepção e o de-senvolvimento do plano de gerenciamento, de acordo com a legislação vigente, atendendo todas as etapas do gerenciamento.

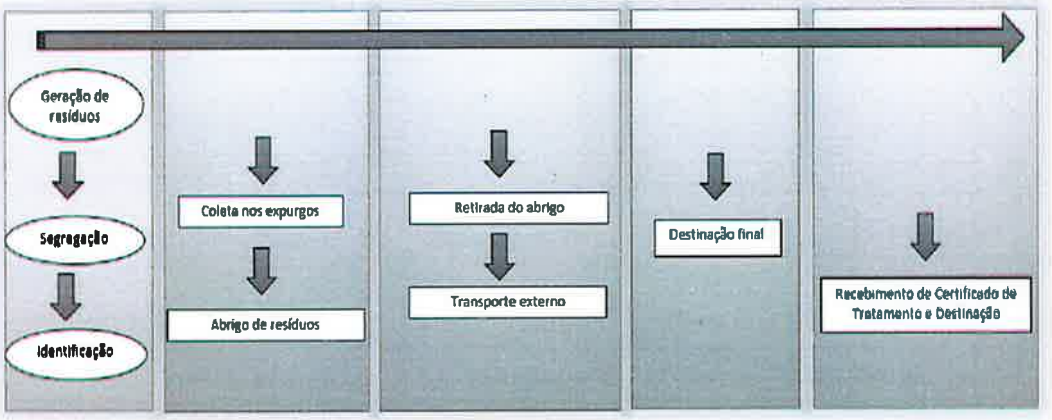
No entanto, não é necessário que ocorra uma revolução nos procedimentos e processos da unidade para obter a qualidade da prestação de serviços e garantir a proteção do meio ambiente, e sim, melhorias dos resultados que advêm de processos evolutivos contínuos, envolvendo todos os cola- boradores, sendo fundamental para maximizar as oportunidades e reduzir custos e riscos associados à gestão de resíduos, o que significa adotar os passos apresentados na figura abaixo.

Diante disso, para a elaboração do PGRSS foi realizado um diagnóstico em todas as etapas, analisando a situação de cada setor (*in loco*) e em seguida, levantadas propostas medidas de ade- quação, que serão monitoradas no decorrer dos anos seguintes, contemplando assim, as atualizaçõescontínuas do PGRSS.

Etapas do Manejo dos Resíduos Sólidos

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo de resíduos sólidos, que corresponde às etapas de acordo com o fluxograma apresentado abaixo:

Área Geradora	Transporte Interno (Empresa Terceirizada)	Transporte Externo (Contratada)	Tratamento/Disposição Final (Contratada)	Gerência de Resíduos



Geração e segregação: a separação correta e criteriosa permite o tratamento diferenciado, a racio- nalização de recursos despendidos, além de facilitar a reciclagem. Caso haja mistura de resíduos de classes diferentes, um resíduo não perigoso pode ser contaminado e tornar-se perigoso, dificultando seu gerenciamento, bem como um aumento dos custos a ele associados.

Manuseio, acondicionamento e armazenamento: o manuseio e o acondicionamento correto dos resíduos possibilitam a maximização das oportunidades com a reutilização e a reciclagem, já que determinados resíduos podem ficar irrecuperáveis no caso de serem acondicionados de forma incorreta.

Coleta, transporte, destinação e disposição final: são etapas que requerem muita atenção no pro- cesso de gerenciamento por apresentarem riscos quanto à alteração da qualidade dos resíduos gera- dos, podendo ser alterada a classe, caso os resíduos sejam misturados. É preciso estabelecer meca- nismos de controle para permitir a rastreabilidade e monitoramento das quantidades geradas, podendo influenciar nos custos para tratamento e disposição final.

Objetivos

O PGRSS tem como objetivos minimizar a geração de resíduos na fonte, adequar à segrega- ção na origem, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente e assegurar o correto manuseio e dispo- sição final, em conformidade com a legislação vigente.

Caracterização dos Resíduos

Os resíduos sólidos podem ser classificados de várias formas. Com relação aos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, a NBR 10004/2004 classifica os resíduos sólidos em:

Resíduos classe I, denominados perigosos, são aqueles que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou biológicas, podem apresentar riscos à saúde e ao meio ambiente. São caracterizados por possuírem uma ou mais das seguintes propriedades: inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e patogenecidade.
Resíduos classe II denominados não perigosos são subdivididos em duas classes: classe II-A e classe II-B.
Os resíduos classe II-A- não inertes podem ter as seguintes propriedades: biodegradabili- dade, combustibilidade ou solubilidade em água, enquanto que os resíduos classe II-B-inertes não apresentam nenhum de seus constituintes solubilizados a concentrações superiores aos padrões de potabilidade de água, com exceção dos aspectos cor, turbidez, dureza e sabor.
Quanto à origem e natureza, os resíduos sólidos são classificados em: domiciliar, comerci- al, varrição e feiras livres, serviços de saúde, portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviá- rios, industriais, agrícolas e resíduos de construção civil.
Entretanto, de acordo com a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos, pode-se agrupá- los em dois grandes grupos. O primeiro grupo refere-se aos resíduos sólidos urbanos, compreendido pelos resíduos domésticos ou residenciais; resíduos comerciais; resíduos públicos.
O segundo grupo, dos resíduos de fontes especiais, abrange: resíduos industriais; resíduos da construção civil; rejeitos radioativos; resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários; resíduos agrícolas; resíduos de serviços de saúde.
Além disso, os resíduos podem ser classificados ainda por sua natureza física (seco ou mo- lhado) e por sua composição química (matéria orgânica e inorgânica).

Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)

A caracterização e classificação dos resíduos de serviços de saúde (RSS) consistiram na formação de grupos e subgrupos de resíduos, conforme disposições das resoluções vigentes, em função das suas características e dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, tendo como objetivos principais:
O conhecimento das atividades desenvolvidas no estabelecimento de saúde e os resíduos nele gerados;
A identificação dos resíduos de serviços de saúde gerados em cada setor do estabelecimento de saúde;
A possibilidade da segregação dos resíduos na origem visando aos processos e instalações disponíveis para tratamento e as vias possíveis de minimização, entre outros.

De acordo com a RDC/Anvisa nº 306/2004), os resíduos de serviço de saúde podem ser subdivididos em cinco diferentes grupos (Fig4):

Infectante	Químico	Radioativo	Reciclável	Resíduos Comum	Perfuro cortante

Infectantes – Grupo AA1
- Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados, meios de cultura e instrumentais para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de mani- pulação genética.
Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou comrestos do produto, agulhas e seringas.
Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de con-taminação biológica por agentes com classe de risco 45, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemoderivados rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A2
Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a pro- cessos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadá- veres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou a confir- mação diagnóstica.
Resíduos contendo microrganismos com alto risco de transmissibilidade e alto potencial de letali- dade.

A3
Peças anatômicas (membros) do ser humano; que não tenham valor científico ou legal, e não tenha havido requisição pelo pacienta ou por familiares.

A4
Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. Filtros de ar ou gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesqui- sa, entre outros similares. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde não contendo sangue ou líquidos corpóreos; resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de
estudos anatomopatológicos, peças anatômicas e outros resíduos provenientes de animais não sub- metidos à inoculação de microrganismos; bolsas transfusionais vazias ou com volume residual.

Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações.

A5
Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfuro-cortantes ou escarificantes, e demais materi- ais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contamina- ção com príons.

Químicos – Grupo B

Resíduos químicos são aqueles que contêm substâncias químicas que podem apresentar riscoà saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corro- sividade, reatividade e toxicidade. Estes podem ser divididos em:
PERIGOSOS: Apresentam características de toxidade, reatividade, inflamabilidade e/ou corrosividade, já descritas anteriormente.

NÃO PERIGOSOS: Resultantes das atividades laboratoriais de estabelecimentos de prestação deserviços de saúde que não apresentam características de toxicidade, reatividade, inflamabilidadee/ ou corrosividade, enquadrando-se no grupo D.

A periculosidade é avaliada pelo risco que esses compostos representam à saúde ou ao meio ambiente, levando em consideração as concentrações de uso. Como exemplos de resíduos perigo- sos,temos as soluções de brometo de etídio, diaminobenzidina (DAB), formol e fenol-clorofórmio, cianetos, solventes contendo flúor, cloro, bromo ou iodo, benzenos e derivados e soluções contendo metais, como chumbo, mercúrio, cádmio, etc.
De modo geral, nos rótulos dos produtos químicos existem símbolos impressos que dão ideia da periculosidade do produto. Em produtos fabricados antes de 1990, os símbolos podem não estar impressos. Informações sobre as características de cada produto podem ser encontradas nas Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98 e ou no site dos fabricantes. A FISPQ não se aplica aos produtos far- macêuticose cosméticos.

Radioativos – Grupo C

Rejeitos radioativos; resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional deEnergia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. Enquadram- se neste grupo quaisquer materiais resultantes de laboratórios de pesquisa e ensino na área de saúde, laboratórios de análises clínicas se serviços de medicina nuclear e radioterapia que contenham ra- dionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação. É importante ressaltar que não há a geração de resíduos desse grupo em nenhum setor da unidade de Clínicas.

Comum – Grupo D

Resíduos Comuns são aqueles que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Papel de uso sanitário, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros simi-lares não classificados como Resíduos Infectantes do grupo A;
Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;
Resto alimentar de refeitório;
Resíduos provenientes das áreas administrativas;
Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;
Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

3.4.5 Perfurocortantes – Grupo E

Resíduos perfurocortantes: caracterizados pelos objetos escarificantes, perfurantes ou cortantes, provenientes de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.
Pertencem a este grupo: agulha, ampola, pipeta, lâmina de bisturi e vidro, etc.
Observação: Além dos RSS, o hospital gera outros resíduos os quais também requerem cuidados e mé-todos diferenciados de coleta, transporte, recuperação, tratamento e disposição final.
São eles:
Resíduos eletroeletrônicos e seus componentes;
Pilhas e baterias;
Lâmpadas.
Na unidade, foram adotados como alguns critérios para classificar e identificar as fontes de geração e quantificar a geração dos RSS de acordo com:
A classificação dos resíduos sólidos gerados de acordo com as disposições da Resolução CONA- MA nº 358 de 29/04/2005 e Anvisa RDC nº 306 de 07/12/2004;
A identificação dos tipos de RSS gerados em cada setor;
A adoção da quantificação dos RSS, como parâmetro para previsão do número suficiente de reci- pientes para acondicionamento por estabelecimento gerador e por grupo e subgrupo de RSS e para odimensionamento dos abrigos internos e do abrigo externo de armazenamento.

	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E
SETORES									

Figura- Grupos de Resíduos gerados por setor
Obs: Almoxarifados : Os resíduos dos almoxarifados são gerados a partir da perda de validade dos produtos estocados

invisa
Instituto
vida e saúde

COMPOSIÇÃO DOS RESÍDUOS

Unidades de Internação, Bloco Cirúrgico, Central de Materiais;

GRUPO A1	SETORES
1. Resíduos sólidos contendo sangue e líquidos cor-póreos na forma livre.	Pronto socorro, neurologia, ortopedia, UTI adulto, UTI, hemodinâmica, clínica médica, clínica cirúrgica, UADC, bloco cirúrgico, central de materiais.
2. Bolsas transfusionais contendo sangue com volume superior a 50 ml.	Todas as unidades acima exceto central de materiais
3. Sobras de amostras de laboratório contendo san gue e líquido corpóreo na forma livre.	
4. Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microorganismos vivos ou atenuados, ou fras- cos vencidos, com conteúdo inutilizado, vazio ou com restos do produto.	

GRUPO A3	SETORES
1. Fetos humanos sem sinais vitais com menos de 20 semanas ou menos de 500 gramas ou menos de 25cm de estatura.	Pronto socorro adulto , bloco cirúrgico.
2. Membros humanos.	Bloco Cirúrgico e Patologia Cirúrgica

GRUPO A4	SETORES
1. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue e líquidos corpóreos na forma livre.	Pronto socorro, neurologia, ortopedia, UTI adulto, UTI, hemodinâmica, clínica médica, clínica cirúrgica, UADC, bloco cirúrgico, central de materiais.
2. Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisado- res com presença ou ausência de sangue.	Todas as unidades
3. Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções.	Todas as unidades exceto central de materiais
4. Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.	Todas as unidades exceto central de materiais

Resíduos provenientes de cirurgia plástica e peças anatômicas (órgãos e tecidos) quando não enviados para estudo anátomo-patológico. Os filtros de ar e gases.	Bloco cirúrgico
7. Os filtros de ar e gases aspirados de área contaminada ou não, membrana filtrante de equipamentomédico-hospitalar e de pesquisa.	Todas as unidades

GRUPO B	SETORES
1. Produtos hormonais, antimicrobianos, imunossu- pressores, imunomoduladores, digitálicos, antirre- trovirais e medicamentos controlados pela portaria do Ministério da Saúde (MS) 344/98.	Todas as unidades exceto central de materiais
2. Resíduos de citostáticos e antineoplásicos.	ambulatório e neurologia.
3. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos (recipientes de glutaraldeído).	Central de materiais e central de equipamentos.
4. Resíduos contendo metais pesados (termômetro)	Todas as unidades
5. Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfes- tantes (glutaraldeído).	Central de materiais e central de equipamentos.
6. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora	Todas as unidades
7. Pilhas e baterias alcalinas.	Todas as unidades exceto central de materiais

GRUPO D	SETORES
Resíduos que não apresentem risco biológico, quí- mico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.	Todas as unidades
Resíduos provenientes das áreas administrativas	Todas as unidades
Fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis,resto alimentar de pacientes, material utilizados em antissepsia, e equipo de soro e outros similares clas- sificados como A1.	Todas as unidades exceto central de materiais
Sobras de alimentos.	Todas as unidades
Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde	Todas as unidades exceto central de materiais

GRUPO E	SETORES
Resíduos perfurocortantes- agulha de sutura (inox), agulhas e vacuteiner, agulha descartável (gengival), agulha para irrigação, ampola de vidro, aparelho de tricotomia descartável / lâmina de barbear, artigos de vidro, quebrados (com presença de material infectante), cateter intravenoso agulhado, dispositivo para infusão intravenosa	Todas as unidades

Ambulatórios de Especialidades, Sala de Vacina e Setor de Imagenologia;

GRUPO A1	SETORES
1. Resíduos sólidos contendo sangue e líquidos cor-póreos na forma livre	Ambulatórios de Especialidades e Setor de Imagenologia.
2. Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microorganismos vivos ou atenuados, ou fras- cos vencidos, com conteúdo inutilizado, vazio ou comrestos do produto.	

GRUPO A4	SETORES
1. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue e líquidos corpóreos na forma livre.	Todas as unidades

GRUPO B	SETORES
1. Medicamentos antirretrovirais.	Ambulatório de Especialidades (farmácia satélite)
2. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos.	Setor de Imagenologia
3. Resíduos contendo metais pesados (termômetro e' amálgama de consultório dentário).	Odontologia

4. Efluentes de processadores de imagem, de equi-pamentos automatizados utilizados em análise clíni- ca e demais resíduos perigosos.	Setor de Imagenologia
5. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora.	Todas as unidades

GRUPO D	SETORES
Resíduos que não apresentem risco biológico, quí-mico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.	Todas as unidades
Resíduos provenientes das áreas administrativas.	Todas as unidades
Papel, absorventes higiênicos, peças descartáveis, resto alimentar de pacientes, material utilizados em antissepsia, e equipo de soro e outros similares clas-sificados como A1.	Todas as unidades
Sobras de alimentos.	Todas as unidades
Resíduos de varrição.	Ambulatórios (área externa)

GRUPO E	SETORES
Resíduos perfurocortantes.	Todas as unidades

Farmácia

GRUPO B
1. Produtos hormonais, antimicrobianos, imunossupressores, imunomoduladores, digitálicos, antirretrovirais e medicamentos controlados pela portaria MS 344/98.
2. Resíduos de citostáticos e antineoplásicos.
3. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos (recipientes de manipulação dos antineoplási-cos).
4. Resíduos contendo metais pesados (termômetro).
5. Resíduos químicos líquidos (fenol).
6. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora.
7. Pilhas e baterias alcalinas.

invisa
Instituto
vida e saúde

GRUPO D
Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.
Resíduos provenientes das áreas administrativas.
Papel, absorventes higiênicos, peças descartáveis.
Sobras de alimentos.

GRUPO E
Resíduos perfurocortantes.

Laboratório Clínico, Laboratórios de Pesquisa e Patologia Cirúrgica.

GRUPO A1	SETORES
1. Resíduos sólidos contendo sangue e líquidos corpóreos na forma livre	Laboratório clínico, laboratórios de pesquisa e patologia cirúrgica.
2. Sobras de amostras de laboratório contendo sangue e líquido corpóreo na forma livre.	Todas as unidades

GRUPO A2	SETORES
1. Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, bem como suas forrações.	Laboratórios de pesquisa

GRUPO A4	SETORES
1. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue e líquidos corpóreos na forma livre.	Todas as unidades
2. Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções.	Laboratório clínico
3. Os filtros de ar e gases aspirados de área contaminada ou não, membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa.	Todas as unidades

GRUPO B	SETORES

1. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos.	Todas as unidades
2. Efluentes de processadores de imagem, de equipamentos automatizados utilizados em análise clíni- ca e demais resíduos perigosos.	Laboratórios clínicos e de pesquisa
3. Reagentes para laboratório.	Laboratórios clínicos e de pesquisa
4. Resíduos químicos líquidos (formol, ácido sulfúrico, ácido clorídrico, Xilol).	Todas as unidades
5. Resíduos químicos sólidos (Xilol)	Todas as unidades
6. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora.	Todas as unidades

GRUPO D	SETORES
Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.	Todas as unidades
Resíduos provenientes das áreas administrativas.	Todas as unidades
Sobras de alimentos.	Todas as unidades

GRUPO E	SETORES
Resíduos perfurocortantes	Todas as unidades

Nutrição, Engenharia e Manutenção Clínica, Engenharia e Lavanderia;

GRUPO B	SETORES
1. Resíduos contendo metais pesados (lâmpadas e baterias não alcalinas)	Engenharia e Manutenção Clínica
2. Resíduos de saneantes e desinfetantes (Cloro).	Lavanderia
3. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos.	Lavanderia
4. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora.	Todas as unidades
5. Óleo usado	Nutrição

GRUPO D	SETORES

Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.	Todas as unidades
Resíduos provenientes das áreas administrativas.	Todas as unidades
Sobras de alimentos.	Todas as unidades

TAXA DE GERAÇÃO

A taxa de geração de resíduos na unidade é variável, pois sofre influência direta pelo número de atendimentos e procedimentos realizados.

MANUSEIO

No manuseio de resíduos de serviços de saúde, o funcionário deve:
Utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs), como uniforme, luvas, avental impermeável,máscara, óculos e botas, para recolhimento destes resíduos;
Realizar a higienização das mãos antes de calçar as luvas e depois de retirá-las e após o manuseio dos RSS;
Estar capacitado para segregar adequadamente os RSS e reconhecer o sistema de identificação e a forma de acondicionamento;
Remover os RSS acondicionados na unidade geradora para o expurgo (armazenamento intermedi- ário) e deste para o depósito de resíduos, respeitando frequência, horário e demais exigências deste serviço;
Os sacos plásticos e os recipientes de perfurocortantes devem ser fechados e recolhidos quando seupreenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou quando necessário;
Não apertar os sacos plásticos com intuito de diminuir o volume para facilitar seu fechamento, a fim de evitar acidentes de trabalho, e distribuição de particulados;
Manipular e transportar os sacos plásticos distantes do corpo, a fim de evitar contaminação;
Os sacos plásticos recolhidos das unidades geradoras devem ser acondicionados em containers específicos para armazenamento temporário, impedindo que os resíduos sejam dispostos diretamen- te no chão do expurgo;
Remover cuidadosamente os resíduos de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos e no caso de acidentes ou derramamentos realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultânea do local, notificando a chefia do local (ou da unidade);
Remover as embalagens das unidades geradoras até o depósito de resíduos para armazenamento, sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário, e ou pessoas em seu entorno.

Manuseio de resíduos infectantes

Os resíduos infectantes devem ser acondicionados em sacos brancos, com simbologia infectante e encaminhados para tratamento e destinação final, por empresa terceirizada, devidamente autorizada e licenciada a este fim;

3. Treinamento e conscientização;
4. Controle através de check-list;
5. Rouparia Descentralizada com um responsável pelo controle da distribuição – em processo de implantação.

12- CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

Infecção hospitalar é qualquer infecção adquirida após internação do paciente e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta quando for relacionada com a hospitalização.

Rotinas a serem seguidas para o controle da infecção:

1. A roupa suja deve ser manuseada e movimentada o mínimo possível;
2. Transportar a roupa em sacos verticalmente fechados dentro do carro, também fechado;
3. Os cobertores devem ser de tecidos laváveis tipo algodão;
4. A roupa suja nunca deve ser contada;
5. Os carros para transporte de roupas sujas e roupas limpas devem possuir cores diferentes ou identificados como "Roupas sujas e Roupas Limpas" para que não haja troca acidental;
6. Locais e carros usados no processamento de roupas sujas devem ser lavados e desinfetados diariamente;
7. O pessoal da rouparia deve usar uniforme;
8. O pessoal que coleta roupa suja deve tomar banho e trocar de uniforme para a distribuição da roupa limpa;
9. O pessoal que coleta roupa suja não deve transitar na área limpa e vice-versa;
10. A roupa limpa no aguardo do uso deve ser protegida por sacos plásticos transparentes.
11. O funcionário que apresentar foco infeccioso não deve trabalhar na rouparia e coleta de roupas sujas, devendo procurar imediatamente atendimento médico especializado;
12. O veículo de transporte deve ser higienizado a cada transporte de roupas sujas;
13. O uso dos EPI´s é obrigatório na coleta das roupas sujas;
14. Obediência às normas;
15. Manuseio atento e correto dos equipamentos;
16. Lavagem das mãos;
17. Controle de acidentes com material perfuro cortantes;
18. Programas de vacinação.

Luvas: o uso de luvas na unidade de processamento de roupas constitui uma barreira de proteção para as mãos do trabalhador ao tocar artigos, roupas ou superfícies contendo sangue e outros fluidos corporais. No caso da coleta ou recolhimento dos sacos hampers e transporte de roupa suja recomenda-se e o uso de luvas em ambas as mãos e remover uma das luvas ao tocar no botão do elevador, maçanetas ou outras superfícies.
***Nota Importante*:** As luvas recomendadas para uso na unidade de processamento de roupas são as de borracha reutilizáveis e de cano longo. Não é recomendado o uso de luvas de látex (cirúrgicas e de procedimento) devido a fragilidade das mesmas.

Máscara e proteção ocular: o uso de máscara e proteção ocular é indicado sempre que houver possibilidades de contaminação de mucosas (nariz, boca ou olhos) com sangue ou fluidos corporais.

Deverá ser encaminhado mensalmente o comprovante de tratamento e destinação dos resíduos, conforme RDC 306/06
Os resíduos infectantes classificados no grupo A2 (carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos de animais submetidos à inoculação de microrganismos provenientes dos laboratórios de pesquisa) serão acondicionados em saco plástico vermelho e encaminhados a tratamento destinação;
Os resíduos infectantes do grupo A3 (peças anatômicas do ser humano;. Estes resíduos, em sua maioria, são encaminhados do Bloco Cirúrgico ao Setor de Patologia. Após a análise patológica são encaminhados para tratamento e destinação final. Por se tratar de resíduos que não permanece acondicionado nos setores, não serão necessários recipientes próprios para acondiciona- mento dos mesmos;
O tratamento dos resíduos perfurocortantes (devido à complexidade dessa classe), por conterem seringas e tubos com sangue, frascos de vacinas e tubos de coleta de exames com líquidos corpóreos na forma livre, podendo apresentar ou não, microrganismos de relevância epidemiológica; será realizado por empresa terceirizada, através do processo de autoclavação, antes da disposição final;
No processo de utilização de seringas com agulhas, as mesmas não devem ser reencapadas, desconectadas e/ou desprezadas em locais não específicos a fim de evitar acidentes ocupacionais com os servidores;
Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, em recipientes rígidos resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, obedecendo o limite de segurança para preenchimento, 2/3 de sua capacidade ou 05 (cinco) cm de distância da boca do re- cipiente, e identificado como lixo infectante, conforme norma ABNT;
Após preenchido, os recipientes serão encaminhados para o abrigo externo, até o momento da co- leta para tratamento e destinação final.

Manuseios de resíduos químicos

Os resíduos químicos podem apresentar-se na forma sólida, semissólida, líquida ou gasosa. Esses resíduos podem possuir vários graus de periculosidade, de acordo com as características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxidade, tendo também características de manuseio especificas para cada forma descrita acima.
Resíduos químicos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.
Resíduos químicos no estado líquido devem ser submetidos a tratamento específico, sendo vedado o seu encaminhamento para disposição final em aterros. Devem ser acondicionados obser- vando as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si, assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes dos resí- duos e das embalagens, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o mate- rial da embalagem seja permeável aos componentes dos resíduos.
O descarte dos resíduos sólidos contendo quimioterápicos deve ser feitos separadamente, no recipiente com três sacos plásticos na cor laranja, identificado como "resíduos tóxico".
Os resíduos químicos contidos dentro dos sacos plásticos de cor laranja com simbologia de resíduos tóxico serão encaminhados para tratamento de incineração antes da disposição final.
Todo resíduo químico deve conter em sua embalagem a identificação do local de origem, bem como o nome dos resíduos a ser descartado; pois devido a um volume grande de produtos quí-

micos manipulados na unidade, os mesmos necessitam de inativação química especifica, conforme a Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ) do produto, emitida por fabricante.
Os medicamentos como os produtos hormonais, antimicrobianos, imunossupressores, imunomoduladores, digitálicos, antirretrovirais e medicamentos controlados pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) 344/98 são controlados pela farmácia, assim, esses medicamentos, em caso de vali- dade vencida, deverão ser encaminhados para as farmácias satélites, que se encarregarão de enca- minhar tais medicamentos vencidos para descarte na farmácia central.

Os frascos ampola com pequenas quantidades de resíduos de medicamento devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de des- carte, em recipientes rígidos resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, e identificado como lixo infectante perfurocortante.
Resíduos químicos sólidos tais como, Xilol, devem ser descartados em recipientes rígidos e após em sacos plásticos de cor laranja com simbologia de resíduos tóxico.
Os resíduos de medicamentos líquidos devem permanecer, sempre que possível, nas embalagens primárias dos produtos originais, evitando o descarte de líquidos na forma livre.
Os resíduos químicos, como os resíduos de saneantes, desinfetantes, reagentes para laboratório, de equipamentos automatizados utilizados em análise clínica e demais resíduos perigosos, conforme NBR 10004 da ABNT, serão acondicionados em recipiente rígido e estanque, compatível com as características físico-químicas da substância a ser descartada, devidamente identificada como "resíduos tóxicos e ou químico".
Após a correta segregação e identificação, os recipientes serão recolhidos por um funcionário dos serviços de higienização, devidamente paramentado com o uso de equipamento de proteção individual, transportados até o depósito externo da unidade, para ser recolhido pela empresa terceirizada responsável pela coleta, tratamento e destinação final. É importante frisar que, os resí- duos são recolhidos diariamente, respeitando a demanda de cada setor.

Incompatibilidade química

A lista abaixo contém uma relação de produtos químicos que, devido ás suas propriedades químicas, podem reagir violentamente entre si resultando numa explosão, ou podendo produzir ga- ses altamente tóxicos ou inflamáveis. Por este motivo quaisquer atividades que necessitem o trans- porte, o armazenamento, a utilização e o descarte devem ser executados de tal maneira que as subs- tâncias da coluna da esquerda, acidentalmente, não entrem em contato com as correspondentes substâncias químicas na coluna do lado direito Por causa do grande número de substâncias perigo- sas relacionamos aqui apenas as principais.

SUBSTÂNCIA	INCOMPATÍVEL COM: (Não devem ser armazenadas ou misturadas com)
Acetona	Ácido nítrico (concentrado); Ácido sulfúrico (concentrado); Peróxido de hidrogênio;
Acetonitrila	Oxidantes, ácidos
Ácido Acético	Ácido crômico; Ácido nítrico; Ácido perclórico; Peróxido de hidro-gênio; Permanganatos

Ácido clorídrico	Metais mais comuns; Aminas; Óxidos metálicos; Anidrido acético; Acetato de vinila; Sulfato de mercúrio; Fosfato de cálcio; Formaldeí- do; Carbonatos; Bases fortes; Ácido sulfúrico; Ácido clorossulfônico;
Ácido clorossulfônico	Materiais orgânicos; Água; Metais na forma de pó
Ácido crômico	Ácido acético; Naftaleno; Cânfora; Glicerina; Alcoóis; Papel;
Ácido fluorídrico (anidro)	Amônia (anidra ou aquosa);
Ácido nítrico (concentrado)	Ácido acético; Acetona; Alcoóis; Anilina; Ácido crômico;
Ácido oxálico	Prata e seus sais; Mercúrio e seus sais; Peróxidos orgânicos;
Ácido perclórico	Anidrido acético; Alcoóis; Papel; Madeira;
Ácido sulfúrico	Cloratos; Percloratos; Permanganatos; Peróxidos orgânicos;
Metais alcalinos e alcalino-terrosos (sódio, potássio, lítio, magnésio, cálcio)	Dióxido de carbono; Tetracloreto de carbono e outros hidrocarbone- tos clorados; quaisquer ácidos livres; quaisquer halogênios; Aldeídos;Cetonas; NÃO USAR ÁGUA, ESPUMA, NEM EXTINTORES DE PÓ QUÍMICO EM INCÊNDIO QUE ENVOLVAM ESTES METAIS.USAR AREIA SECA.
Álcool amílico, etílico e metílico	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido fosfórico;
Álquil alumínio	Hidrocarbonetos halogenados; água;
Amideto de sódio	Ar; água;
Amônia anidra	Mercúrio; Cloro; Hipoclorito de cálcio; Íodo, Bromo, Ácido luorídri-co, Prata;
Anidrido acético	Ácido crômico; Ácido nítrico; Ácido perclórico; compostos hidroxi- lados; Etileno glicol; Peróxidos; Permanganatos; Soda cáustica; Po- tassa cáustica; Aminas;
Anidrido maleico	Hidróxido de sódio; Piridina e outras aminas terciárias;
Anilina	Ácido nítrico; Peróxido de hidrogênio;
Azidas	Ácidos;
Benzeno	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido fosfórico; Ácido nítricoconcentrado; Peróxidos;
Bromo	Amoníaco; Acetileno; Butadieno; Butano; Metano; Propano; outros gases derivados do petróleo; Carbonato de sódio; Benzeno; Metais naforma de pó; Hidrogênio;
Carvão ativo	Hipoclorito de cálcio; Todos os agentes oxidantes;
Cianetos	Ácidos;
Cloratos	Sais de amônio; Ácidos; Metais na forma de pó; Enxofre; Materiaisorgânicos combustíveis finamente -divididos;
Cloreto de mercúrio	Ácidos fortes; Amoníaco; Carbonatos; Sais metálicos; Álcalis fosfa- tados; Sulfitos; Sulfatos; Bromo; Antimônio;
Cloro	Amoníaco; Acetileno; Butadieno; Butano; Propano; Metano; outros gases derivados do petróleo; Hidrogênio; Carbonato de sódio; Ben-zeno; metais na forma de pó;
Clorofórmio	Bases fortes; Metais alcalinos; Alumínio; Magnésio; agentes oxidan-tes fortes;
Cobre metálico	Acetileno; Peróxido de hidrogênio; Azidas;
Éter etílico	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido sulfúrico; Ácido fosfóri-co;
Fenol	Hidróxido de sódio; Hidróxido de potássio; Compostos halogenados;Aldeídos;
Ferrocianeto de potássio	Ácidos fortes;
Flúor	Isolar de tudo;
Formaldeído	Ácidos inorgânicos;

Fósforo (branco)	Ar; Álcalis; agentes redutores; oxigênio;
Hidrazina	Peróxido de hidrogênio; Ácido nítrico; qualquer outro oxidante;
Hidretos	Água; Ar; Dióxido de carbono; Hidrocarbonetos clorados;
Hidrocarbonetos (como o benzeno, butano, propano, gasolina, etc.)	Flúor; Cloro; Bromo; Ácido crômico; Peróxidos;
Hidróxido de amônio	Ácidos fortes; Metais alcalinos; agentes oxidantes fortes; Bromo; Cloro; Alumínio; Cobre; Bronze; Latão; Mercúrio;
Hidroxilamina	Óxido de bário; Dióxido de chumbo; Pentacloreto e tricloreto defósforo; Zinco; Dicromato de potássio;
Hipocloritos	Ácidos; Carvão ativado;
Hipoclorito de sódio	Fenol; Glicerina; Nitrometano; Óxido de ferro; Amoníaco; carvãoativado;
Iodo	Acetileno; Hidrogênio;
Líquidos Inflamáveis	Nitrato de amônio; Ácido crômico; Peróxido de hidrogênio; Ácido nítrico; Peróxido de sódio; Halogênios;
Mercúrio	Acetileno; Ácido fulmínico (produzido em misturas etanol--ácido nítrico); Amônia; Ácido oxálico;
Nitratos	Ácidos; Metais na forma de pó: Líquidos inflamáveis; Cloratos; Enxofre; Materiais orgânicos ou combustíveis finamente divididos; Ácido sulfúrico;
Oxalato de amônio	Ácidos fortes;
Óxido de etileno	Ácidos; Bases; Cobre; Perclorato de magnésio;
Óxido de sódio	Água; qualquer ácido livre;
Pentóxido de fósforo	Alcoóis; Bases fortes; Água;
Percloratos	Ácidos;
Perclorato de potássio	Ácidos; ver também em ácido perclórico e cloratos;
Permanganato de potássio	Glicerina; Etileno glicol; Benzaldeído; qualquer ácido livre; Ácido sulfúrico;
Peróxidos (orgânicos)	Ácidos (orgânicos ou minerais); evitar fricção; armazenar a baixa temperatura;
Peróxido de benzoíla	Clorofórmio; materiais orgânicos;
Peróxido de hidrogênio	Cobre; Crômio; Ferro; maioria dos metais e seus sais; materiais com- bustíveis; materiais orgânicos; qualquer líquido inflamável; Anilina; Nitrometano; Alcoóis; Acetona;
Peróxido de sódio	Qualquer substância oxidável, como Etanol, Metanol, Ácido acético glaciar, Anidrido acético, Benzaldeído, dissulfito de carbono, glicerina, Etileno glicol, Acetato de etíla, Acetato de metila, Furfural, álcool etílico, Álcool metílico;
Potássio	Tetracloreto de carbono; Dióxido de carbono; Água;
Prata e seus sais	Acetileno; Ácido oxálico; Ácido tartárico; Ácido fulmínico; Compos- tos de amônio;
Sódio	Tetracloreto de carbono; Dióxido de carbono; Água; ver também em metais alcalinos;
Sulfetos	Ácidos;
Sulfeto de hidrogênio	Ácido nítrico fumegante; Gases oxidantes;
Teluretos	Agentes redutores;
Tetracloreto de carbono	Sódio;
Zinco	Enxofre;
Zircônio	Água; Tetracloreto de carbono; não usar espuma ou extintor de pó químico em fogos que envolvam este elemento;

MANUSEIO DE RESÍDUOS COMUM

Manusear os resíduos comuns separadamente com seleção prévia dos componentes inertes recicláveis (quando implantado programa de reciclagem de resíduos sólidos) de modo a evitar qualquer possibilidade de contaminação;
Descartar os resíduos comuns nos recipientes especificados por cor e identificação, respeitando o grupo de resíduos, como papel, plástico, vidro e metal, e de assistência ao cliente, a fim de facilitar oa destinação para reciclagem através de cooperativa de catadores;
Descartar os resíduos comuns não recicláveis e de assistência ao cliente, salas administrativas, e laboratórios, desde que não estejam contaminados por produtos químicos, radioativos ou materiais infectantes, nos recipientes com sacos plásticos de cor preta, não sendo necessário tratamento pré-vio para disposição final no aterro municipal;
A coleta de papel, papelão e latinhas de alumínio deverá ocorrer mediante solicitação telefônica aoramal da Gerência de Resíduos____, das 07 horas às 17 horas;
Vidro quebrado e material perfurocortante não contaminados devem ser descartados em caixas depapelão, devidamente lacrada e identificada.

CUIDADOS - MINIMIZAÇÃO NA GERAÇÃO DE RESÍDUOS

Apesar dos resíduos de serviços de saúde representarem uma pequena parcela do total de resíduos sólidos gerados, os mesmos apresentam características peculiares causadas pelos fatores que influenciam a geração, o que resulta em uma heterogeneidade que traz como consequência para o seugerenciamento uma maior preocupação com o risco que estes resíduos representam ao homem e ao meio ambiente, assim, faz-se necessário elaborar um trabalho que busque a redução e minimiza- çãodos resíduos na etapa de geração.
A minimização de resíduos é entendida como uma forma de reduzir e recuperar os resíduos gerados. No caso de estabelecimento de saúde a minimização do risco que os resíduos representam éum fator importante e é conseguida através da segregação na origem e de um manejo adequado, tal como:
Não reutilizar ou reciclar resíduos infectante;
Adotar procedimentos de aquisição de produtos com previsão de redução de RSS ou com possibilidade da aplicação da Logística Reversa (Lei 12.305/10), que foi instituída pela Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), definindo princípios, objetivos e instrumentos, bem como diretrizes, relativas à gestão e ao gerenciamento de resíduos sólidos, incluídos os perigosos, em âmbito nacio- nal;
Reutilizar sempre que possível os resíduos químicos perigosos produtivos ou ainda substituir o processo gerador por outro que gere resíduos menos perigosos ou reaproveitáveis;
Reduzir sempre que possível a toxidade e a quantidade de resíduos químico;
Evitar a alteração das características dos resíduos químicos por solução, dissolução ou mistura com outros resíduos que venha a comprometer seu tratamento, sua recuperação ou sua reutilização;
Segregar, para fins de reciclagem, alguns componentes inertes de resíduos comuns que não tenham entrado em contato com pacientes ou ambientes considerados contaminados;

Manter para resíduos comuns recicláveis as características de componentes inertes, separando os componentes recicláveis na origem com manipulação correta e segura;
Separar, transportar e armazenar os componentes recicláveis conforme instruções da RDC Anvisanº 306 e Resolução CONAMA nº 358.

SEGREGAÇÃO NA ORIGEM

Capacitar os funcionários que atuem diretamente na geração dos resíduos, para segregar, conformeclassificação vigente no momento e local de sua geração, acondicionando-os de acordo com as ins- truções da RDC Anvisa nº 306 e do CONAMA, nº 358;
Classificar e separar em recipientes ou embalagens recomendadas pelas normas técnicas, cada grupo de RSS gerados;
Considerar como resíduos infectante na sua totalidade os resíduos sólidos que contenham sangue elíquidos corpóreos, assegurando a sua devida segregação;
Separar os resíduos infectantes em recipientes identificados como "resíduos infectantes";
Separar os resíduos químicos, identificando cada embalagem como "resíduos tóxicos", e outros RSS que necessitem de tratamentos diferenciados;
Separar na origem os componentes inertes de resíduos comuns com possibilidade de reciclagem, em recipientes apropriados e identificados, transportando-os de forma segura e estocando-os corre- tamente no abrigo de recicláveis;
Capacitar os funcionários responsáveis pela limpeza e higienização quanto aos procedimentos de identificação, classificação e manuseio dos RSS, bem como o uso de EPI´s ao manusearem qualquergrupo de RSS, conforme especificações da RDC Anvisa nº 306, da Resolução nº 358 do CONAMAe NBR ABNT 12010.

TRATAMENTO PRÉVIO

Entende-se por tratamento, de forma genérica, quaisquer processos manuais, mecânicos, fí- sicos, químicos ou biológicos que alterem as características dos resíduos, visando a minimização do risco à saúde, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador. O tratamento pode ser feito no estabelecimento gerador ou em outro local, observadas, nes- tes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de RSS devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA no 237/97 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente. Vale ressaltar, que o tratamento dos resíduos ntesinfecta gerados nas dependências da unidade, é realizado por empresa terceirizada, licenciada para essa atividade, que emite ao final de todas as etapas (tratamento e disposição final), o certificado de comprovação.

ACONDICIONAMENTO

Descrição do acondicionamento dos Resíduos Gerados

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos eresistam às ações de punctura e ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaprovei-tamento. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e não necessitam de tampa para vedação. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.
Os resíduos gerados são colocados em contêineres apropriados e estanques, restritos aos abrigos temporários/expurgos, não sendo permitido que os sacos, sejam dispostos diretamente ao chão, para sua posterior coleta em carrinhos destinados a essa finalidade, direcionada ao abrigo externo, até que seja retirado pela empresa responsável pelo tratamento e destinação final.

12.2 Descrição do acondicionamento dos Resíduos Gerados:

Acondicionamento	Infectante					Químico	Radioativo	Reciclável	Resíduos Comum	Perfuro cortante
Grupo de resíduos	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	D	E
Saco de lixo branco leitoso	x	x		x						
Saco de lixo vermelho	x		x		x					
Saco de lixo preto									x	
Saco de lixo laranja						x				
Coletor perfurocortante										x
Coletor plástico para resíduos químico						x				
Containers 120 l / bombonas de 200l, Container 1000 l - abrigo externo	x	x	x	x	x	x		x	x	
Lixeira comum								x	x	
Coletor Reciclagem de Papel								x		
Coletor Reciclagem de Plástico								x		
Coletor Reciclagem de Vidro								x		
Coletor Reciclagem de Metal								x		

Coletor Rejeitos										
Não se aplica							x			

0061443

invisa
Instituto
vida e saúde

CRITÉRIOS PARA ACONDICIONAMENTO DE RSS:

Acondicionar os RSS de acordo com cada classe e com segregação na origem, em sacos plásticos, em recipientes ou em embalagens apropriadas a cada grupo de resíduos, conforme disposições do RGRSS da unidade, referenciado nas normas técnicas da ABNT e nas RDCs da Anvisa e CONAMA, nºs 306/2004 e 358/2005;
Utilizar recipiente de material rígido com pedal, nos locais onde se aplica, para abertura de tampa, superfície interna lisa e cantos arredondados, resistente, lavável, que não apresente vazamento com capacidade entre 60 (sessenta) litros, com saco plástico de cor branca para resíduos comuns e reci- pientes de capacidade de 20 (vinte) e 30 (trinta) litros para os infectantes e químicos com utilização de saco plástico de cor branca com simbologia infectante e laranja com identificação de "resíduos infectante ou químico", respectivamente;
Manter em toda unidade geradora o número suficiente de recipientes para cada grupo de RSS, alocando-os em locais estratégicos para descarte como expurgos, isolamentos, salas de procedimen- to e urgência e outros locais que facilitem o descarte;
Fechar totalmente os sacos plásticos, ao final de cada jornada, ou quando estiver com 2/3 de seu volume preenchido. No caso de RSS de alta densidade, utilizar apenas volume compatível com a resistência da embalagem para evitar seu rompimento e mantê-la intacta até o armazenamento final eas fases subsequentes de gerenciamento;
Adotar as técnicas de acondicionamento por grupo de RSS, de forma a manter todo o recipiente identificado e bem fechado, de modo a não possibilitar vazamento de resíduos;
Conter os resíduos líquido em frasco ou recipiente resistente e, no caso de recipiente de vidro ou quebrável, protegê-lo dentro de outra embalagem como caixa de papelão e acondicioná-los dentro dosaco plástico de cor apropriada e identificação externa de "vidros";
Fechar previamente o saco plástico e removê-lo imediatamente da unidade geradora até o expurgo para armazenamento intermediário, proibindo expressamente sua abertura ou esvaziamento ou rea- proveitamento, bem como sua compactação;
Acondicionar os sacos plásticos nos expurgos em containers específicos para armazenamento temporário, evitando contato dos sacos plásticos com o piso;
Apresentar os resíduos acondicionados à coleta externa em contenedores, conforme normas técni- cas da ABNT, da Anvisa (RDC 306) e do CONAMA (Resolução 358).

13.1 Armazenamento Temporário (Sala de Utilidades ou Expurgo)

A sala de utilidades ou expurgo, é destinada para a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados em local próximo ao ponto de geração, visando agilizar a coleta dentro doestabelecimento, otimizando o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado para coleta externa. Nos casos de proximidade entre o ponto de geração e o armazenamento externo, fia dispensada a guarda temporária.
A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes (containers) coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como "SALA DE RESÍDUOS";

Nos locais onde a sala de armazenamento temporário é compartilhada com a sala de utilidades, o local deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m^2;
No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos con-tainers estacionados;
Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, submetidos a outro método de conservação;
A desinfecção dos expurgos (salas de utilidades) é realizada duas vezes ao dia (manhã e tarde) pelosfuncionários da limpeza e higienização, e/ou em outros horários, caso julgue necessário;
A desinfecção é realizada mediante a utilização de EPIs como uniforme, máscaras, luvas e botas plásticas.

COLETA INTERNA DO PONTO DE GERAÇÃO ATÉ O ARMAZENAMENTO INTERMEDIÁRIO

Os sacos plásticos são fechados e recolhidos quando seu preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou quando necessário, acondicionados em containers específicos para armazenamento tempo- rário, impedindo que resíduos sejam dispostos diretamente no chão; posteriormente são recolhidos manualmente pelos funcionários da empresa de limpeza e higienização, e transportados por carri- nhos específicos para tal finalidade até o armazenamento externo;
A remoção manual é realizada de forma cuidadosa para evitar o rompimento dos sacos plásticos e no caso de acidentes ou derramamentos, realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultânea do local, notificando a chefia do local (ou da unidade);
A remoção manual é realizada com a utilização de EPIs como uniforme, máscaras, luvas e sapatos fechados;
A higienização das mãos é imprescindível para evitar infecções cruzadas e para a saúde ocupacional do funcionário.

14.1 Coleta e Transporte Interno

A coleta e transporte de resíduos do abrigo intermediário até o abrigo central de resíduos, é realizada pela equipe de limpeza e higienização em horários fixos, obedecendo a rotas de transporte especificas afim de não coincidir com o horário de refeições, visitas, distribuição de roupas limpas.

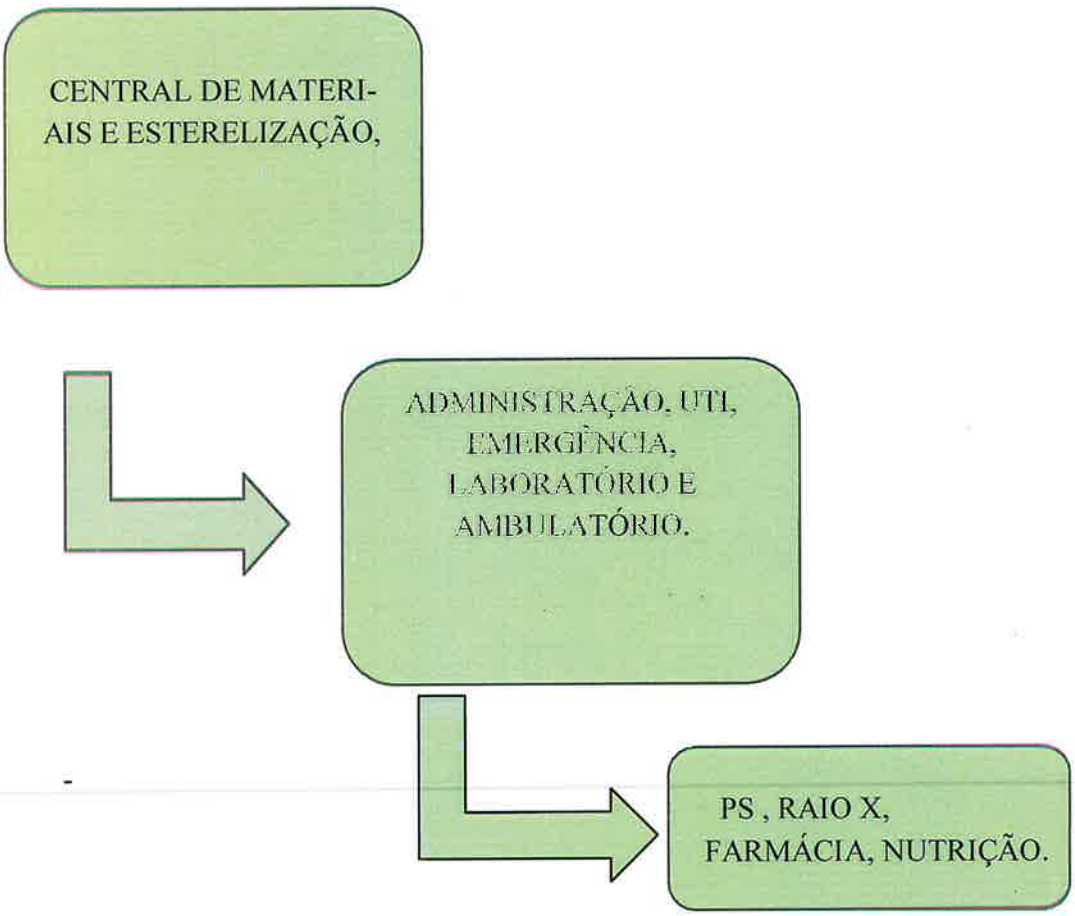
14.2. Coleta Interna do Armazenamento Intermediário até o Depósito de Resíduos

Os resíduos são acondicionados em sacos plásticos de acordo com cada grupo, e estes em recipientes de armazenamento temporário nos expurgos e/ou nas salas de utilidades das unidades gerado- ras;
Os resíduos são coletados nos abrigos temporários pelos funcionários da higienização e limpeza, e encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carro para transporte interno, devidamente fecha- do, identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos;

Com o objetivo de evitar a coincidência no recolhimento de roupas sujas, fornecimento de refeições, entrega de roupas limpas e horário de visitas, a coleta interna é realizada diariamente, cinco vezes ao dia, de acordo com os horários estipulados abaixo:

06h30min às 07 horas 08h30min às 09 horas 12h30min às 13h45min15 horas às 16h45min 18h30min às 20 horas.

Fluxo de recoclhimento de resíduos (Exmeplo a ser ajustado em conformidade com os respectivosserviços da unidade).



Após o traslado, os resíduos são armazenados no depósito externo. Os com características biológi- cas e ou perfurocortantes são dispostos nos containers específicos para infectantes e os tóxicos no container de resíduos tóxico. Esses são pesados e coletados diariamente às 07 horas, pela empresa contratada, devidamente licenciada;

Os resíduos comuns dispostos em seus containers específicos são coletados diariamente às 07h30min por empresa terceirizada.

ARMAZENAMENTO EXTERNO (DEPÓSITO DE RESÍDUOS)

Os recipientes contendo resíduos, serão armazenados em deposito, acondicionados em contêineres específicos para cada grupo de resíduos, não sendo permitido que sejam dispostos ou ma- nuseados diretamente sobre o piso, até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclu- sivo com acesso facilitado para veículos coletores.
O abrigo é identificado como "Depósito de Resíduos", com acesso restrito aos funcionários do setor, que farão transporte interno das coletas, sendo proibido transitar pela via pública, para reali- zação do armazenamento de resíduos.
O dimensionamento do abrigo de resíduos está de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade de coleta realizada pela empresa terceirizada contratada.
O depósito de resíduos deve ter piso e as paredes são azulejados, de fácil higienização, com aberturas para ventilação, ser provido de porta com largura compatível com as dimensões dos containers de coleta externa, pontos de iluminação e de água, tomada elétrica, canaletas de escoamento de águasservidas direcionadas para a rede de esgoto do estabelecimento;
Os resíduos químicos são armazenados em local exclusivo com dimensionamento compatível comas características quantitativas e qualitativas dos resíduos gerados, em local específico e identifica- do.
O depósito de resíduos possui área específica de higienização para limpeza e desinfecção simultânea dos recipientes (containers) coletores e demais equipamentos utilizados no manejo dos resíduos. A área possui cobertura, dimensões compatíveis com os equipamentos que serão submetidos à lim- peza e higienização, diariamente os funcionários da higienização e limpeza, após coleta, devida- mente paramentados com máscara, luvas e botas plásticas, realizam a desinfecção da área, utilizan- do detergente neutro e hipoclorito de sódio 1%.

FLUXO DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS

Os resíduos são coletados no expurgo das unidades geradoras pelos funcionários dos serviços de higienização e limpeza, encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carro para transporte fechado, com rodas emborrachadas, para evitar ruídos de movimentação, capacidade de carga de 400 litros, e dispositivo de válvula de dreno de fundo exclusivo para os resíduos e identificados como símbolo correspondente ao risco neles contidos.

COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

A empresa___é responsável pelo recolhimento, tratamento e disposição final dos resí-duos infectantes e tóxicos (grupo A, B, C e E) e a _pelo recolhimento e dispo- sição final dos resíduos comuns (grupo D);
É importante ressaltar que as empresas acima citadas, atendem as exigências ambientais para desenvolvimento da prestação de serviço na qual foram contratadas;
A coleta, transporte externo e destinação final, são realizados com definição de itinerários, frequência, horário de coleta, jornada de trabalho, equipe de coleta, tipo de veículo e contenedores necessários, conforme acordado em contrato com cada empresa;
No momento da coleta para destinação final, os resíduos são pesados;

A coleta é realizada diariamente (segunda à sábado) por cada empresa, em horários diferentes sendo:
_____às 07 horas.
_____às 7h30min

TRANSBORDO DOS RESÍDUOS

As empresas terceirizadas, responsáveis pela coleta, tratamento e destinação final, deverão:
Realizar o transbordo somente em instalações apropriadas exclusivas, em conformidade com a legislação vigente; atendendo o objeto do contrato especificado em edital;
Ser licenciadas pelos órgãos de saúde, Secretaria do Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentá- vel; com licença de acordo com a classe do tipo de empreendimento;
Executar a transferência dos RSS com segurança, mantendo-se a integridade do acondicionamentoque deve ser feita em embalagens rígidas resistentes à punção e a vazamentos, impermeáveis à umi-dade o suficiente para evitar rompimento durante o transbordo;
Não permitir acumulação de RSS nas instalações que devem funcionar apenas para a transferênciaimediata de um sistema de transporte para outro.

TRATAMENTO DOS RESÍDUOS

Os resíduos comuns são encaminhados do depósito externo da unidade, seguindo o manejo de resíduosdomiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final, em aterro devidamente licenciado;
Os resíduos sólidos infectantes são encaminhados para autoclavação e os resíduos infectantes do grupo A3, membros humanos e fetos, para incineração e posterior disposição final em aterro devi- damente licenciado;
É importante frisar que a disposição de resíduos infectante em vala séptica, somente poderá ser realizada quando os resíduos forem submetidos a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade dos resíduos tornando-o com características de resíduos comum;
Os resíduos químicos são encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade e capacidade de bioa- cumulação; posterior disposição final;
Os resíduos químicos sólidos são encaminhados para incineração e posterior disposição final;
Os resíduos químicos líquidos são encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou enve- lopamento por processos de acordo com as características de toxicidade;
Salientamos, que há monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados, atestados mensalmente com a emissão dos certificados de tratamento e disposição final, emitidos pelas empresas prestadoras do serviço.

DISPOSIÇÃO FINAL

A disposição final dos resíduos infectantes é realizada diretamente no solo, previamente preparado para receber os resíduos após tratamento prévio em autoclave ou incinerador, obedecendo a critériostécnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/97.
Os resíduos comuns serão dispostos na vala séptica, segundo processo sanitário correto, previsto para resíduos domiciliares ou similares, desde que garantidas às condições previstas na legislação emvigor.

PROGRAMAS

Segurança e Saúde do Trabalhador

Para que os profissionais vinculados ás diversas áreas da instituição, trabalhem de maneira segura é necessário que sejam cumpridas as seguintes medidas:
A elaboração e implementação do programa de controle médico de saúde ocupacional, de medidas preventivas da saúde e de integridade física dos trabalhadores e controle da ocorrência de riscos ocupacionais são realizados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medici- na do Trabalho (SESMT), Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST), Núcleo de Aten- ção à Saúde do Servidor (NASS) e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
A conscientização para higienização das mãos é imprescindível a fim de evitar infecção cruzada, preservando também a saúde ocupacional do funcionário;
Levantar anualmente, os programas de conscientização junto às chefias e departamentos fiscaliza- dores para utilização de equipamentos de proteção individual como uniforme, luvas, aventais im- permeáveis ou de pano, máscara, óculos e botas (de acordo com cada necessidade) para o manuseio,acondicionamento e recolhimento destes resíduos pelas equipes de saúde e limpeza;
Cobrar e submeter toda a equipe de saúde e de coleta para realização de exames médico pré-admissional, exame médico periódico, pelo menos duas vezes ao ano, e vacinação adequada inclu- indo-se as vacinas contra tétano e difteria, hepatite B e tuberculose;
A realização de treinamentos e aperfeiçoamento dos colaboradores sobre o manejo correto dos resíduos em todas as suas etapas de produção.

Programa de Minimização de Risco

Os estudos de análise do Plano de Minimização de Risco são considerados como importantes "fer- ramentas" de gerenciamento, tanto sob o ponto de vista ambiental, como de segurança de processo, uma vez que esses estudos fornecem, entre outros, os seguintes resultados:
Conhecimento detalhado dos riscos de cada saneante;
Avaliação dos possíveis danos às instalações e a saúde dos trabalhadores, à população externa e ao meio ambiente;
Subsídios para a implementação de medidas para a redução e gerenciamento dos riscos direto pelo uso do produto.

Programa de Capacitação e Treinamento

Para implantação do PGRSS é necessário à capacitação e treinamento continuo de todos os colaboradores, abordando os mais variados temas, tais como:
Noções gerais sobre o ciclo da vida dos materiais;
Conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS;
Definições, tipo e classificação dos resíduos e potencial de risco dos resíduos;
Sistema de gerenciamento adotado internamente na unidade;
Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais e outros;
Conhecer brevemente o histórico da geração e do tratamento de resíduos sólidos da saúde;
Compreender os conceitos de classificação e as características dos diferentes tipos de resí- duos;
Entender o caminho para o gerenciamento adequado dos resíduos sólidos;
Compreender a responsabilidade na manipulação correta de materiais e equipamentos (perigosos), afim de evitar acidentes decorrentes de atividades;
Buscar o seu papel enquanto gerador de resíduos, bem como sua responsabilidade na minimização do mesmo.
O gerenciamento de resíduos vai além da simples segregação e separação dos resíduos co- muns e infectantes, está diretamente ligado a todos os fatores/etapas que integram os processos de atendimento e qualidade hospitalar.
É importante frisar que qualidade no âmbito hospitalar não tem o mesmo sentido que na indústria, onde expressa a conformidade de uma peça ou produto a uma norma ou especificação pré- estabelecida. O hospital está sujeito ao humano, à imprevisibilidade das situações, à particularidade das ocorrências e exigências, o que não invalida as normas, apenas exige maior atenção para observar, escutar, imaginar e antecipar ajustamentos e adaptações.
Assim, o diagnóstico dos resíduos gerados, o correto gerenciamento, juntamente com os outros programas a serem implantados na unidade, integram o processo educativo trabalhado, visando o desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações pontuais, estruturadas e contínuas.
Um dos fatores importantes dessas capacitações no processo de gestão dos Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (RSSS) são os treinamentos dos profissionais para uma segregação correta (Imagens abaixo). De acordo com a RDC nº 306/2004 da Anvisa, é obrigatório treinar os funcioná- rios dos estabelecimentos de serviços de saúde para uma correta manipulação e gestão desses resí- duos. Um gerenciamento adequado dos RSSS é fundamental para a manutenção da saúde dos traba- lhadores, assim como para evitar contaminação ambiental gerada por substâncias perigosas bem comoo processo de infecção hospitalar.
Nessa direção e, em busca de processos educativos contínuos, é preciso pensar em interação,não apenas entre campos de saberes técnicos, mas entre os profissionais das diversas áreas de conhecimento, com uma visão multidisciplinar, com práticas usuais de descarte de resíduos que obje- tivam mudanças pontuais nos modelos de formação e atenção à saúde, proporcionando ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja um desenvolvimento pessoal, considerando a rea- lidade institucional e "demandas ambientais vigentes", empregando os acontecimentos do trabalho, oambiente normal das atividades e suas particularidades quanto ao manejo dos resíduos (comuns e infectantes), os estudos dos problemas reais e situações mais apropriadas para atingir uma aprendi- zagem significativa e participativa.
É importante frisar que o processo de capacitação é realizado em conjunto com o Setor de Serviço de Educação em Enfermagem, atendendo o cronograma de capacitação continuada.

INDICADORES 2024

São utilizados indicadores abaixo para monitorar e avaliar e acompanhar a eficácia do PGRSS implantado.
Taxa de Acidentes de Trabalho (TAT)
Objetivo: avaliar o percentual de acidentes de trabalho em relação ao número de funcionários em um dado período.
Frequência de medição: mensal.
Taxa de Acidentes de Trabalho Relacionado a RSS
Objetivo: verificar a relação entre os acidentes de trabalhados relacionados com o RSS.
Frequência de medição: mensal.
Taxa de acidentes de trabalho relacionados aos resíduos perfurocortantes
Objetivo: verificar a relação entre os acidentes de trabalhados relacionados com os resíduos perfu- rocortantes.
Frequência de medição: mensal.

PLANO DE MONITORAMENTO E QUANTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS

Será realizado o acompanhamento da evolução continua do sistema de gerenciamento, através do monitoramento das ações planejadas, bem como da quantificação dos resíduos sólidosgerados nas unidades da unidade.
A quantificação deverá ser estabelecida por meio de procedimentos de pesagem dos duosgerados em cada setor da UPA. A melhor forma de pesagem será definida na implementação e monitoramento de cada setor.

PLANO DE AÇÃO PARA O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS ANO 2024

Com o objetivo de reduzir a geração e minimização dos resíduos gerados nos diversos se- tores da unidade, bem como a redução dos índices de acidentes de trabalhos relacionados com a geração e manejo dos resíduos (perfurocortantes), serão elaborados para o decorrente ano, as seguintes ações:
Incentivo da participação da comunidade da unidade, como agente facilitador na redução da geração dos resíduos comuns e infectantes;
Realização de campanhas que busque a conscientização da responsabilidade na geração e no correto manejo dos resíduos gerados.

Elaboração e implementação do Programa de Reciclagem *CRONOGRAMA 2024*

	MÊS											
ATIVIDADE	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Treinamentos				x								
Treinamento colaboradores				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamento discentes			x		x		x		x		x	
Início Projeto de Reciclagem				x	x							
Monitoramento da CS*				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Adequações do depósito externo		x	x	x	x	x						
Diagnóstico da geração de resíduos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Prognóstico da geração de resíduos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Campanha de redução consciente				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Diagnóstico resíduos dos almox.			x		x		x		x		x	
Prognóstico resíduos dos almox.				x		x		x		x		x

2.2 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

a) Implantação de Logística de Suprimentos

O conceito de Logística advém do processo de planejar, executar e controlar, a movimentação e armazenamento das matérias, garantindo integridade e prazos de entrega aos usuários. A Logística de

Suprimentos é o processo de planejar, implementar e controlar a aquisição, a estocagem e a movimentação dos materiais e as informações relativas a estas atividades, desde os suprimentos das necessidades, até o atendimento das mesmas e o descarte após utilização destes materiais.
Em um ambiente de serviço de saúde o processo de Logística de Suprimentos trata da relação com toda a cadeia de suprimentos externa da saúde. Esta cadeia é composta por representantes, fornecedores e fabricantes de insumos para a saúde, tais como: laboratórios, farmácias, empresas de produtos de saúde, equipamentos hospitalares, produtos de segurança em saúde, empresas de tecnologia de informação, de engenharia, marcenaria, arquitetura e outros.

Objetivos da logística de suprimentos:

- Reduzir os custos e desperdícios;
- Reduzir o capital investido em estoque;
- Melhorar os serviços logísticos;
- Ter o controle e acesso a todos os processos que precisam de suprimentos;
- Manter a qualidade nos serviços oferecidos aos usuários;
- Ter agilidade nos processos, reduzindo tempo de espera;
- Confiabilidade nos cumprimentos os prazos de acordo com a demanda;
- Flexibilidade de mudança quando necessário.

Implantação da logística de suprimentos nas unidades de saúdes geridas por meio de um sistema informatizado, a equipe permanente do INSTITUTO VIDA E SAÚDE do setor de compras e licitação, manterá estoque em quantidades suficientes de medicamentos, artigos médicos e insumos. Ocorrerá em seis fases distintas com previsão de 3 meses a partir da assinatura do contrato de gestão. São elas:

1ª Fase – Informatizar o Sistema de Gestão de Suprimentos: Para a reestruturação do gerenciamento de suprimentos é necessário, ter um sistema que gerencie todas as informações da unidade, realizando o processo de compra utilizando um programa de aquisição de materiais e bens. Esse programa apresenta especificidades próprias, contendo informações e dados necessários para aquisição de qualquer material.
2ª Fase - Organização do processo de logística de suprimentos: Trata-se da separação das áreas envolvidas com materiais em áreas de Estoque Central e Área de Suprimentos. As áreas escolhidas para ser Estoque Central podem ser a Farmácia e o Almoxarifado. As áreas de Estoque Central da Farmácia e do Almoxarifado são responsáveis pelas atividades de estocagem, separação, conferência, controle e distribuição dos materiais hospitalares e fármacos para todas as Áreas de Suprimentos e demais setores da unidade gerida. Áreas de Suprimentos são responsáveis pelo recebimento de materiais do Estoque Central do Almoxarifado e Farmácia; armazenagem, produção e distribuição de kits e de materiais para os setores assistenciais, com funcionamento de 12 horas. Para a escolha do local das Áreas de Suprimentos serão atribuídos critérios como: área física disponível, setor considerado crítico e complexo pelo atendimento prestado aos pacientes e o setor de maior impacto financeiro, ou seja, com maior consumo e custo elevado de material.
3ª Fase – Capacitação dos Profissionais: Capacitar todos os profissionais envolvidos no processo para manuseio de todo processo de Logística de Suprimentos, incluindo todo sistema operacional informatizado.
4ª Fase – Cadastramento: Cadastrar todos os produtos, materiais, insumos, fornecedores e representantes para que o sistema gere informações corretas;
5ª Fase – Execução: Iniciar todo processo de acordo de Logística de Suprimentos de acordo com a demanda;
6ª Fase – Monitoramento e Tomada de Decisão: Monitorar todo processo de execução através de indicadores de produção e avaliação de riscos para que possa ter um planejamento de tomada de decisões para que se obtenha qualidade e aplicabilidade todo processo de Logística de Suprimentos.
Serviço de aquisição e gestão de suprimentos

O Setor de Compras ficará responsável pela logística de suprimentos, onde recebe as solicitações de compras dos setores: Almoxarifado, Farmácia, Limpeza, no caso da aquisição de produtos farmacêuticos, o INSTITUTO VIDA E SAÚDE somente comprará produtos registrados na ANVISA e manterá um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos.

O Setor de Compras possui um REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES que rege os procedimentos para este setor na contratação de bens e serviços.

É de competência da Logística de Suprimentos:

- Pesquisa de produtos ou materiais solicitados;
- Composição dos produtos ou materiais solicitados;
- Análise da necessidade de compra;
- Inicialização do processo de compra;
- Recebimento dos materiais e produtos;
- Conferencia e inspeção dos materiais e produtos;
- Estocagem e preservação;
- Requisição de material ao almoxarifado;
- Fornecimento interno de materiais;
- Utilização do material pelo colaborador;
- Devolução dos materiais ao almoxarifado;
- Descarte correto dos materiais utilizados;
- Gestão e controle dos processos administrativos de materiais;
- Gestão da informação.

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES

O cadastramento de um novo fornecedor e/ou prestador de serviço ocorrerá tão somente após a verificação de todos os documentos legais e diplomas técnicos relacionados abaixo:

- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – obrigatório;
- Inscrição ;
- Contrato social com as alterações ou Estatuto (se houver);
- Alvará de funcionamento – obrigatória;
- Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual) – obrigatória;
- Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (renovação anual) – obrigatória.

FORNECEDORES DE MEDICAMENTOS, INSUMOS FARMACÊUTICOSE CORRELATOS

Para o fornecimento deste grupo de insumos se faz necessário os seguintes documentos:
Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;

Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;
Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

FORNECEDORES DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Documentos complementares que se fazem necessários para o fornecimento de equipamentos:
Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor;
Certificado de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante.

I- Disposições Gerais

Todos os documentos deverão ser encaminhados via correio, email ou entregues diretamente ao Setor de Compras, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com a Ficha de Cadastro que deve ser solicitada junto ao setor de compras.
Tal procedimento visa qualificar os fornecedores com relacionamento comercial direto com Hospital, isto é, para aqueles que não possuem cadastro homologado na Central de Compras INVISA. Os demais deverão se cadastrar na Central de Compras (http://invisa.org.br/compras/index.php?class=LoginForm) , cujo regulamento está disponível no site da INVISA pelo endereço eletrônico www.invisa.org.br.

Além das observações acima citadas, segue abaixo outras orientações para o cadastramento:
No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, é necessária uma cópia do documento de isenção;
Em casos de registros provisórios, é preciso documento que comprove a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo;
Todos os documentos ficarão arquivados no Setor de compras, pelo período máximo de 01 ano.
O Hospital dará preferência àqueles fornecedores que possuírem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação.

HOMOLOGAÇÃO DO FORNECEDOR E/OU PRESTADOR DE SERVIÇO

O fornecedor e/ou prestador de serviço, estará devidamente cadastrado e qualificado tão somente após apresentar todos os documentos ora já citados no capítulo anterior, bem como preencher e entregar a "Ficha de Cadastramento". Este formulário será fornecido pelo Setor de Compras da unidade quando o relacionamento comercial for de trato direto com o setor citado. Caso contrário, ou seja, o relacionamento comercial ocorrer através da Central de Compras da INVISA, tal cadastro deverá ser realizado diretamente com a mesma, no site **www. invisa.org.br.**
Para fins de informação da qualificação e credenciamento de qualquer fornecedor, o Setor de Compras da unidade irá solicitar a confirmação da Central de Compras via e-mail.
Para ser considerado homologado o fornecedor deverá:
Estar com toda documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;
Receber parecer favorável junto a visita técnica (aplicável conforme o caso).

Para as visitas técnicas será gerado um relatório em formulário específico, chamado Relatório de Visita Técnica onde será formalizado o parecer e assinado pelos responsáveis na execução da atividade, sendo que tal documento será arquivado na pasta do fornecedor.
No caso de prestadores de serviço (que atuam dentro da unidade. ou em unidades externas), estes deverão atingir o mínimo de 70% de conformidade, na auditoria realizada com base no RAG (Requisitos de Apoio a Gestão) da INVISA. Tal roteiro será disponibilizado ao prestador no momento da auditoria.
Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

CUMPRIMENTO DAS NORMAS E PORTARIAS DA ANVISA

Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

II- RECEBIMENTO DE MERCADORIA

Os produtos somente serão recebidos se acompanhados da nota fiscal, a qual deve ser entregue em no mínimo duas vias, corretamente preenchida e sem rasuras. Caso haja alguma não conformidade, o fornecedor deverá providenciar uma carta de correção da nota fiscal em até 24 horas após a notificação da não conformidade.

A nota fiscal numerada deve conter obrigatoriamente: Razão social em nome do INVISA, Endereço, CNPJ, Inscrição , número do pedido, data da emissão e data da entrega, descrição dos produtos, lote, data de validade, valor unitário e total dos produtos, valor total da nota e valor dos Impostos (ICMS, IPI), data vencimento da nota, boleto bancário ou dados bancários para depósito em conta.

A quantidade, valores unitários e totais devem estar em conformidade com a quantidade, valor unitário e total indicada na nota fiscal e no pedido de compra e/ou contrato.

Os produtos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos no pedido de compra ou acordo de fornecimento.

O não cumprimento dessas normas irá gerar uma notificação de não conformidade ao fornecedor e será avaliado dentro dos critérios de pontuação das entregas.

III- ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS NAS FARMÁCIAS

Produtos que não necessitam de armazenamento especial:

Verificar os itens a serem repostos;
Colocar nas gavetas ou bins os itens de reposição;
Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Multidoses:
Verificar os itens a serem repostos;

Afixar etiqueta de validade no frasco/tubo do produto;
Devolver cada frasco/tubo para sua caixa de origem;
Colocar nas gavetas ou bins os itens de reposição;
Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

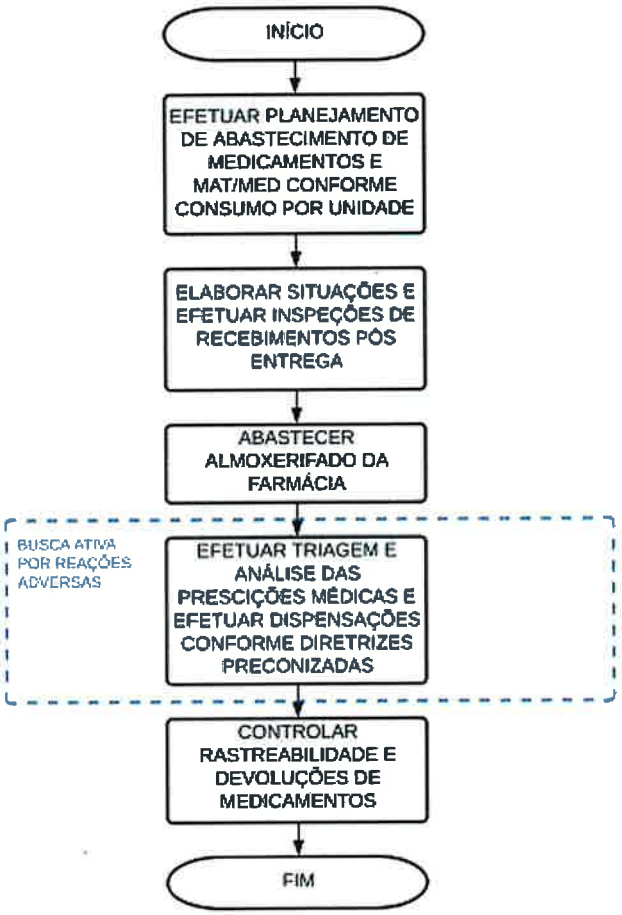
Medicamentos termolábeis:

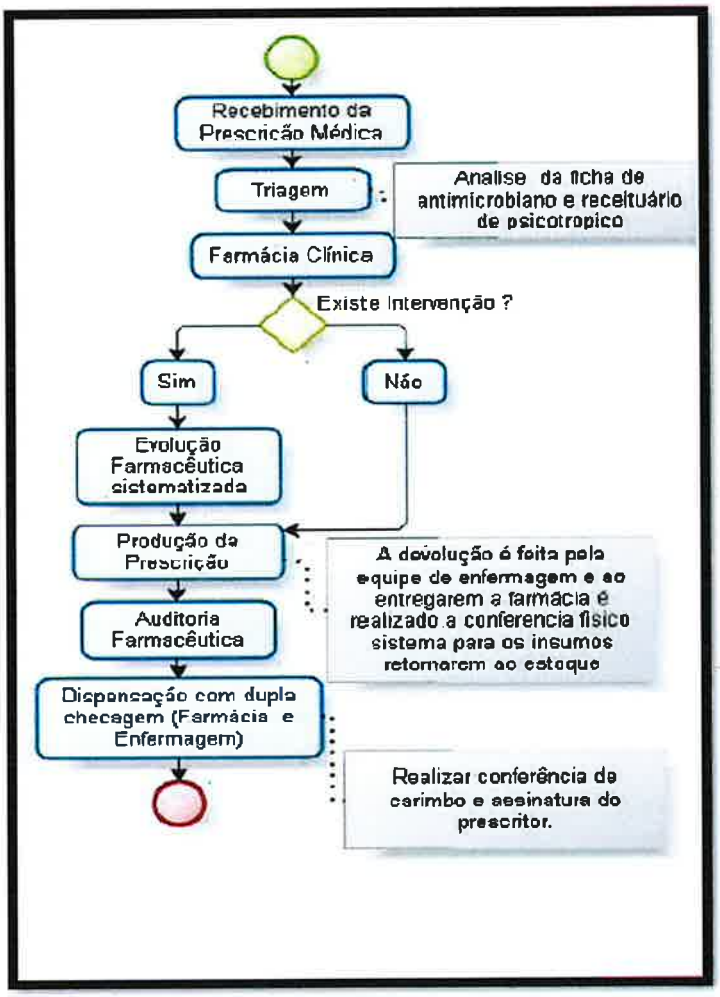
Verificar os itens a serem repostos;
Etiquetar medicamentos com etiqueta padronizada azul de MED. GELADEIRA;
Colocar na prateleira central da geladeira de armazenamento exclusivo de medicamentos;
Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Medicamentos sujeitos a controles especiais (Portaria 344/98):

Verificar os itens a serem repostos;
Etiquetar medicamentos com etiqueta preta padronizada de MED. PORTARIA 344.
Colocar nos bins do armário com chaves os itens de reposição;
Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
Fechar o armário;
Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Fluxo:


INÍCIO
EFETUAR PLANEJAMENTO DE ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS E MAT/MED CONFORME CONSUMO POR UNIDADE
ELABORAR SITUAÇÕES E EFETUAR INSPEÇÕES DE RECEBIMENTOS PÓS ENTREGA
ABASTECER ALMOXERIFADO DA FARMÁCIA
BUSCA ATIVA POR REAÇÕES ADVERSAS
EFETUAR TRIAGEM E ANÁLISE DAS PRESCIÇÕES MÉDICAS E EFETUAR DISPENSAÇÕES CONFORME DIRETRIZES PRECONIZADAS
CONTROLAR RASTREABILIDADE E DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS
FIM



Abaixo, descrevemos as rotinas administrativas para a Farmácia:
A Farmácia deverá funcionar durante no mesmo horário do ambulatório, e compreende o cumprimento das principais atividades a seguir especificadas:

1. Controle do estoque;
2. Solicitações de reposição de estoque,
3. Recebimento de materiais e medicamentos com avaliação de fornecedores;
4. Manipulações de medicamentos estoque nas condições adequadas a cada tipo de medicamento ou material;
5. Produção de kits;
6. Dispensação e cobrança na conta do paciente;
7. Padronização de medicamentos.

b) Política de Recursos Humanos a ser implementada.

1. Política de RH: Avaliação de desempenho individual por categoria profissional

O INVISA acredita que as pessoas constituem o maior patrimônio da empresa e o principal instrumento para a realização de sua missão e visão organizacional. Poressa razão, desde o início vem buscando estabelecer políticas inovadoras na Gestão de Pessoas e governança corporativa, a fim de promover cada vez mais a valorização e o reconhecimento de seus profissionais.

Esse plano propõe alinhar-se deforma compartilhada para as melhorias de resultados, baseando-se em orientação e naconstrução de atitudes positivas com os clientes internos e externos do INVISA.

De forma estruturada, são delegadas às divisões, objetivos e responsabilidades, que buscam permanentemente facilitar uma abordagem mais próxima dos gestores e equipes para:

I. Orientações e apoio às lideranças;
II. Identidade de gerenciamento participativo, num modelo de liderança empreendedora;
III. Fortalecimento da importância de motivar pessoas e reter talentos que agreguem valor aos resultados.
IV. Estimular um ambiente criativo e inovador.
V. Nossas diretrizes sobre Recursos Humanos se expressam através de: Competência e profissionalismo na seleção, contratação, integração, alocação e promoção dos Recursos Humanos;
VI. Busca constante da excelência dos serviços prestados aos clientes, por programas sistematizados de acompanhamento e avaliação de resultados;
VII. Manutenção de programas de treinamento, reciclagem e desenvolvimento técnicogerencial que proporcionem conhecimentos profissionais aprimorados e atualizados;
VIII. Prioridade aos integrantes do seu quadro de provimento de funções mais complexas, desde que demonstrem a qualificação e as competênciasnecessárias;
IX. Busca de melhoria da qualidade de vida pela manutenção de programas de benefícios sociais;
X. Promoção e manutenção do bom ambiente de trabalho e suprimento dos meios adequados à execução dos trabalhos.

1.1 Responsabilidades

As responsabilidades da gestão dos processos, projetos e programas estão inseridasnas ações da Gerência de Gestão de Pessoas e na Gerência de Administração de Pessoal,voltadas para as atividades de: Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, Benefícios, Remuneração, Saúde e Segurança do Trabalhador.

Adotando um conceito de parceria com as lideranças desenvolvem, avaliam e implementam os programas alinhados as metas e objetivos do INVISA nas seguintes divisões:

Gestão de Pessoas - Compete promover condições favoráveis à valorizaçãoe bem-estar do colaborador, ampliando a capacidade de respostas às demandas implementadas para os profissionais lotados as unidades e aos programas de gestão, através de reuniões e visitas educativas, realizadas semanalmente nas unidades de saúdee/ou na Sede.

Também compete descrever, planejar e implementar normas einstrumentos para práticas de gestão, coordenando as ações de desenvolvimento dos colaboradores do Instituto.

Gestão de Administração de Pessoal - Compete executar e supervisionar todas as atividades relativas a folha de pagamento, controle e registros de dados funcionais, pagamentos de acordo com a política de remuneração, controle de registro de ponto eletrônico e benefícios, obedecendo e aplicando regulamentaçõestrabalhistas e normas internas.

1.2 Objetivos:

Visa propor, regulamentar e especificar com clareza os critérios necessários e específico para vacância de vagas e ascensão profissional interna de seus colaboradores, alinhando as responsabilidades dos cargos aos salários, de acordo com suas aptidões e desempenho, através de uma política eficaz nas relações entre os cargos e salário da estrutura institucional dentro do INVISA. Também visa a criação de parâmetros para implantação e organização dos cargos, em equivalência com as práticas de mercado, com o propósito de subsidiar e controlar os gastos com o pessoal com vistas a atingir os objetivos da Institutição.

A Diretoria de Gestão de Pessoas é a responsável pela aplicação, administração e monitoramento do Plano de controle de RH, bem como dos cargos, carreiras e salários da Instituição.

1.3 Competências Da Área De Gestão De Pessoas Política De Recrutamento E Seleção

Tratar de toda contratação de colaboradores que deverão ser precedidas de processo seletivo público simplificado ou de ampla demanda, o qual deve atender os princípios constitucionais da objetividade, transparência, impessoalidade, moralidade e economicidade, devidamente compatibilizado com a natureza e os termos da lei das organizações sociais, com os padrões de mercado e com a necessidade de serviço.

A área de Gestão de Pessoas do INVISA é responsável pela execução e coordenação dos Processos de Recrutamento e Seleção.

2 – Das normas para seleção simplificada e pessoal

Inicialmente, cabe salientar que o INVISA foi criado com a intenção de fazer uma gestão bastante ampla de forma proba e transparente e de acordo com as diretrizes do Direito Publico cujas observações constam na decisão do TCE e no presente Edital.

O Processo Seletivo Público simplificado e/ou de ampla concorrência é pautado em critérios objetivos, impessoal e transparente, de avaliação e realizar-se-á, obrigatoriamente, para seleção de quantitativo de profissionais definidos pela Secretaria de Saúde, conforme anexos e quadros anexos contidos no Edital que baliza toda a gestão do UPA.

Os profissionais a serem contratados deverão respeitar o organograma, cargos, salários, funções e atribuições dos cargos descritos nos referidos anexos, contidos no Edital.

Para tanto, serão averiguados, no mínimo, os seguintes quesitos abaixo, podendo ocorrer as seguintes etapas de seleção:

1 – Formação acadêmica

2 – Registro em conselho (ativo e regular)

3 – Experiência profissional

4 – Avaliação de conhecimentos, na forma de prova escrita (objetiva e/ou discursiva), deconhecimentos gerais e específicos da área

5 – Redação

6 – Avaliação Psicológica

7 –Avaliação Técnica

2.1 - Recrutamento e seleção de pessoal através de Processo Seletivo Público Simplificado e/ou Ampla concorrência:

Os processos seletivos, em todas as suas etapas serão regidos pelos principios norteadores do Direito Publico, em especial da impessoalidade e transparência, e os critérios a serem utilizados para o recrutamento e seleção de pessoal deverão ser informado aos candidatos em momento oportuno.

O INVISA convocará os candidatos para a contratação de acordo com a ordem final de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo Público. A área de gestão de pessoas do INVISA cuidará para que não haja contratações de colaboradores em detrimento à ordem de classificação de Processos Seletivos Públicos em aberto.

Constará expressamente em todas as informações do Processo Seletivo Público simplificado e/ou de ampla concorrência, a data que será divulgado os resultados elegido pelo Edital. Também constará a quantidade de vagas e se esta será para cadastro de reserva ou contratação imediata dos aprovados.

Será assegurado aos portadores de necessidades especiais direito de reserva de percentual de vagas do Processo de Recrutamento e Seleção, sempre que a natureza da função permitir.

Não será exigido Processo Seletivo Público simplificado e/ou de ampla concorrência para contratação de cargos de direção e confiança, sendo utilizado os princípios objetivos, impessoais e transparência pública, de acordo com o currículo, experiência, desempenho, motivação e liderança de cada candidato.

O INVISA poderá contratar terceiros para organizar e realizar o Processo de Seletivo simplificado e/ou de ampla concorrência externo e poderá cobrar taxa de inscrição destinada ao custeio dos processos seletivos públicos, se assim for necessário.

A execução e coordenação dos processos seletivos públicos simplificados e/ou de ampla concorrência deverão ser de responsabilidade da área de Gestão de Pessoas, que selecionará os profissionais que demonstrarem maior qualificação e capacidade técnica para o exercício do segmento de carreira e/ou função a ser preenchido, através de um conjunto de técnicas previamente selecionadas e ajustadas à melhor forma de avaliação dos requisitos definidos para cada cargo.

A seleção ocorrerá por meio de triagem de candidatos internos, através de análise curricular. A seleção dos candidatos externos, será feita na forma acima descrita, através das etapas já asseguradas.

Serão elegíveis somente os candidatos que atendam ao perfil descrito e que apresentam os pré-requisitos espulgados na divulgação da vaga e considerados aprovados nas etapas realizadas. Além disso, será analisado o histórico profissional dos candidatos.

A etapa de seleção, conforme acima descrito ocorrerá mediante as seguintes etapas: Prova de conhecimentos específicos e/ou técnica com nota mínima espulgada para aprovação; formação acadêmica; registro em conselho (ativo e regular); experiência profissional; entrevistas individuais; avaliação comportamental realizada por psicólogo, dinâmicas de grupo e pesquisa cadastral no e- social, avaliação de conhecimento, na forma de prova escrita (objetiva e/ou discursiva) e demais etapas que lhe convier, de acordo com o cargo e função.

A decisão final de contratação será tomada pelo gestor da vaga, com apoio do Assistente de RH responsável pela vaga, considerando o desempenho do candidato em todas as etapas da seleção.

O retorno para os candidatos, aprovados ou reprovados, deverá ser feita através de e-mail e em casos de aprovação final, o Assistente de RH responsável pela vaga deverá entrar em contato também, pelo telefone registrado (fixo ou celular). Para fins de cumprimento da publicização dos atos, estes resultados também poderão ser apresentados no site da Instituição.

Em caso de aprovação de candidato interno à vaga em questão, deverá ocorrer uma negociação de prazo para transferência, entre gestão atual e futura, intermediada pelo assistente de RH. Para efeito de folha de pagamento, a transição de função ocorrerá no primeiro dia do mês seguinte à transferência / promoção.

Quanto ao processo de admissão do candidato externo aprovado, esta ocorrerá conforme regras descrita para tanto, como trazer copias de documentos pessoais (RG, CPF, comprovante de residência, certificados de formação acadêmica, certidão de nascimento de filhos, título eleitoral, etc..), para a realização da assinatura do contrato, realização de exame admissional de demais atos administrativos inerentes ao processo seletivo.

A reposição do empregado escolhido deverá ocorrer mediante prazos negociados entre a área e o assistente de RH responsável pelo processo.

2.1.1 - Dos Portadores de Necessidades Especiais:

Será assegurado aos portadores de necessidades especiais direito de reserva de percentual de vagas do Processo de Recrutamento e Seleção, sempre que a natureza da função permitir.

Os candidatos portadores de necessidades especiais participarão do Processo Seletivo Público em igualdade de condições com os demais candidatos.

A inscrição dos candidatos portadores de deficiência far-se-á na forma estabelecida pelo edital, que conterá:

a) Os preceitos jurídicos gerais que conformam a inscrição de pessoas portadoras de necessidades especiais;

b) O número de vagas oferecidas;

c) Os procedimentos que o candidato deverá seguir para inscrever-se e para fazer uso das prerrogativas que lhes são facultadas;

d) Os procedimentos que serão adotados pela instituição responsável pela realização do

processo seletivo no caso de inexistirem candidatos aprovados para as vagas reservadas.

Após aprovação os candidatos portadores de deficiência deverão comparecer munidos de laudo médico que ateste a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), conforme especificado no Decreto n.º 3.298/99 e suas alterações.
A não observância do disposto acima acarretará a perda do direito às vagas reservadas aos candidatos em tais condições.
As vagas definidas no Edital, que não forem preenchidas por falta de candidatos portadores de deficiência serão preenchidas pelos demais candidatos aprovados, observando-se rigorosamente os critérios de avaliação e a ordem de classificação.
Caso haja necessidade do INVISA disponibilizar condições específicas ao candidato portador de necessidades especiais, no momento da realização das etapas do processo seletivo, o candidato nesta condição deverá solicitá- la no ato da inscrição, indicando claramente quais os recursos especiais necessários, arcando o candidato com as consequências de sua omissão.

2.2 - Formalização e execução do processo seletivo simplificado e/ou de ampla concorrência:

Para formalização do processo seletivo público simplificado e/ou de ampla concorrência, de forma objetiva, transparente e impessoal, é necessário realizar o levantamento da vacância das vagas na unidade. Entretanto, desde já informamos que a denominação de fun ção, a quantidade de vagas, a remuneração, a descrição resumida das atribuições de funções e o local de trabalho que deverão ser objeto de processo seletivo simplificado e/ou ampla concorrência serão, no minimo, aquelas contidas no Edital .

Poderá também, conforme vacância de cargos que por ventura venha a ser necessária, ocorrer abertura de processo seletivo para cadastro reserva, ante a continuidade do objeto da prestação des serviço que será executado, tudo na forma do Edital e desta politica de gestão e de RH.

Quanto as vagas internas, conforme politica de RH, essas serão divulgados em quadro de avisos, face suas proprias diretrizes.

O RH após a validação da direção do INVISA, obedecendo os pré – requisitos citados anteriormente, elaborará o edital de seleção de pessoal simplificado e/ou de livre concorrência, iniciando o processo de recrutamento e seleção dos profissionais.

Todas as decisões e atos, portanto, deverão nortear-se pelos princípios e diretrizes do Direito Público e aqui estabelecidas conforme disponível no nosso site. E por isso, a Política de RH e de gestão de pessoas, em especial os cargos e salários ainda se encontra sujeito a revisões e complementações, a fim de adequar às necessidades de mercado e valores aqui incutida a missão do INVISA.

Os critérios técnicos e de gerenciamento de RH impreterivelmente, observará as normas vigentes, em especial a trabalhista e previdências de direito Público, para fins de melhor aplicação dos preceitos institutos pelo Edital.

Os preceitos descritos no edital, acerca da contratação dos membros do NIR , Diretores, gerentes, e o quantitativo de profissionais a ser contratados serão observados e respeitados, para o bom cumprimento das diretrizes do Termo de Referência.

Assim, a fim de gerar publicitização das informações referente a contratação de pessoal, o RH divulgará em quadro de aviso e em demais meios de comunicação existentes (por exemplo, o site da propria Instituição), tanto as vagas externas, quanto o resultado, dando clareza em todas as etapas do processo.

2.3- Contração:

O INVISA convocará os candidatos para a contratação de acordo com a ordem final de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo Público simplificado e/ou de ampla concorrência, após a divulgação dos resultados, conforme acima descrito no item recrutamento e seleção.

Em caso de aprovação de candidato interno, a contratação deverá ocorrer no início do mês subsequente, alinhado entre gestão atual e futura, intermediada pelo Analista de RH. A reposição do empregado escolhido deverá ocorrer comcomitante entre os gestores das áreas e o Analista de RH responsável pelo processo.

2.4 - Admissão:

Para atender ao item de contratação de profissionais qualificados, segue os documentos necessários:

- CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social)
- Atestado de exame médico admissional (apto);
- 1 Foto 3X4;
- Cópia de RG;
- Cópia CPF;
- Cópia de Título Eleitoral;
- Cópia de alistamento militar ou reservista;
- Cópia de certidão de nascimento ou casamento;
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia de comprovante de escolaridade;
- Cópia de registro profissional (ativo e regular);
- Currículo atualizado;
- Cópia de certidão de nascimento de filhos menores de 14 anos;
- Cópia de carteira de vacinação de filhos menores de 14 anos;
- Cópia de comprovante escolar de filhos menores de 14 anos;
- Cópia de cartão bancário – (preferencialmente, do Banco Bradesco);
- CPF de dependentes de Imposto de renda;

- Ficha de admissão preenchida;
- Relação de dependentes IR, Salário família, benefícios;
- Formulários de benefícios devidamente preenchidos (Vale-transporte)

Os itens como informações de local (setor) e escala de jornada de trabalho serão informados no ato do processo de admissão. Já o Regimento Interno e Manual de Recursos Humanos e Plano de Cargos e Salarios, estes desde já estão disponibilizados no site da instituição e poderão ser acessados por todos que tiverem interesse.

3. Direitos e deveres dos colaboradores:

Direitos:

- Todo o empregado tem o direito de trabalhar em um ambiente livre de constrangimentos, contribuindo para um ambiente de trabalho agradável, cultivando o bom relacionamento e integração de todos os trabalhadores.
- Todos os empregados, sem distinção, devem colaborar e trabalhar com sentido de equipe, forma
- mais eficaz à realização dos fins e objetivos da Empresa.
- Harmonia, cordialidade, respeito e espírito de compreensão devem predominar nos contatos estabelecidos, independentemente de posição hierárquica. O INVISA não tolerará atitudes de discriminação, seja por raça, sexo, cor, religião, idade, característica física, origem, orientação sexual, ou qualquer conduta que seja ilegal ou inapropriada.
- A instituição não tolerará atitudes que evidenciem o assédio moral, definido como o maus - tratos aplicado ao indivíduo, derivado de uma lógica perversa na relação de poder existente no localde trabalho. O assédio moral está relacionado à presença de ações e condutas por parte do detentor do poder, contra o bem-estar do trabalhador, manifestado por humilhações, xingamentos e perseguições, cuja repetição e permanência acabam por desencadear um processo de diminuição da sua autoestima.
- A diretoria do INVISA, através do Departamento de Recursos Humanos, deve procurar, sempre que solicitada e desde que julgue conveniente, colaborar na solução de problemas e questões de ordem pessoal, familiar e moral dos empregados, com respeito e absoluto sigilo
- A Instituição deverá disponibilizar local adequado para descanso dos profissionais, de acordo com as normas e leis trabalhistas vigentes, no que couber e for necessário.

Deveres e Vedações

– É expressamente proibido ao empregado:

- permanecer em setores estranhos àqueles afetos à sua área de atuação; ingressar na instituição por vias não determinadas, salvo ordem expressa;
- ocupar-se de qualquer atividade que possa prejudicar os interesses do serviço, bem como a utilização de máquinas, computadores, telefones, celulares, fotos disponíveis no ambiente de trabalho, para uso pessoal, sem autorização superior.

- promover algazarra, brincadeiras, fotos pessoais e de terceiros durante jornada de trabalho e em ambientes hospitalares e promover ou aderir a discussões, discursos políticos, religiosos, etc., dirigir insultos, usar palavras ou gestos impróprios à moralidade e respeito; promover atropelos e correrias nas ocasiões de marcação do ponto;
- receber visitas ou introduzir pessoas estranhas no recinto da empresa, sem prévia autorização, em especial pacientes custodiados;
- retirar do local de trabalho, sem prévia autorização, qualquer equipamento, objeto, produtos ou documento de propriedade da Empresa;
- prestar serviço, fazer parte ou colaborar com qualquer espécie de entidade que seja concorrente da Empresa;
- propagar ou incitar a insubordinação no trabalho;
- usar cartão de visita profissional não autorizado pela Instituição; utilizar de impressos da Instituição para assuntos não relacionados ao serviço,
- exercer comércio interno, efetuar negócios, jogos ou atividades alheias ao serviço; em eventos promovidos pela empresa e seus fornecedores, é proibido e será considerado como falta grave, qualquer relacionamento furtivo entre os empregados;
- divulgar, por qualquer meio, assunto ou fato de natureza privada do empregador;
- pontar o cartão ponto ou anotar o livro ponto de outro empregado;
- portar arma de qualquer natureza, bebidas alcoólicas, entorpecentes, bem como se apresentar ao trabalho embriagado ou sob o efeito de qualquer espécie de entorpecente, ainda que lícito;
- dar ordens ou assumir atitudes de direção sem ter para isso a necessária autorização;
- entreter-se no horário de serviço em conversações, leitura e ocupações não relacionadas ao serviço;
- utilizar de aparelho de telefonia celular nas dependências da empresa para vídeos, fotos ou gravações de voz, salvo em caso de o uso ser inerente à atribuição de suas funções, devidamente autorizado pelo empregador;
- utilizar de equipamentos eletrônicos de entretenimento ou usar pendrives nos computadores da empresa; entrar no recinto da empresa com aparelhos eletrônicos (computadores, notebooks, filmadoras, máquinas fotográficas, etc) de uso pessoal, sem autorização do empregador;
- divulgar, informar ou dar conhecimento, por qualquer meio ou forma, acerca do salário e demais verbas recebidas da instituição;
- fazer serviço para si ou para terceiros utilizado tempo, equipamentos, ferramentas ou materiais da empresa, sem autorização do empregador;
- recusar-se à execução de serviço fora de suas atribuições, quando decorrente de necessidade imperiosa;
- recusar-se a usar os equipamentos de proteção individual e coletiva (EPIs e EPCs);
- não cumprir as obrigações contidas em ordens de serviços apresentadas pela empresa;

- trabalhar com o uniforme descaracterizado e/ ou descalço, ou ainda, com calçado que não ofereça segurança aos pés;
- receber, sob qualquer forma ou pretexto, presentes de pessoas que estejam em relação de negócios com a Instituição.
- É expressamente proibido aos empregados e será considerado como ato de violação de segredo profissional e ato de improbidade, tomar anotações ou cópias de detalhes técnicos e administrativos sobre qualquer assunto que se relacione com as atividades industriais e comerciais da empresa, para fins particulares, assim como permitir ou facilitar sua retirada das dependências da empresa.

4 - Obrigações Trabalhistas, previdenciarias e demais encargos sociais da Organização Social de Saude:

- Utilizamos o sistema de gerenciamento de folha de pagamento e todas as suas funcionalidades para atender o controle do quadro de funcionários, cadastro funcional, pagamento de suas remunerações, convenções coletivas de trabalho, férias, afastamentos, rescisões e todas as obrigações assessorias.
- Os encargos sociais são tratados neste sistema e mensalmente recolhemos suas respectivas guias (INSS, PIS e FGTS).

5 - Jornada de trabalho:

Não poderá ultrapassar o estipulado em seu contrato de trabalho e critérios estabelecidos em cada conselho profissional e legislação vigente. Eventuais excessões deverão observar o tempo máximo estabelecido nas referidas legislações e deverão conter autorização expressa e legal de seu superior imediato.

5.1- Marcação de Ponto Biométrico - Estratégias para Aferição do Cumprimento da Carga horária de trabalho contratual dos profissionais:

A frequência dos funcionários em suas unidades de trabalho se datá por meio de sistema de gerenciamento de ponto eletrônico biométrico de registros diários e software de controle gerencial que afere todas as regularidades e irregularidades diariamente.

A equipe garante que, ao ingressar em nossa instituição, o colaborador esteja cadastrado no sistema de ponto biométrico e tenha sua digital e crachá no primeiro dia de trabalho.

Os registros aferidos, avaliados e validados, conforme legislação vigente, são importados paraa folha de pagamento.Todos os funcionários que não exercem cargos de confiança são obrigados a registrar sua frequência no ponto eletrônico, em cumprimento à Portaria MTE 1.510/2009, que estabelece requisitos para o equipamento de registro de ponto, obrigando

a emissão de comprovante da marcação a cada registro efetuado no REP (Registrador Eletrônico de Presença), assim como estabelecer requisitos e formatos de relatórios e arquivos digitais de registros de ponto que o empregador deverá manter e apresentar à fiscalização do trabalho.

Temos uma equipe responsável pelo tratamento e acompanhamento do ponto, checando eventuais faltas excessivas e atuando de forma assertiva nos casos mais graves.

Enviamos frequentemente comunicados às unidades e setores reforçando a importância e

obrigatoriedade do registro de entrada e saída no REP (Registrador Eletrônico de Presença).

O colaborador que esquecer de efetuar a marcação de ponto deverá justificar através de formulário específico a ocorrência, para as devidas providências.

Para os casos onde o colaborador se recusa a registrar sua digital ou esquece demasiadas vezes fazemos um contato ativo na unidade instruindo este colaborador e em caso de reincidência alertamos que caso o mesmo continue agindo desta forma receberá punições disciplinares. Desta forma garantimos que todos os colaboradores registrem diariamente sua frequência.

5.2 - Faltas e atrasos:

O colaborador que faltar, atrasar e/ou necessitar sair mais cedo, deverá, assim que se apresentar ao trabalho, comprovar a ausência através de documentos oficiais (atestados, comprovantes de comparecimento etc.).

As faltas justificadas e licenças serão aquelas consideradas descritas no no artigo 473 da CLT e não poderá haver prejuízo do salário.

5.3 - Banco de Horas - Economicidade e Benefícios:

O Banco de Horas é uma possibilidade admissível de compensação de horas. Entendemos que a aplicabilidade prática de compensação de horas extraordinárias no cotidiano de nossa organização como instrumento de otimização da prestação de serviços dos nossos colaboradores é uma considerável redução de custos, sendo benéfica sua implantação, acertada através de acordo Coletivo ou Convenção Coletiva ou previsto no contrato individual de trabalho.

A partir da data da assinatura Requerimento de Registro de Acordo Coletivo de Trabalho nossos colaboradores poderão prestar serviço em determinado dia ultrapassando seu horário preestabelecido, segundo legislação vigente, vindo, então, a compensar o acréscimo trabalhado.

Nesse caso, as horas extras, pré-acordadas com seu superior imediato não serão remuneradas e, posteriormente, realizada a compensação através da concessão de folgas correspondentes ao total de horas acumuladas ou estabelecer a redução da jornada de

trabalho diária até a quitação, por parte do colaborador, das horas excedentes, proporcionando aumento da produtividade individual, redução de número de faltas ou atrasos, aumento da capacidade de concentração e a redução de acidente de trabalho, possibilitar que o empregado possa programar melhor sua vida pessoal, estabelecer uma parceria entre empregador e empregado, fortalecendo o ambiente de responsabilidade e comprometimento.

Somente será realizado pagamento de horas extras depois de finalizado o período máximo para compensação. Vale ressaltar que este pagamento será do saldo das horas extraordinárias, ou seja, das horas ainda não compensadas. A cada doze meses de vigência do acordo, zera-se o saldo apurado no mês de vencimento, é recomeçado o sistema de compensação e formado um novo banco de horas para o próximo período.

O acordo de banco de horas possibilita maior economicidade, visto que uma hora trabalhada equivale a uma hora compensada, não sendo computado o adicional, diferente do que ocorre quando são realizados mensalmente o pagamento das horas extras.

5.4- Empregados desobrigados da marcação:

São aqueles assim considerados ocupantes de cargos descritos no artigo 62 da CLT, desde que tal condição seja explicitamente anotada na CTPS e na ficha ou no livro de registro do empregado.

5.5 - Programa de Controle de Absenteísmo:

O INVISA desenvolve ações a fim de diminuir o índice de absenteísmo na empresa, valida os atestados recebidos através da área de Medicina e Saúde no Trabalho, realizando assim o mapeamento das causas de afastamento do trabalho.

Em cada projeto temos um colaborador de Gestão de Pessoas de referência que acompanha todos os casos dos colaboradores com alto índice de absenteísmo. Este profissional tem como missão ouvir, conversar, acolher e encaminhar a Medicina do Trabalho para uma consulta de assistência e monitoramento do seu bem estar.

A ausência dos trabalhadores diminui a produção, o que reflete de forma negativa nos indicadores tanto de qualidade quanto financeiro da empresa.

O índice médio aceitável de absenteísmo pela OIT — Organização Internacional do Trabalho é 1,5%. No entanto, é possível reduzi-lo até quase à escala zero, buscando a eliminação de suas causas. O ideal é que os índices sejam menores do que 50%.

Com as políticas adotadas, o índice obtido nas unidades de saúde sob gestão do INVISA têm sido satisfatórios em todo o período.

As causas podem ser conhecidas ou ignoradas. As conhecidas são todas as amparadas por lei e que são justificadas ao empregador: férias, casamentos, nascimentos, óbitos e mudanças de domicílio. As ignoradas são justificadas geralmente por problemas de saúde do colaborador, e ou de seus dependentes ou de fatores aleatórios dos mais diversos.

As principais causas do absenteísmo são: Doença efetivamente comprovada e não comprovada; Razões diversas de caráter familiar; Atrasos involuntários ou por motivos de força maior; Faltas voluntárias por motivos pessoais; Dificuldades e problemas financeiros; Problemas de transporte; Baixa motivação para trabalhar; Supervisão precária da chefia; Políticas inadequadas degestão de pessoas.

Adotamos algumas medidas preventivas, destacadas a seguir:

I. Medidas preventivas orientadas para o indivíduo.

Ex.: Exames médicos periódicos, campanhas de vacinação, equipamento de proteção individualcontra os riscos ocupacionais, educação para a saúde;

II. Medidas preventivas orientadas para o ambiente de trabalho físico e psicossocial.

Ex.: Criação de um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, incentivo à participaçãona organização do trabalho e na gestão, participação no sistema de gestão de pessoas;

III. Medidas processuais, administrativas ou disciplinares.

Ex.: Perda de vencimento e/ou de prêmios de assiduidade, exames de alta feitos pelo médico dotrabalho.

5.6 - Férias, perda e pagamento:

A concessão de férias ocorrerá após o período aquisitivo de 12 meses e será negociada entre o empregado e o INVISA. Terá direito a 30 dias de férias, sem prejuízo de sua remuneração. Será pago, por ocasião das férias, um adicional correspondente a 1/3 da remuneração do período das férias até 2 dias antes do início das férias, por deposito em conta salário.

Haverá redução do período de férias sempre que o funcionário tiver mais de 5 faltas injustificadas durante o período aquisitivo. E não terá direito a férias o colaborador que no curso do período aquisitivo tiver sido afastado pelo INSS por mais de 6 meses, ainda que de formadescontinuada.

5.7- Folha de pagamento:

A folha de pagamento é fechada impreterivelmente no último dia útil do mês corrente, sendo que no dia 20 de cada mês as movimentações são encerradas para que se faça a compilação das informação que serão repassadas ao órgão pagador. O pagamento salarial se dará em uma única parcela no quinto dia útil do mês.

6- Estabilidade:

Deterão estabilidade os colaboradores descritos no artigo 10, II, b, do ADT da

Constituição Federal,artigo 118 da Lei nº 8.213/91, e demais leis no que couber.

7- Medidas Disciplinares:

Para manter a ordem e a disciplina no ambiente de trabalho, na forma do artigo 482 da CLT, o INVISA possui a a faculdade de aplicar penalidades disciplinares, sempre respeitando os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, contida nos Princípios do Direito material e processual do Trabalho.

8- Cargos e salários:

A Política de cargos e Salários se propõe a regulamentar e especificar com clareza os critérios necessários e específico para ascensão profissional de seus colaboradores, alinhando as responsabilidades aos salários, de acordo com suas aptidões e desempenho, através de uma política eficaz nas relações entre os cargos e salário da estrutura institucional dentro do INVISA.

Devemos observar que cada cargo possui sua remuneração estabelecida, de acor do com as responsabilidade e qualificações para o desempenho eficaz da função. Os salários devem observar os descritos no Edital, com o objetivo de preservar o equilíbrio orçamentário.

9- Benefícios e vantagens:

Os funcionários, no que couber, receberão vale transporte (conforme legislação específica vigente), cujo formulário de opção encontra-se disponível no Departamento Pessoal de Gestão de empregados.

Receberão ainda refeição local, na forma estabelecida pela Secretaria de Saúde, no Edital. Já os funcionários da sede, o custei da despesa de alimentação se dará por vale refeição, disponibilizado o valor diário proporcional aos funcionários lotados no Complexo da Penha.

10 - Cadastramento no CNES

Todos os colaboradores serão, obrigatoriamente, registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) no momento do seu ingresso em nossa instituição e o cadastro será atualizado com todas as movimentações dos colaboradores dentro da frequência acordada.

Em consonância com as regras colocadas no presente edital, o INVISA participará da gestão do CNES das unidades, em parceria com, que determinar as atribuições da Organização Social, com a qual estabelecerá o fluxo de informação dos estabelecimentos de saúde instalados em território. O cadastro será acompanhado em conjunto como gestor local. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento terão o formulário preenchido, assinado e arquivado em meio magnético por no mínimo 5 anos, assim como

as movimentações que possam ocorrer.

As regras de padronização colocada para o cadastramento dos profissionais contratados pelas OSS no CNES seguirá a colocada no edital: Vinculação: 02 - autônomo, Tipo: 01 - Intermediado por Organização Social, Subtipo: 00 - sem subtipo.

A Organização Social cumprirá as regras de restrição como colocado:

Será vedado o cadastramento no CNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Os profissionais médicos terão sua situação junto ao Conselho de Classe (CRM) verificadas na base dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

10- Rescisão contratual:

Comunicado da sua rescisão contratual, o colaborador poderá cumprir o aviso prévio de forma trabalhada ou indenizada, ficando a critério do INVISA tal modalidade, na forma do artigo 487 e demais da CLT.

O prazo para quitação da rescisao contratual é aquele contido no artigo 477 da CLT.

> XXI – Salarios e Remuneração: É estabelecida conforme salário e remuneração pagas no mercado de trabalho para os cargos e responsabilidade semelhantes, na mesma área geográfica e jornada de trabalho, observando sempre as leis trabalhistas e normas coletivas vigentes. Leva também em consideração a capacidade financeira da instituição, para fins e preservação de equilíbrio orçamentário da Instituição. Neste caso específico, utilizaremos os salarios e remunerações descritos no presente edital.

O plano de cargos e salários tem como objetivo o reconhecimento do mérito, capacitação profissional e desempenho dos colaboradores. Os incentivos à carreira e sucessão ocorrerão de acordo com a análise de Avaliação de desempenho do colaborador e da vaga e poderá ocorrer em pelo menos 2 vezes ao ano, para cada cargo e função, se assim for necessário.

A Política de RH auxiliará a Direção e/ou chefia imediata no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com suas especificidades, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais.

O processo de Gestão de Pessoas é dinâmico e por isso sempre deverá observar as estruturas dos cargos, o incentivo ao desempenho e a melhoria na carreira e remuneração.

A composição da remuneração poderá ocorrer da seguinte forma:

- Remuneração fixa: normalmente para cargos de chefia como gerentes, coordenadores e líderes. A parcela será fixa como gratificação de função, paga mensalmente com objetivo de remunerar o serviço de cada membro.

-Remuneração variável: baseada no desempenho com o objetivo de engajar os conselhos visando o futuro da Instituição.

Essa politica se alinha aos interesses, missão e objetivos da Instituição, referente à politicas de RH como programa de desenvolvimento humano, técnico e gerencial.

11- Das Disposições Gerais:

Todos os colaboradores e terceirizados deverão portar identificação e estar uniformizados quando do exercicio de suas atividades.

Os colaboradores exercentes de cargos de chefia (gerentes, coordenadores, supervisores, etc..) poderão ser convocados para promover a formação dos residentes profissionais de saúde.

Essas disposições poderão ser substituída ou sofrer alterações, sempre que a Instituição julgar necessário, entretanto, observando a legislação vigente.

12 – Do Contrato de Trabalho

O INVISA utiliza-se as pósmodalidades do contrato de trabalho regidas pela Consolidação das

Leis do Trabalho (CLT) e demais leis esparças como Convenção Coletiva de Trabalho, Lei Estaduais e Federais de cargos e salarios, e demais normas trabalhistas inerentes às funções dos colaboradores admitidos.

Os tipos de contratos são os seguintes:

I -Contrato de Experiência:

Modalidade de contrato por prazo determinado, cuja função é avaliar se o colaborador tem aptidão necessária para a função para qual o mesmo fora contratada. Conforme art. 445 da CLT, não poderá exceder 90 dias. Nesta modalidade, constará a função/cargo e seu respectivo CBO, salario/remuneração, local/setor, o prazo, a prorrogação (se for o caso) e a jornada de trabalho será informada e acertada com o seu superior, e posterior cadas tramento da digital biometrica com a jornada de trabalho já acertada.

Após o periodo, o responsável tecnico (gestor) decidirá sobre a continuidade ou não do contrato de trabalho, que poderá passar a vigorá por prazo inderterminado, mediante avaliação de experi ência (dentro do periodo de 90 dias), com base nos seguintes critérios (conforme documento abaixo apresentado):

-Compromisso e alinhamento organizacional;

-Adaptabilidade;

-Relacionamento;

-Estabilidade emocional;

-Foco nas necessidades do cliente;

-Aprendizagem;

-Conhecimento;

-Aplicabilidade

II-Contrato por Prazo Inderterminado:

Após o periodo do contrato de experiência definido por escrito, o contrato individual de trabalho passará a vigorar, de forma intermitente e indeterminada, havendo a convers ão por prazo inderterminado, mantendo todas as informações já firmadas. Firma-se, portanto, o vinculo empregaticio e seus direitos constantes no artio 7° da Constituição Federal.

III- Contrato por Prazo Determinado:

O contrato de trabalho por Determinado é regido pelo artigo 443, §1° e seguintes obedecendo os critérios ali estabelecidos, como definição de periodo de início e fim, a duração máxima de até dois anos, e para atividade de natureza transitória.

IV- Contrato Pessoa Jurídica:

Poderá o INVISA também realizar contrato de trabalho com pessoa jurídica, em caso de atividades pontuais, a critério da direção do instituto/jurídico. Tudo regido pelas diretrizes e principios do Direito Público.

13– Da Avaliação de Desempenho Individual

A Política de Avaliação de Desempenho tem como referencial básico a definição de critérios pré- estabelecidos a serem utilizados de forma a minimizar a subjetividade na análise dos superiores hierárquicos sobre o desempenho de seus colaboradores.

O Programa de Acompanhamento e Avaliação de Desempenho é uma ferramente que permite identificar aspectos de natureza interpessoal, organizacional, ambiental que influenciam no desempenho dos colaboradores. Permite identificar talentos por desempenho alcançado e diferenciado e promover a progressão por mérito. Auxilia na identificação das competências e potencialidades, necessidades de treinamento e/ou aperfeiçoamento e estabelecer metas e novas conquistas com base nos objetivos organizacionais.

As avaliações serão realizadas anualmente de maneira que possam ser obtidos os índices alcançados pela Instituição através das suas áreas, para as metas estabelecidas no Programa de Acompanhamento e Avaliação de Desempenho em períodos distintos, tanto para períodos

iniciais, no âmbito do contrato de experiência, quanto avaliação anual, abarcando a produção administrativa e assistencial, diferenciada em suas especificidades técnicas, vejamos: 45 dias, 90 dias e anualmente. Por fim, é importante ressaltar que essa ferramenta oferece, tanto para a Instituição quanto aos colaboradores, informações que permitem organizar e incentivar o desenvolvimento pessoal e profissional do colaborador e possibilita que haja a administração de diferentes necessidades estratégicas, com o próprio potencial humano já disponível, auxiliando ao RH na identificação do perfil comportamental dos colaboradores, oferecendo ao trabalhador como o seu desempenho é observado pelo seu superior hierárquico.

14.–Manual DoColaborador

APRESENTAÇÃO 03
NOSSA HISTÓRIA 04
NOSSA MISSÃO E VALORES 05
RESPONSABILIDADES DOS COLABORADORES 06
DEVERES DOS COLABORADORES 04
COLABORADORES EM REGIMES DE PLANTÃO 10
FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇO 12
AMBIENTE DE TRABALHO 13
PRIVACIDADE DAS INFORMAÇÕES 14
CONDUTAS GERAIS 15
RELACIONAMENTO COM TERCEIROS 23
GOVERNO E AGENTES PÚBLICOS 26
FABRICANTES E DISTRIBUIDORES 27
SOCIEDADE E MEIO AMBIENTE 28
FISCALIZAÇÃO DO MANUAL 29
TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMETIMENTO 30

O Instituto Vida e Saúde - INVISA gostaria de dar-lhes as boas-vindas, afinal, a partir de hoje, vocês fazem parte dessa equipe de colaboradores e queremos que saibam que cada um de vocês tem o papel essencial para a construção da nossa história.

O Manual de Conduta Ética e Compliance do INVISA tem por objetivo fomentar um ambiente de trabalho íntegro, assegurando o mais alto nível de ética nas atividades, visando sempre o cumprimento das legislações e regulamentos aplicáveis as atividades desenvolvidas, bem como fornecer informações com relação a orientações, serviços, direitos e deveres que devem ser seguidos durante a realização das suas atividades dentro desta Instituição.

O Manual de Conduta Ética e Compliance do INVISA baseia-se em princípios norteadores e está estruturado em elementos fundamentais para o seu adequado funcionamento.

O Manual de Conduta Ética e Compliance do INVISA segue as determinações da Lei Federal n. 12.846/13, regulamentada pelo Decreto n. 8.420/15, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a Administração Pública, nacional ou estrangeira.

O Manual de Conduta Ética e Compliance do INVISA integra o Programa de Integridade da Entidade, que constitui um conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes com objetivo de detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados pelos colaboradores, administradores, conselheiros e alta direção.

O Instituto Vida e Saúde - INVISA é uma entidade de direito privado sem fins lucrativos, legalmente habilitada após rigorosa qualificação especial junto ao Poder Público, com autonomia administrativa e financeira, podendo firmar Contratos de Gestão, Termos de Parceria, Termos de Cooperação, Termos de Fomento e Termos de Colaboração com a Administração Pública para o desenvolvimento de diversos projetos na área de saúde, assistência social, esporte, meio ambiente, educação e cultura.

Com bases sólidas, o Instituto Vida e Saúde – INVISA – vem, desde 2003, desenvolvendo, em parceria com diversos Municípios e Estados, atividades complementares, criando soluções criativas e inovadoras para a Promoção do bem-estar social e do desenvolvimento sustentável, proporcionando a utilização eficiente dos recursos públicos recebidos, com o desenvolvimento e aperfeiçoamento das atividades nas seguintes áreas:

- Assistência Social
- Educação
- Saúde
- Segurança alimentar e nutricional
- Incentivo à novos modelos sócio-produtivos
- Defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável
- Construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar
- Desenvolvimento, aperfeiçoamento e autorização das atividades públicas
- Voluntariado
- Desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza
- Incentivo à ética, paz, cidadania, direitos humanos, democracia e outros valores universais

Eu, _____ (Matrícula: _____), recebi o Manual de Conduta Ética e Compliance do Instituto Vida e Saúde – INVISA, cujo propósito é esclarecer as políticas da empresa e os padrões de comportamento esperados de seus colaboradores.

Comprometo-me a cumpri-los integralmente, dar ciência do não cumprimento dos demais colaboradores e em caso de dúvidas, consultar meus superiores ou o departamento de Recursos Humanos.

Li e compreendi.

_____

Nome em letra de forma

_____

Assinatura do Colaborador

_____, _____ de _____ de _____

GESTÃO DO MANUAL DE CONDUTA ÉTICA

O Comitê de Ética Institucional da Entidade, aprovado pelo Conselho de Administração em Reunião Extraordinária realizada em 12/12/2016, é composto da seguinte forma:

- Diretor Geral;
- Representante do Departamento Jurídico
- Representante do Departamento de Recursos Humanos
- Colaborador escolhido pela Entidade.

Cabem ao Comitê de Ética Institucional da Entidade as seguintes atribuições.

- Avaliar permanentemente a atualidade e pertinência deste Manual de Conduta Ética e Compliance, bem como determinar as ações necessárias para a divulgação e disseminação dos padrões de conduta ética dentro da Entidade
- Avaliar os casos de violação ao Manual de Conduta Ética e Compliance e deliberar sobre dúvidas na sua interpretação.
- Recomendar soluções eficazes e oportunas aos conflitos éticos que surgirem.

DENÚNCIAS E ENCAMINHAMENTO DAS VIOLAÇÕES

Todos que se relacionam com a Entidade devem comunicar as violações ou possíveis violações às diretrizes deste Manual de Conduta Ética e Compliance por meio do Canal de Denúncias, através do e-mail denuncia@invisa.org.br ou compliance@invisa.org.br ou pelo telefone (22) 3851-2901.

Os relatos poderão ser feitos de forma anônima, caso o denunciante opte por não se identificar.

MISSÃO

O Instituto Vida e Saúde - INVISA tem como missão oferecer serviços de excelência e de qualidade no âmbito da saúde e demais programas assistenciais, proporcionando a população assistida por nossos serviços uma maior qualidade de vida e de bem estar.

Com um trabalho de qualidade e profissionalismo de todos, prima sempre pelo respeito aos beneficiários dos Projetos e pela excelência na gestão dos serviços e a satisfação dos usuários, bem como a melhor aplicação dos recursos públicos recebidos, como determina a Constituição Federal e as Leis Estaduais sobre a matéria.

VALORES

Honestidade: lidar com a realidade como ela é e honrar os compromissos.

Verdade: buscar sempre a transparência, o rigor das informações dos pacientes e a informação precisa e verdadeira a todas as pessoas.

Integridade: coerência entre os valores e as ações.

Diligência: zelo e cuidado em todas as tarefas que são executadas.

Justiça: não discriminar as pessoas sob qualquer forma, seja por raça ou etnia, idade, sexo, religião, filosofia, capacidade física ou intelectual, origem socioeconômica, orientação sexual, saúde mental ou física, atributos genéticos, comportamentos, atratividade, local de origem, valores culturais ou posição política.

Altruísmo: preocupação com o bem-estar dos outros, sem esperar recompensa.

Autonomia: capacidade de fazer escolhas e conduzir suas próprias ações.

Profissionalismo: desempenhar nossas atividades de forma correta e profissional, dentro das condutas e procedimentos estabelecidos.

Trabalho em equipe: cooperação para atingir as metas e os objetivos.

As diretrizes contidas neste Manual de Conduta Ética e Compliance devem ser observadas por todos os colaboradores no desempenho de suas funções na Entidade.

São considerados colaboradores, conselheiros, diretores, funcionários, estagiários e voluntários.

Devem também seguir este Manual de Conduta Ética e Compliance todos os profissionais que, de alguma forma, mantenham relacionamento com a Entidade, ou seja, prestadores de serviços, fornecedores, autônomos e bolsistas envolvidos na prestação de serviços à Entidade ou em seu nome.

Todos os colaboradores e profissionais devem:

• Zelar pela imagem e reputação da Entidade;

• Servir à sociedade, aos seus pacientes e usuários com prontidão, competência e profissionalismo, assegurando o melhor de suas habilidades na execução das tarefas;

• Assegurar o cumprimento de leis, regulamentos, políticas e procedimentos em sua área de responsabilidade;

• Buscar, sempre que necessário, apoio e orientação de seus líderes imediatos e/ou das áreas corporativas da Entidade, tais como Coordenação Técnica, Departamento Jurídico e Departamento de Recursos Humanos, para a solução de dúvidas e entendimentos das leis e políticas que devem ser cumpridas;

• Cumprir e fazer cumprir as diretrizes deste Manual de Conduta Ética e Compliance;

• Comunicar qualquer violação do Manual de Conduta Ética e Compliance;

• Cooperar com processos internos e externos de apuração que visem elucidar eventos relacionados à sua atividade profissional ou sobre os quais tenha conhecimento.

Além disso, todos os colaboradores e profissionais, especialmente os que praticam a medicina e assistência à saúde, devem seguir os seguintes princípios:

• **Segurança do Paciente:** evitar que a assistência prestada cause danos ao paciente.

• **Efetividade:** prover serviços adequados àqueles que deles se beneficiarão.

• **Assistência focada no paciente:** prover assistência que atenda e respeite as preferências, necessidades e valores dos pacientes.

• **Assistência no tempo adequado:** reduzir os atrasos, por vezes prejudiciais, daqueles que prestam os cuidados, evitando que isso aumente o tempo de espera daqueles que os recebem.

• **Eficiência e uso responsável dos recursos:** evitar desperdícios e mau uso de suprimentos, equipamentos, tecnologias, recursos naturais, etc.

• **Equidade:** respeito à igualdade de direito de cada um, provendo assistência cuja qualidade não varie em função de características pessoais.

• **Privacidade e sigilo das informações médicas de pacientes:** sejam elas providas diretamente pelo paciente ou obtidas em decorrência de documentação fornecida pela Entidade para trâmites de procedimentos assistenciais ou auditoria de contas.

RELACIONAMENTO COM A SOCIEDADE E O MEIO AMBIENTE

A Entidade está comprometida com o desenvolvimento sustentável e adota os seguintes princípios:

• Agir de forma preventiva em relação a potenciais riscos ao meio ambiente e à saúde e segurança das pessoas, evitando desperdícios e atitudes fora dos padrões de segurança;

• Dar preferência ao uso e consumo de produtos e serviços socioambientalmente responsáveis, levando em conta todo o ciclo de vida dos produtos e as condições de trabalho oferecidas por toda a cadeia de fornecimento;

• Reduzir, reutilizar e reciclar materiais e produtos e, quando isso for possível, efetuar o descarte adequado dos resíduos;

• Promover a inclusão social, valorizando a diversidade humana e incentivando a educação para o desenvolvimento humano e comunitário.

RELACIONAMENTO COM FABRICANTES E DISTRIBUIDORES DE MATERIAIS MÉDICOS E MEDICAMENTOS

O relacionamento dos colaboradores e profissionais da Entidade com a indústria de materiais e medicamentos deve ser baseado na troca de informações que auxiliem o desenvolvimento permanente da assistência médica e farmacêutica, contribuindo para que os pacientes tenham acesso a terapias eficientes e seguras, por meio da transparência na exposição de vantagens e riscos de produtos e soluções.

São vedadas ações promocionais de materiais médicos e medicamentos nas instalações da Entidade ou nos estabelecimentos por ela administrados, bem como aos médicos, colaboradores e pesquisadores, sempre que estiverem a serviço da Entidade.

Estudantes dos cursos de medicina também não poderão ser abordados para fins de propaganda de medicamentos e produtos.

INTEGRIDADE NOS PROCESSOS DE COMPRAS

Os processos de compras e suprimentos são norteados por práticas leais de mercado e pelo atendimento às leis que regulam a concorrência.

São garantidas oportunidades transparentes e equitativas aos fornecedores e prestadores de serviços.

A escolha e contratação dos fornecedores e prestadores de serviços são feitas a partir de critérios técnicos e éticos.

Os processos de compra são devidamente documentados, conforme Regulamento Próprio de Aquisição de Bens e Serviços, por meio de políticas e procedimentos, visando garantir o nível de serviço prestado a um custo justo.

Os fornecedores e prestadores de serviços da Entidade devem estar comprometidos com as políticas e procedimentos da Entidade e respeitar este Manual de Conduta Ética e Compliance, agindo de acordo com as normas que regulam o setor de saúde, a segurança e o ambiente de trabalho, o respeito à privacidade e ao tratamento de informações confidenciais, e com as leis da concorrência e anticorrupção.

São deveres dos colaboradores previstos neste Manual de Conduta Ética e Compliance:

• Não criticar e/ou desqualificar nossos serviços. Nossa imagem é a extensão dos serviços que você presta aqui dentro;

• Não demonstrar falta de comprometimento com a Entidade e seus colegas;

• Evitar brincadeiras de duplo sentido, procurar utilizar seu melhor vocabulário, não usar palavras de baixo calão;

• Zelar pelos equipamentos e materiais da instituição de maneira a se evitar acidentes, perdas, estragos e prejuízos;

• Zelar pela utilização dos carros, bandejas, mesas e computadores, fazendo com que sempre estejam limpos;

• Cumprir rigorosamente seu horário de trabalho;

• Manter um bom relacionamento com os demais colaboradores, evitando discussões e conflitos durante a jornada de trabalho;

• Respeitar o espaço dos colegas em áreas compartilhadas, adequando o volume de voz, o vocabulário e os assuntos ao ambiente corporativo;

• Preservar a ordem e a limpeza em sua mesa, armários e em todos os recintos da instituição principalmente aqueles que são de uso comum como banheiros, copas, escadas e corredores;

• Estar aberto a novas ideias e rotinas de trabalho apresentadas pela instituição;

• Utilizar seu potencial, descobrindo alternativas que aprimorem seu trabalho, e compartilhar com seu superior imediato sempre que surgir uma ideia que possa contribuir com o desenvolvimento da sua área de trabalho;

• A instituição possui normas rígidas para quem cometer algum delito/furto, portanto, trabalhe com responsabilidade;

• Esteja atento e seja cordial com todos;

• Tratar os usuários e pacientes com total formalidade, evitando expressões como "querida", "meu amor", "meu bem", "benzinho", etc;

• Pratique expressões polidas como "por favor", "obrigado", "com licença", "senhor", "senhora";

• Os colaboradores NÃO estão autorizados a receber correspondências pessoais em seu local de trabalho;

• Não realizar ações/atitudes que acarretem ganho pessoal que possa conflitar com as atividades, interesses e imagem da empresa, bem como exercer qualquer outra atividade que conflite com seu horário de trabalho.

• Não trabalhar sob efeito de bebidas alcoólicas ou drogas ilegais durante a jornada e/ou no ambiente de trabalho.

• Evitar atitudes que não contribuem para um clima saudável de trabalho, como desqualificar ou humilhar colegas, subordinados, autoridades ou usuários de nossos serviços com piadas ofensivas, insultos ou insinuações vexatórias.

• Não manifestar qualquer tipo de discriminação (raça, cor, idade, sexo, orientação sexual, religião, incapacidade física ou mental, preceitos étnicos, condição sociocultural, nacionalidade ou estado civil) dirigida a qualquer pessoa.

• Não será admitido nenhum tipo de assédio moral ou sexual, nem qualquer conduta que afete negativamente o desempenho do trabalho, que denigra a dignidade de qualquer pessoa ou gere um ambiente de trabalho intimidador, hostil ou ofensivo.

• É expressamente proibido a utilização de máquinas fotográficas, celulares com câmeras e/ou outros aparelhos eletrônicos com esta finalidade, bem como a veiculação de imagens de paciente e/ou da Instituição sem autorização prévia.

• É de responsabilidade dos colaboradores estarem atentos às normas e procedimentos para a realização de suas atividades profissionais, preservando sua integridade física e de seus colegas.

RELACIONAMENTO COM GOVERNO E AGENTES PÚBLICOS

A Entidade tem absoluta neutralidade política e não faz contribuições, sob qualquer forma, a partidos ou organizações políticas ou a candidatos a cargos eletivos.

A expressão "agente público", de maneira geral, inclui gestores ou colaboradores, de qualquer nível, de entidades governamentais, candidatos a cargos públicos, gestores e funcionários de partidos políticos e partidos políticos.

Nenhum colaborador ou profissional poderá, direta ou indiretamente, oferecer, prometer, conceder ou autorizar a entrega de valores monetários ou outros recursos a um agente público.

É vedada a obtenção de qualquer vantagem ao INVISA, seus colaboradores ou parceiros, em razão de eventual relacionamento pessoal ou afetivo existente entre colaboradores da entidade e agentes públicos. Os colaboradores jamais devem obter, mencionar ou insinuar que decisões ou atos favoráveis ao INVISA decorrem de qualquer tipo de relacionamento privilegiado e/ou escuso entre agentes públicos e colaboradores da entidade.

O relacionamento entre colaboradores do INVISA e os agentes e autoridades públicas deve se dar de forma oficial, profissional e ética, zelando-se a prática de condutas dignas e/ou morais. Nesse sentido, toda e qualquer reunião ou contato entre colaboradores da entidade e autoridades públicas deve ocorrer de forma pública e transparente, mediante a devida oficialização e registro das reuniões. A pauta deve sempre ser composta por questões técnicas relacionadas à lícita defesa dos interesses do INVISA.

A gestão de verbas públicas deve ser feita com completa transparência e lisura e os registros de todas as transações devem ser feitos de forma apropriada e completa e disponibilizados para fins de prestação de contas, conforme legislação em vigor.

É vedado aceitar convites para eventos esportivos ou de entretenimento.

CONCORRÊNCIA

A Entidade defende a liberdade de mercado e de iniciativa e compete, com justiça e ética, dentro das leis em vigor.

As decisões sobre política de preços, de participar ou não de atividades e de competir ou não são tomadas exclusivamente pela Entidade e de acordo com critérios técnicos e legais.

DOAÇÕES E PATROCÍNIOS

A Entidade não realiza nenhum tipo de doação ou patrocínio em valores.

As doações recebidas devem ser gerenciadas pela Entidade, que manterá os registros dos valores recebidos de forma apropriada e com todas as informações necessárias para fins de prestação de contas.

É vedado qualquer benefício ao doador que não esteja devidamente expresso no termo de doação.

Qualquer colaborador, conselheiro ou voluntário que seja abordado por entidades ou pessoas interessadas em oferecer doações ou patrocínios à Entidade deve direcionar a solicitação para a Diretoria da Entidade.

TROCA DE PLANTÕES

Estabelecer que a prática de troca de plantões, de todos os profissionais que integram o corpo do quadro de funcionários do Instituto Vida e Saúde – INVISA - deverão observar aos preceitos deste Manual.

1. Somente será permitida a troca de plantões quando ambos os profissionais integrarem, por vínculo trabalhista, os quadros de pessoal da INVISA, sendo vedado qualquer tipo de troca com contratados ou conveniados pelo Ente Público Parceiro.

2. A troca de plantões, uma vez acordada entre os profissionais interessados, será formalizada observados os seguintes critérios:

a) Deverá ser solicitada, com no máximo 72 (setenta e duas) horas de antecedência ao Coordenador de RH ou Diretor da Unidade que se pretenda efetuar a troca.
b) A notificação será através de preenchimento de comunicação de troca de plantão.

3. Para os efeitos deste Manual, observando o disposto a legislação vigente, somente serão validadas trocas de plantões que permitam ao profissional substituto ou substituído, período mínimo de descanso de 12 (doze) horas entre jornadas, de maneira que seja assegurado ao profissional plantonista ou diarista o início de uma nova jornada de trabalho, somente após 12 (doze) horas do término da última jornada trabalhada.

4. As trocas serão permitidas apenas entre funcionários que possuem a mesma carga horária ou que compartilhem da mesma escala de trabalho.

5. É proibido ao funcionário efetuar trocas de plantões consigo mesmo, ou seja, efetuar a troca da troca.

6. É proibido ao funcionário efetuar trocas consecutivas de plantão.

7. Não poderão haver trocas entre plantonistas e diaristas que são RT/RN (serviço diurno/serviço noturno) consecutivamente.

8. Observando os artigos 3, 4, 5, 6 e 7 deste Manual, serão permitidas apenas 03 (três) trocas de plantões entre funcionários mensalmente.

9. As trocas efetuadas deverão ser compensadas dentro do próprio mês competente, sob pena do funcionário receber falta pelo dia não trabalhado.

10. Incorrerá, conforme o caso, em ilícito penal, trabalhista, cível ou ético a serem processados na forma da legislação vigente, o profissional plantonista ou diarista que proceder a prática de troca fora das condições legais ou determinadas por este Instituto, vindo a causar qualquer tipo de prejuízo, sendo ao Instituto, sendo a pacientes que ficarão desassistidos.

11. Responderá solidariamente, nas mesmas práticas descritas no caput deste artigo, o Diretor da Unidade, o Coordenador de Setor ou o Coordenador de RH do Plantão que, direta ou indiretamente, de maneira permissiva ou omissiva, contribuírem para a sua realização.

FALTAS

Serão abonadas as faltas, desde que devidamente comprovadas através de documentos, além daquelas já descritas pela CLT, na seguinte hipótese:

a) Licença para acompanhamento escolar do filho 01 (uma) vez a cada semestre.

Não serão abonadas as seguintes faltas:

a) Participação em cursos, graduação e similares;

b) Participação em pós-graduações, mestrados e doutorados;

c) Participações em quaisquer eventos, conferências e palestras não vinculados ou não permitidos previamente pela Diretoria de Coordenação do INVISA.

As faltas injustificadas ensejam o desconto do dia respectivo na remuneração do colaborador. E, no caso, dos colaboradores em regime de plantão o total de horas/dias a serem descontadas serão contados conforme demonstra a tabela abaixo:

Regime de plantão	Nº de faltas injustificadas de plantões	Total de horas descontadas
12x36	01	12+36 = 48h (02 dias)
12x60	01	12+60 = 72h (03 dias)
24x48	01	24+48 = 72h (03 dias)
24x72	01	24+72 = 96h (04 dias)
24x144	01	24+144 = 168h (07 dias)

Não serão justificadas as faltas dos funcionários que não registrarem o ponto no início da jornada do trabalho, sendo estes biométricos ou através de cartão, em nenhuma hipótese.

É de responsabilidade do colaborador conferir a escala e o local de trabalho, bem como registrar seu ponto.

O mesmo vale para os funcionários que praticarem plantão extra.

Não será aceita justificativa de abono por faltas anteriores. Ou seja, as justificativas deverão ser entregues até o dia 21 (vinte e um) de cada mês junto com o fechamento do ponto para a coordenadoria de RH.

PASSAGEM DE PLANTÃO

É obrigatório que os profissionais efetuem a passagem de plantão com o próximo funcionário a ingressar na jornada de trabalho, sob pena de advertência.

CONFLITO DE INTERESSES

Conflito de interesses é toda situação na qual um colaborador ou profissional, cônjuge, filho ou parente próximo possua interesses profissionais ou pessoais que tornem difícil o cumprimento, com imparcialidade, por parte do colaborador, das suas obrigações com a Entidade, ainda que também ele auferira vantagem resulte dele.

São exemplos, sem a exclusão de outras hipóteses:

- Utilizar as instalações, os equipamentos ou qualquer outro recurso ou direito para seu benefício pessoal ou de terceiros.
- Usar informações privilegiadas, obtidas em função de sua posição na Entidade, para benefício pessoal ou ganho indireto.
- Utilizar tempo que contratualmente deveria ser dedicado à Entidade para fins particulares, interesses que sejam científicos ou acadêmicos.
- Estabelecer ou manter relação de sociedade, formal ou informal, com fornecedores ou concorrentes.
- Contratar ou influenciar na contratação de fornecimento de bens ou serviços, ou sob a forma de empresa de familiares ou de empresas de propriedade de familiares ou que nelas trabalhem familiares até o 3º grau, incluindo os por consanguinidade.
- Relação de subordinação entre familiares (por exemplo: marido e esposa, pai e filho) ou familiares até o 3º grau não é admitida.

Sempre que não houver clareza ou certeza quanto à existência ou não de um potencial conflito de interesses, deve-se declará-lo para análise da área de Compliance e do gestor imediato.

Todos os colaboradores e profissionais da Entidade deverão preencher, anualmente, a Declaração Anual de Potencial Conflito de Interesses, na qual deverão ser declarados vínculos com empresas de saúde, com o setor público, recebimento de bolsas de ensino, dentre outros.

Esta declaração tem caráter informativo e as respostas serão analisadas pela área de Compliance, em conjunto com o gestor do colaborador/profissional.

FRAUDE E CORRUPÇÃO

Não serão tolerados quaisquer atos lesivos à Administração Pública, nacional ou estrangeira, ou a qualquer outra entidade ou indivíduo com os quais a Entidade mantenha vínculos comerciais ou de parceria.

Colaboradores e profissionais da Entidade não poderão participar, incentivar ou aceitar qualquer atividade que envolva fraude, corrupção, suborno ou sonegação fiscal.

A Entidade e seus colaboradores e profissionais não poderão nem oferecerão pagamentos a representantes governamentais, funcionários públicos, candidatos a cargos públicos ou outras entidades ou indivíduos como forma de obtenção ou manutenção de suas atividades.

A Entidade tem uma posição clara com relação à corrupção, oferecer, pagar, solicitar ou aceitar favores, direta ou indiretamente, sob qualquer forma, é inaceitável.

Qualquer possível ato de corrupção ativa ou passiva de que se tenha conhecimento deverá ser imediatamente comunicado.

BRINDES E GRATIFICAÇÕES

O recebimento ou pagamento de brindes e gratificações deve ser sempre evitado.

Brindes distribuídos a título de cortesia, propaganda, divulgação habitual ou por ocasião de eventos especiais ou datas comemorativas podem ser recebidos, desde que não ultrapassem o valor nominal de R$ 150,00 (cem reais) por brinde.

Valores em dinheiro, a título de gratificação (por exemplo, gorjetas), não podem ser aceitos.

Em caso de dúvidas sobre qual deve ser a conduta mais correta a adotar, o colaborador deve procurar ajuda de seu superior ou do departamento de Recursos Humanos.

MOBILIÁRIOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DIVERSOS

Os mobiliários, equipamentos e materiais diversos próprios ou cedidos a Entidade devem ser utilizados exclusivamente para as suas finalidades.

Os mobiliários, equipamentos e materiais diversos próprios ou cedidos a Entidade são confiados aos colaboradores, que são responsáveis por sua salvaguarda e uso apropriado na execução de suas tarefas. A salvaguarda envolve proteção contra o desperdício, perda, danos, mau uso, furto ou abuso.

COMUNICAÇÃO E DECLARAÇÕES À IMPRENSA

Declarações à imprensa serão feitas exclusivamente por representantes autorizados, com a prévia aprovação da Diretoria Geral da Entidade e com o envolvimento da Assessoria de Imprensa.

A Entidade mantém diálogo aberto e sistemático com suas partes interessadas e se compromete a transmitir as informações necessárias com transparência e veracidade.

Informações sobre os serviços prestados devem ser verdadeiras, completas, atualizadas e, sempre que aplicável e necessário, sustentadas por evidências científicas, promovendo uma interlocução ética e confiável com suas partes interessadas.

PROTEÇÃO DA MARCA E PROPRIEDADE INTELECTUAL

A marca da Entidade e o conhecimento produzido internamente no desenvolvimento de suas atividades ou em parceria são patrimônios institucionais e devem ser sempre protegidos por todos a quem este Manual de Conduta Ética se aplica.

A propriedade intelectual da Entidade diz respeito ao seu direito de proteção às ideias e criações desenvolvidas internamente ou em parceria e inclui sua marca, patentes, direitos autorais, registro de software, etc.

Deve-se proteger a marca e a propriedade intelectual da Entidade de mau uso, desvios ou utilização para benefícios pessoais. O mesmo cuidado e respeito deve ser observado com relação à propriedade intelectual de terceiros.

OFÍCIOS, COMUNICAÇÕES INTERNAS, DECLARAÇÕES E DEMAIS DOCUMENTOS

Todos os documentos produzidos por nossos colaboradores para realizar respostas, explicações e prestar informações de qualquer natureza devem ser, primeiramente e em prazo hábil, encaminhados à Entidade para aprovação.

Ofícios: devem ser encaminhados ao Departamento Jurídico da Entidade para análise e aprovação do texto;

Comunicação Interna: deve ser encaminhada ao superior imediato para aprovação do texto;

Declarações (de qualquer natureza): devem ser encaminhadas ao Departamento Jurídico da Entidade para análise e aprovação do texto;

Demais documentos: devem ser encaminhados à Diretoria da Entidade para análise e aprovação do texto;

É vedado à qualquer colaborador produzir documentos em nome da Entidade sem prévia autorização.

RELACIONAMENTO

Como forma de incentivar um ambiente justo e comprometido com o desenvolvimento sustentável, a Entidade exigirá de seus fornecedores e prestadores de serviços que estejam alinhados com os valores éticos explicitados neste Manual de Conduta Ética e Compliance.

O relacionamento entre a Entidade e seus fornecedores e prestadores de serviços deverão acontecer sempre no âmbito institucional, devendo ser evitados contatos que visem interesses particulares e pessoais ou que não estejam previstos em contrato formalmente assinado pelas partes.

Todas as condições contratuais devem ser explicitadas, documentadas e cumpridas de acordo com a legislação vigente e com as práticas leais de mercado.

O Instituto Vida e Saúde – INVISA – promoverá um ambiente de trabalho seguro e adotará ações para proteger seus colaboradores e profissionais, prevenindo riscos inerentes ao trabalho.

É esperado que todos os colaboradores e profissionais relatem quaisquer preocupação e/ou violações às regras de segurança.

Todos os colaboradores e profissionais devem ser tratados com respeito e dignidade e ter oportunidade de crescimento profissional. Não é permitida nenhuma forma de trabalho forçado, infantil ou compulsório, discriminação, ameaça, coerção, abuso ou assédio no ambiente de trabalho.

Leis que garantam a liberdade de associação, privacidade, acordos coletivos, jornadas de trabalho e remuneração devem ser sempre respeitadas.

É permitido colaboradores e profissionais participem do processo político democrático, desde que fora do horário de trabalho. É, porém, vedado fazer campanhas políticas ou solicitar contribuições de recursos nas instalações da Entidade ou de outros estabelecimentos por ela administrados, bem como usar os bens ou recursos da Entidade para esses fins.

Ao ingressar à Instituição haverá um período de experiência, o qual não poderá exceder o prazo de 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogado uma vez, respeitando o limite máximo de 90 (noventa) dias, variando de caso a caso.

Em caso de desligamento, devem ser devolvidos: uniformes, telefones, crachás e demais ferramentas de trabalho, devendo estar em perfeito funcionamento e condições de utilização.

CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS E DE IMAGEM

Os locais de trabalho poderão possuir câmeras de circuito interno por questões de segurança patrimonial e o colaborador deve estar ciente de que suas imagens serão gravadas diariamente. Da mesma forma, o colaborador que participar de eventos realizados pelo Instituto deve estar ciente que sua imagem seja filmada e fotografada, podendo ser veiculada no website do hospital, peças publicitárias, balanço social, informativo interno, entre outras formas de divulgação.

USO DE INTERNET, E-MAIL E MÍDIAS SOCIAIS

Com o objetivo de orientar a utilização de internet, e-mail e mídias sociais na Entidade ou nos estabelecimentos por ela administrados de forma responsável e ética, todos os colaboradores e profissionais que se relacionam com a Entidade devem seguir as seguintes diretrizes:

- Não manifestar opiniões dando a entender ou subentender que se trata de posicionamento oficial da Entidade.
- Não divulgar ou compartilhar imagens, vídeos ou informações internas da Entidade ou dos estabelecimentos por ela administrados que não tenham sido divulgadas nos canais oficiais da mesma.
- Não expor informações sobre nossos pacientes, usuários, parceiros e fornecedores.
- As senhas fornecidas pelo Instituto são particulares e intransferíveis.

Computadores e servidores, inclusive e-mails enviados e recebidos, são de propriedade da Entidade, e seus conteúdos não são considerados privados, exceto quando exigido por legislação específica.

A internet e os demais sistemas de informação instalados pela Instituição em qualquer que sejam as unidades são ferramentas que deverão ser utilizadas apenas para questões relacionadas ao trabalho.

É proibido fazer download e instalação de programas da web nas máquinas fornecidas pelo Instituto e utilizadas como ferramenta de trabalho.

É proibido utilizar os meios eletrônicos da empresa para o envio ou recebimento (consciente) de pilhas, correntes, e-mail com conteúdo pornográfico, arquivos anexos como fotos, vídeos, PPTs ou outros arquivos com conteúdo particular.

Os recursos e equipamentos usados na atividade profissional são de propriedade do INVISA e devem ser utilizados para uso exclusivo de seu interesse. Assim, para preservar este uso, a empresa se reserva no direito de controlar e monitorar seus conteúdos e formas de utilização.

Não deve haver o abuso do uso do telefone celular com ligações pessoais frequentes. Faça uso eficiente do sistema de comunicação eletrônica e limite-se a utilizá-lo para fins comerciais.

VIOLAÇÃO DO MANUAL DE CONDUTA ÉTICA E COMPLIANCE

O conhecimento das políticas e prática expressas neste Manual de Conduta Ética e Compliance é de inteira responsabilidade de cada colaborador.

Caso seja constatada violação de qualquer norma estabelecida neste Manual, serão adotadas as medidas disciplinares cabíveis, sujeitas, inclusive, a advertências, suspensões e demissões, sempre garantindo o pleno direito de defesa e argumentação das partes envolvidas.

colaborador deve apresentar a cópia do comunicado de decisão da Previdência Social e relatório de evolução elaborado pelo médico especialista.

Licença-maternidade

A colaboradora deverá, mediante atestado médico, notificar o seu superior da data do início do afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência deste.

O atestado de licença-maternidade deverá ser encaminhado para a Medicina do Trabalho o mais breve possível. O exame de retorno ao trabalho deverá ser realizado no primeiro dia útil imediato à data de término do benefício. É proibido ao colaborador iniciar férias antes de realizar exame de retorno ao trabalho e ser considerado apto.

REFEIÇÕES

O colaborador terá 01 (uma) hora para repouso ou alimentação conforme sua carga horária de trabalho, não sendo permitido se alimentar ou armazenar alimentos fora de copas ou dos locais permitidos dentro da empresa e predeterminados.

O colaborador deverá obedecer os horários de café da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia estipulados por sua coordenação imediata.

FUMAR

É expressamente proibido fumar nas dependências do local de trabalho, conforme determina a Lei Estadual nº 5.517/2009, do Estado do Rio de Janeiro (sede do INVISA).

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Em funções sem exigência da utilização de uniformes, a equipe deve se vestir de acordo com o ambiente empresarial. Minissaias, blusas e vestidos frente única e tomara que caia, calças de cintura baixa, roupas colantes, transparentes, decotes e fendas acentuados, bermudas, shorts, regatas, chinelos, rasteirinhas e outras vestimentas que possam afetar a imagem profissional e a segurança do colaborador não devem ser utilizadas.

Para departamentos que possuam uniforme é obrigatório o uso do mesmo durante todo o horário de trabalho, devendo ser mantida a limpeza e conservação do mesmo. Ao término do contrato, o funcionário deverá devolver o uniforme no setor responsável conforme fluxo estabelecido.

O colaborador deve utilizar o uniforme completo, sem descaracterização da composição.

Recomenda-se a utilização de calçados baixos, sem salto, para evitar acidentes de trabalho, LER (Lesões por Esforços Repetitivos) e DORT (Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho).

Nas unidades hospitalares é proibido o uso de adornos (anéis, brincos – mesmo que pequenos – alianças, correntes, relógios, gravatas e cachecóis), nos termos da NR n. 32.

Se o colaborador exercer atividade que requer o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), deve usá-lo, obrigatoriamente, e mantê-lo sempre em condições de uso, conforme Normas Internas de Segurança.

USO DOS VESTIÁRIOS

Todos os colaboradores devem usar o vestiário, nos locais que o possuem.

É vedada a entrada de bolsas dentro das dependências das unidades hospitalares.

Todos deverão deixar sua bolsa no vestiário antes de entrar nas dependências das unidades hospitalares.

CONTRATO DE TRABALHO

CONFIDENCIALIDADE E SEGURANÇA DAS INFORMAÇÕES

Informação confidencial é qualquer dado de acesso restrito ou de caráter privado que não seja de domínio público ou que tenha seu sigilo protegido legalmente.

São consideradas informações confidenciais da Entidade, entre outras, as relativas a pacientes, fornecedores, parceiros, planos de atividades, serviços, dados técnicos, especificações, documentação pública e processamentos, contratos, apresentações, know-how, bases de dados, aplicativos e invenções.

Todos os colaboradores devem manter a discrição e a ética profissional no que diz respeito a assuntos, trabalhos e informações do Instituto.

É obrigação do colaborador zelar pelas informações confidenciais da Entidade sendo especialmente proibida a utilização de cargo, função ou informações sobre negócios e assuntos da empresa para influenciar decisões que venham a favorecer interesses particulares ou de terceiros.

A quebra da confidencialidade ou o uso impróprio de informação confidencial é inaceitável.

É vedado utilizar informações sobre atividades, assuntos da Entidade ou de pacientes para favorecimento próprio ou de terceiros.

É dever de todo colaborador utilizar os recursos e sistemas do Instituto de forma racional e somente para atividades profissionais, sempre respeitando os interesses e valores da Entidade.

Senhas de acesso são ferramentas de proteção das informações e, por isso, seu uso deve ser sempre pessoal e intransferível. É considerada uma violação às diretrizes deste Manual de Conduta Ética e Compliance o compartilhamento de senhas de acesso a sistemas de informações.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

É dever de todo colaborador entregar os documentos essenciais para sua admissão, antes da sua efetiva contratação, bem como informar ao Departamento Pessoal qualquer alteração de seus dados pessoais (endereço, telefone, estado civil, sobrenome e dependentes), além de afastamentos pelo INSS e/ou atestados médicos dentro dos prazos legais fixados por lei.

Os pedidos de alteração de cadastro, bem como os de apresentação de documentos por solicitação da Entidade ou espontaneamente pelo colaborador, devem ser comprovadas através de cópias legíveis, assinadas e datadas, quando for o caso, pelos profissionais competentes.

IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR (USO DE CRACHÁ)

O crachá será fornecido pela Entidade e deverá ser de uso obrigatório para a liberação da entrada assim como o uso dentro das dependências da entidade. Também, deve estar sempre em local visível, preferencialmente do lado esquerdo na posição do bolso superior. A primeira via será totalmente gratuita.

O Departamento Pessoal deverá ser informado imediatamente caso haja perda, furto ou roubo do crachá. A emissão da segunda via poderá ter um custo adicional a ser pago pelo colaborador através do débito em folha de pagamento.

O colaborador deve portar o crachá durante o horário de trabalho em local visível e apresentá-lo aos superiores e a segurança, quando solicitado.

Para a segurança de todos, o crachá deve ser utilizado de maneira individual para acesso ao trabalho. Não é permitido ao colaborador utilizar para liberação de outro colega ou de terceiros.

REGISTRO DE PONTO

O registro de ponto é obrigatório, devendo ser feito diariamente, 04 (quatro) vezes ao dia (entrada pela manhã; saída para almoço; volta do almoço e saída ao final do expediente), de acordo com o contrato de trabalho.

Os eventuais enganos cometidos no momento da marcação deverão ser comunicados imediatamente à coordenação de RH.

As faltas e atrasos justificados serão descontados em sua integralidade conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

A referida regra não se aplica aos funcionários que possuam jornadas especiais como, por exemplo, os plantonistas, que terão os registros determinados conforme orientação dada pelo coordenador.

JORNADA DE TRABALHO

Os colaboradores devem cumprir rigorosamente suas jornadas de trabalho estipuladas. Horas adicionais devem ser feitas em ocasiões excepcionais somente com a autorização por escrito de seu superior, sempre respeitando as convenções coletivas e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Em caso de serviços externos, o colaborador deve cumprir a mesma carga horária determinada em seu contrato de trabalho. Logo, se ao término desta atividade ainda houver horas a serem cumpridas, o colaborador deve retornar ao seu posto de trabalho.

O horário de trabalho estabelecido de cada profissional deve ser cumprido rigorosamente, podendo, entretanto, ser alterado conforme necessidade do serviço pela Instituição.

Comunicar de imediato o seu superior em caso de ausência do posto de trabalho, seja da temporária ou permanente.

Os empregados deverão estar em seus respectivos postos de trabalho na hora inicial da jornada, não sendo permitidos atrasos, exceto se as justificativas apresentadas estiverem em consonância com as normas internas

do Instituto.

Os trabalhos extraordinários deverão ser previamente comunicados e autorizados por escrito, até 48 (quarenta e oito) horas, sendo pagos de acordo com o estabelecido por lei.

Só serão pagas as horas extras devidamente autorizadas por escrito pelo Diretor da Unidade e marcadas no ponto biométrico (ou cartão).

É terminantemente proibido ao profissional marcar o ponto de outro funcionário, sob pena de cometer ilícito penal.

Os empregados que exercem cargo de confiança, e recebem por este labor, podem, a qualquer momento, ser realocados, deixando de exercer a sua função. Acarretará, também, na perda de sua remuneração equivalente, de acordo com a súmula 372 do TST.

ABONO DE FALTAS

Serão abonadas as faltas, desde que devidamente comprovadas através de documentos, além daquelas já descritas pela CLT, na seguinte hipótese:

a) Licença para acompanhamento escolar do filho 01 (uma) vez a cada semestre.

Não serão abonadas as seguintes faltas:

a) Participação em cursos, graduação e similares.
b) Participação em pós-graduações, mestrados e doutorados.
c) Participações em quaisquer eventos, conferências e palestras não vinculadas ou não permitidas previamente pela Direção de Coordenação do INVISA.

Não serão justificadas as faltas dos funcionários que não registrarem o ponto no início da jornada de trabalho, sendo estes biométricos ou através de cartão, em nenhuma hipótese.

O mesmo vale para os funcionários que praticarem plantão extra.

Não será aceita, em hipótese alguma, justificativa de abono por faltas anteriores. Ou seja, as justificativas deverão ser entregues até o dia 21 (vinte e um) de cada mês junto com o fechamento do ponto para a coordenadora de RH.

AFASTAMENTOS DO TRABALHO

Atestado médico

Na apresentação de qualquer atestado, o colaborador deve entrar em contato imediatamente com seu superior direto e encaminhar o documento digitalizado em até 48 (quarenta e oito) horas da data de emissão.

O atestado original deve ser entregue imediatamente no retorno ao trabalho (em caso de falta, considera-se o primeiro dia efetivo de trabalho). Deve conter o carimbo e a assinatura do médico que o expediu.

Atestados médicos de acompanhantes

Somente serão aceitos atestados médicos de acompanhantes quando o colaborador estiver acompanhando filhos menores, cônjuge ou pais idosos.

O atestado de acompanhante é de um dia por mês.

Nos casos de acompanhante em internação, de acordo com o que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente, nenhuma criança ou menor poderá ficar desacompanhada enquanto estiver em regime de internação hospitalar. No entanto, é preciso haver autorização do hospital para que isso ocorra. Deve ser feito cadastro, também, quem foi o autorizado a fazer esse acompanhamento.

Retorno ao trabalho

Para colaboradores afastados na Previdência Social por período superior a 30 (trinta) dias ou após licença maternidade, o exame de retorno ao trabalho é realizado obrigatoriamente no primeiro dia útil a partir da data cessação do benefício e antes do retorno ao trabalho.

O exame deve ser realizado pelo médico do trabalho da empresa e/ou credenciado. No dia do exame, o

Manual do Colaborador

Sede Administrativa
Rua Hermet Silva, 49 - Centro
Santo Antônio de Pádua
www.invisa.org.br

Instituto Vida e Saúde

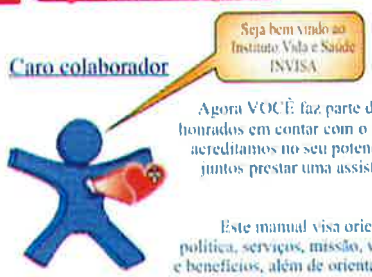
Sumário

- 03 APRESENTAÇÃO
  - 04 O INVISA
  - 04 Nossa trajetória
  - 04 Cultura organizacional
  - 04 Missão, Visão e Valores do INVISA
  - 05 Relacionamento com Governo e Agentes Públicos
  - 05 Missão, Visão e Valores
- 07 DIREITOS E BENEFÍCIOS
  - 07 Salário e folha de pagamento
  - 08 Férias
  - 09 Pis
  - 09 Salário-família
  - 10 FGTS
  - 10 Jornada de trabalho, intervalo e descanso semanal
  - 11 Regime de Plantões e Faltas
  - 11 Afastamentos legais
- 14 DEVERES
  - 14 Ponto eletrônico / Folha de ponto

15 Escalas de trabalho e trocas de plantão
15 Apresentação pessoal
16 Postura profissional
17 Boas práticas para a boa convivência
19 Normas gerais ao colaborador
20 Práticas não permitidas aos colaboradores
21 Atualização de informações Junto à empresa
21 Sansões disciplinares
23 Avaliações de experiência de 45 a 90 dias com foco em competência
23 **SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR**
23 SESMT e NR 32
24 Exames e consultas médicas ocupacionais e vacinação
25 EPI e EPC
25 Responsabilidades dos Colaboradores
27 Mapa de risco
27 Princípios básicos da segurança do trabalho
29 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**
28 **DECLARAÇÃO**

Apresentação

Caro colaborador



Agora VOCÊ faz parte da equipe INVISA. Sentimo-nos honrados em contar com o seu ingresso na instituição, pois acreditamos no seu potencial e na certeza que poderemos juntos prestar uma assistência qualificada e humanizada aos nossos usuários.

Este manual visa orientá-lo sobre as normas internas, política, serviços, missão, visão e valores, direitos, deveres e benefícios, além de orientações gerais a serem observadas durante o desenvolvimento de suas atividades

O INVISA

O INVISA é uma associação sem fins lucrativos, criada no ano de 2003, com o fim de otimizar os serviços públicos em âmbito Municipal, Estadual ou Federal. O INVISA é uma instituição de Gestão de Serviços de Saúde e Administração que atua em vários estados do país.

NOSSA TRAJETÓRIA

O Instituto Vida e Saúde - INVISA é uma entidade de direito privado sem fins lucrativos, legalmente habilitada após rigorosa qualificação especial junto ao Poder Público, com autonomia administrativa e financeira, podendo firmar Contratos de Gestão, Termos de Parceria, Termos de Cooperação, Termos de Fomento e Termos de Colaboração com a Administração Pública para o desenvolvimento de diversos projetos na área de saúde, assistência social, esporte, meio ambiente, educação e cultura.

Com bases sólidas, o Instituto Vida e Saúde – INVISA – vem, desde 2003, desenvolvendo, em parceria com diversos Municípios e Estados, atividades complementares, criando soluções criativas e inovadoras para a Promoção do bem-estar social e do desenvolvimento sustentável, promovendo a utilização eficiente dos recursos públicos recebidos, com o desenvolvimento e aperfeiçoamento das atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de hoje, você faz parte do INVISA, conhecendo um pouco de quem somos e como trabalhamos. Queremos que você faça parte desta história e tenha orgulho em ser um de nossos colaboradores.

Não somos os maiores ou melhores, mas tentamos a cada dia, dando um passo após o outro, buscar a qualidade e a excelência nos serviços prestados para oferecer um atendimento humanizado a nossos usuários.

Para tanto, lembre-se que não trabalhamos sozinhos. O sucesso desta instituição e de cada um de nós vai depender do grau de comprometimento com que consigamos trabalhar em equipe, buscando oferecer o melhor serviço com maior produtividade e sem desperdícios. Ninguém é mais ou menos importante no instituto. Todos somos importantes e necessários porque fazemos parte desta equipe.

Termo de Ciência e Compromisso

Eu, _____ matrícula _____, recebi o Manual do Colaborador do Instituto Vida e Saúde-INVISA, cujo propósito é esclarecer as políticas da empresa e os padrões de comportamento esperados de seus colaboradores.
Comprometo-me a cumpri-lo integralmente, dar ciência do não cumprimento dos demais colaboradores e em caso de dúvidas, consultar meus superiores ou o departamento de Recursos Humanos.

Li e compreendi.

_____

Nome em letra de forma

_____

Assinatura do Colaborador

_____, _____ de _____ de _____

Relacionamento com Governo e Agentes Públicos

A Entidade tem absoluta neutralidade política e não faz contribuições, sob qualquer forma, a partidos ou organizações políticas ou a candidatos a cargos eletivos.
A expressão "agente público", de maneira geral, inclui gestores ou colaboradores, de qualquer nível, de entidades governamentais, candidatos a cargos públicos, gestores e funcionários de partidos políticos.
Nenhum colaborador ou profissional poderá, direta ou indiretamente, oferecer, prometer, conceder ou autorizar a entrega de valores monetários ou outros recursos a um agente público.
É vedada a obtenção de qualquer vantagem ao INVISA, seus colaboradores ou parceiros, em razão de eventual relacionamento pessoal ou afetivo existente entre colaboradores da entidade e agentes públicos. Os colaboradores jamais devem obter, mencionar ou insinuar que decisões ou atos favoráveis ao INVISA decorram de qualquer tipo de relacionamento privilegiado e/ou escuso entre agentes públicos e colaboradores da entidade.
O relacionamento entre colaboradores do INVISA e os agentes e autoridades públicas deve se dar de forma oficial, profissional e ética, vedando-se a prática de condutas ilícitas e/ou imorais. Nesse sentido, toda e qualquer reunião ou contato entre colaboradores da entidade e autoridades públicas deve ocorrer de forma pública e transparente, mediante a devida oficialização e registro das reuniões. A pauta deve sempre ser composta por questões técnicas relacionadas à lícita defesa dos interesses do INVISA.
A gestão de verbas públicas deve ser feita com completa transparência e lisura e os registros de todas as transações devem ser feitos de forma apropriada e completa e disponibilizados para fins de prestação de contas, conforme legislação em vigor.

Responsabilidades Dos Colaboradores

As diretrizes contidas neste Manual devem ser observadas por todos os colaboradores no desempenho de suas funções na Entidade.
São considerados colaboradores: conselheiros, diretores, funcionários, estagiários e voluntários.
Devem também seguir este Manual todos os profissionais que, de alguma forma, mantenham relacionamento com a Entidade, ou seja, prestadores de serviços, fornecedores, autônomos e bolsistas envolvidos na prestação de serviços à Entidade ou em seu nome.

-Todos os Colaboradores e Profissionais devem:

- ✓ Zelar pla imagem e reputação da Entidade;
- ✓ Servir à sociedade, aos seus pacientes e usuários com prontidão, competência e profissionalismo, assegurando o melhor de suas habilidades na execução das tarefas;
- ✓ Assegurar o cumprimento de leis, regulamentos, políticas e procedimentos em sua área de responsabilidade;
- ✓ Buscar sempre que necessário, apoio e orientação de seus líderes imediatos e/ou das áreas corporativas da Entidade, tais como Coordenação Técnica, Departamento Jurídico e Departamento de Recursos Humanos, para a solução de dúvidas e entendimentos das leis e políticas que devem ser cumpridas;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as diretrizes deste Manual;
- ✓ Comunicar qualquer violação do Manual;
- ✓ Cooperar com processos internos e externos de apuração que visem elucidar eventos relacionados à sua atividade profissional ou sobre a quais tenha conhecimento.

Além disso, todos os colaboradores e profissionais, especialmente os que praticam a medicina e assistência à saúde, devem seguir os seguintes princípios:

- ✓ Segurança do Paciente;
- ✓ Efetividade;
- ✓ Assistência no tempo adequado;
- ✓ Eficiência e uso responsável dos recursos;
- ✓ Equidade;
- ✓ Privacidade e sigilo das informações médias de pacientes.

INVISA

MAPA DE RISCO

Mapa de Risco é uma representação gráfica de uma conjunto de fatores presentes nos locais de trabalho capazes de acarretar riscos à saúde dos trabalhadores. Tais fatores têm origem nos diversos elementos do processo de trabalho (materiais, equipamentos, instalações, suprimentos e espaços de trabalho) e a forma de organização do trabalho (espaço físico, ritmo de trabalho, método de trabalho, postura de trabalho, jornada de trabalho, turnos de trabalho, treinamento, etc). Esta ferramenta visa:

- ✓ Conscientização e informação dos trabalhadores através da fácil visualização dos riscos existentes na empresa;
- ✓ Reunir as informações necessárias para estabelecer o diagnóstico da situação de segurança e saúde no trabalho na empresa; e possibilitar, durante a sua elaboração, a troca e divulgação de informações entre os trabalhadores, bem como estimular sua participação nas atividades de prevenção;
- ✓ O Mapa de Riscos estará afixado em cada local de trabalho, de forma claramente visível e de fácil acesso e entendimento para os colaboradores.

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA SEGURANÇA DO TRABALHO

- ✓ Procure conhecer as normas e regulamentos de Segurança e aplica-se convenientemente em todas as atividades e durante a permanência no local de trabalho;
- ✓ Utilize sempre o equipamento de proteção adequado para sua proteção individual. Cuidar bem deles é um dever;
- ✓ Use ferramentas apropriadas para cada tipo de trabalho e procure conservá-las sempre em bom estado, pois sem elas você não conseguirá obter uma boa produtividade;
- ✓ Execute somente serviço para os quais estiver autorizado e solicite instrução dos seus superiores, sempre que tiver alguma dúvida;
- ✓ Respeite rigorosamente as normas de segurança indicadas para sua tarefa;
- ✓ Colabore sempre com a segurança do trabalho. Uma sugestão sua poderá evitar que alguém sofra um acidente, inclusive você;
- ✓ Em caso de acidente de trabalho ou trajeto comunique a sua chefia imediata e se direcione ao Pronto Atendimento para avaliação e procedimentos médicos. Após liberação do médico, compareça ou comunique ao SESMT para as devidas orientações, procedimentos e acompanhamento com o SESMT, inclusive a emissão do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);
- ✓ Acate as orientações do técnico de segurança do trabalho, pois ele como representante do INVISA quer preservar a sua saúde e assegurar a sua segurança durante o desempenho de suas atividades.

CULTURA ORGANIZACIONAL

A partir do momento em que o homem passa a viver em grupos, normas e valores surgem para estabelecer o comportamento dos seus componentes e permitir uma convivência saudável e pacífica.

Na empresa, esta realidade não poderia ser diferente, estando presente a chamada cultura organizacional são os comportamentos, normas, valores sociais e padrões de referência que regem as pessoas em sua maneira de agir e avaliar os fatos. Dentro de uma organização esta cultura é adotada e compartilhada pelo grupo como um sistema de valores vigentes e específicos.

Com base nesta afirmação, estabelecemos as nossas normas internas, bem como a missão (razão de nossa existência), visão (o que queremos) e valores (importante para o desempenho da instituição e a maneira como cumpre as responsabilidades).

Missão, Visão e Valores do INVISA

Missão

Promover a gestão médico-hospitalar de excelência com equipes multidisciplinares comprometidas com a qualidade, com a ética e com a valorização profissional e humana na prestação de assistência à saúde, de forma humanizada, visando a restauração do bem-estar físico, psíquico e social, em benefícios da comunidade.

VISÃO

Ser reconhecido como referência em governança de instituições de saúde, promovendo soluções inovadoras para a saúde do país, instituindo gestão de qualidade com foco na valorização humana, profissional, tecnológica e com excelência de atendimento.

VALORES

Humanidade, Ética, Compromisso, Trabalho Multiprofissional, Profissionalismo e Responsabilidade Social.

INVISA

Direitos e Benefícios

SALÁRIO E FOLHA DE PAGAMENTO

A remuneração mensal é composta pelo salário base e outros proventos legais ou periculosidade, salário família, horas extras e DSR, sobreaviso e adicional noturno, dentre outros, quando de direito. Há também descontos legais, como contribuição assistencial/confederativa (mensal), contribuição sindical (anual), atrasos, faltas injustificadas e DSR, percentual de INSS e IR.

Os colaboradores do INVISA em regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) receberão o seu salário mensal até o 5º dia útil do mês subsequente ao mês da competência. Este será efetuado através de depósito em conta bancária. Para folha de pagamento, considera-se o período do 1º ao 30º dia do mês de competência. Contudo, para efeitos de impressão mensal de relatório de frequência, será considerado o período do dia 16 do mês anterior ao dia 15 do mês atual, sendo considerados neste contexto, as horas extras, adicional noturno, sobreaviso, atrasos e faltas injustificadas, para que se possa concluir a folha de pagamento em tempo hábil.

DÉCIMO TERCEIRO SALÁRIO

O décimo terceiro salário é um direito garantido pelo Art.7 da Constituição Federal de 1988, o qual consiste no pagamento de uma gratificação natalina ao trabalhador. O 13º salário é calculado sobre o salário integral do trabalhador a partir da seguinte fórmula: valor do salário÷12 x nº de meses trabalhados. As médias dos demais rendimentos como hora extra e comissões adicionais são também somadas como base para o cálculo do décimo terceiro.

O trabalhador deixa de ter direito a 1/12 avos relativos ao mês de trabalho quando tiver mais de 15 faltas injustificadas no mês e quando afastado por auxílio doença.

O INVISA pagará o décimo terceiro em duas parcelas: 1ª parcela até o dia 30 de novembro e a 2ª parcela até o dia 20 de dezembro. Poderá ser antecipada a 1ª parcela por ocasião das férias se solicitado por escrito até o dia 30 de janeiro e devidamente autorizado pela Diretoria.

Dentre as Normas regulamentadoras, destacamos a NR-32 (NORMA REGULAMENTADORA No32) que foi elaborado para regulamentar, fornecer orientações quanto aos procedimentos obrigatórios estabelecer diretrizes básicas para 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 geral.
esta estabelece algumas regras importantes em que o colaborador precisa por em prática, dentre elas as mencionadas anteriormente, como ao não uso de adornos, utilização de sapatos fechados e outros que incluímos neste Manual.
A segurança, a saúde e qualidade de vida no trabalho é uma da premissas básicas para o INVISA. Prezamos e tentamos a cada dia melhorar nossa política com propostas e ações preventivas visando conscientizar nossos colaboradores para que em conjunto possamos tornar esta pratica intrínseca às atividades cotidianas. Por esta razão, contamos com a sua ajuda para disseminar esta prática.

EXAMES E CONSULTAS MÉDICAS OCUPACIONAIS E VACINAÇÃO

Uma das medidas aplicadas pelo SESMT de prevenção a saúde do trabalhador é ao acompanhamento da Medicina do Trabalho aos colaboradores durante toda a sua permanência na empresa, a qual tem por finalidade:

- ✓ A redução do absenteísmo motivado por doenças;
- ✓ A redução de acidentes potencialmente graves;
- ✓ Garantir o colaborador mais adequado à função, com melhor desempenho;
- ✓ Garantir as condições de saúde para o desempenho da função, minimizando a chance de arbitrariedades em caso de doença ou acidente.

Este acompanhamento que visa sobretudo garantir a segurança, a saúde e qualidade de vida no trabalho, será realizado nas seguintes situações:

-**Admissional:** Realizado antes da contratação e do início das atividades laborais;
-**Periódicos:** Realizados semestral ou anualmente conforme atividade e local de trabalho;
-**Retorno ao trabalho:** Realizados após afastamento por Auxílio Doença, Acidente de Trabalho e Licença Maternidade;
-**Mudança de função:** Quando selecionado internamente pelo Recursos Humanos, sendo encaminhado para avaliação da Medicina do Trabalho;
-**Consulta de análise:** Realizados por queixa e procura do colaborador ou frequente apresentação de atestados médicos;
-**Demissional:** Realizado na saída do colaborador da empresa.

INVISA

ATENÇÃO

Lembre-se que a obrigatoriedade dos exames e consultas médicas ocupacionais é também do colaborador, pois você é tão responsável quanto a empresa em garantir que este seja realizado conforme a periodicidade e necessidade descrita na NR-07.
Portanto, fique atento as convocações do SESMT. Quando convocado, compareça.
Contamos com a sua colaboração!

Outra medida aplicada pelo SESMT é o acompanhamento quanto à situação vacinal de cada colaborador. As vacinas são medidas que garantem a sua prevenção contra doenças infecto-contagiosas. Por esta razão, faça a sua parte, garanta a sua saúde ficando atento as convocações do SESMT quanto a solicitação de atualização de vacinas e de informações de campanhas realizadas pelo INVISA.

EPI E EPC

CABE AO EMPREGADOR QUANTO AO EPI E EPC:

- ✓ Adquirir o EPI e EPC adequado ao risco de cada atividade;
- ✓ Exigir seu uso;
- ✓ Fornecer ao trabalhador somente o aprovado pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho;
- ✓ Orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado, guarda e conservação;
- ✓ Substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado;
- ✓ Responsabilizar-se pela sua higienização e manutenção periódica;
- ✓ Comunicar ao empregado qualquer irregularidade observada.

CABE AO COLABORADOR QUANTO AO EPI E EPC:

- ✓ Usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
- ✓ Responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- ✓ Comunicar ao empregador qualquer alteração que torne impróprio para uso;
- ✓ Cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado.

De acordo com o Art. 158 da CLT, a recusa em utilizar o EPI poderá acarretar desde a advertência verbal, ou por escrita, suspensão e até demissão por justa causa.

Missão, Visão e Valores do INVISA

Negócio

Assistência à saúde de média complexidade no âmbito do SUS.

Missão

O INVISA tem como finalidade a otimização dos seus serviços, com o fim de ofertar aos usuários do SUS e demais programas assistênciais um atendimento de qualidade, sendo este norteado pelo respeito e a dignidade da pessoa humana.

Visão

Com o trabalho de qualidade e profissionalismo de todos, primando sempre pelo respeito aos beneficiários dos Projetos.

Valores

Ética
Humanização
Espírito de Equipe
Responsabilidade Social

INVISA

Direitos e Benefícios

PIS (PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL)

O PIS corresponde ao abono salarial pago anualmente pelo Governo Federal. O valor pago é proporcional ao tempo de trabalho no ano, calculado a partir do valor do salário mínimo vigente. Tem direito ao PIS todo trabalhador que atenda a todos os pré-requisitos descritos abaixo:

- ✓ Ter exercido atividade remunerada em pelo menos 6 meses no ano base;
- ✓ Estar devidamente cadastrado há pelo menos cinco anos no Fundo de Participação PIS ou no Cadastro Nacional do Trabalhador; e
- ✓ Ter recebido em média, durante o período do ano base, até 2 (dois) salários mínimos de remuneração mensal.

SALÁRIO-FAMÍLIA

O Salário-família é um direito concedido a todo colaborador que tenha salário de contribuição inferior ou igual ao determinado pela Previdência Social e filhos menores de 14 anos ou inválidos de qualquer idade devidamente comprovados (Certidão de nascimento). O pagamento será feito mensalmente em folha de pagamento pela empresa. Contudo, para mantê-lo, todos os colaboradores que o recebem deverão atualizar anualmente a documentação de seus dependentes, até o 15º dia de maio e de novembro, conforme descrição abaixo.

- ✓ Dependentes até 6 anos e 11 meses e 30 dias de idade: apresentar cópia da carteira de vacinação atualizada do ano corrente;
- ✓ Dependentes de 7 a 14 anos de idade: apresentar comprovante de escolaridade do ano corrente.

A apresentação desta documentação é obrigatória por serem indispensáveis para que o colaborador continue a receber o benefício.

1ª OCORRÊNCIA - ADVERTÊNCIA VERBAL
2ª OCORRÊNCIA - ADVERTÊNCIA ESCRITA
3ª OCORRÊNCIA - SUSPENSÃO DE 1 DIA
4ª OCORRÊNCIA - SUSPENSÃO DE 3 DIAS
5ª OCORRÊNCIA - DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA

Conforme Art. 482 da CLT são consideradas faltas graves que constitui a justa causa para rescisão do contrato de trabalho, os seguintes casos:

1. ATO DE IMPROBIDADE - Alínea a: Atos contrários as regras jurídicas (exemplo: Furto de materiais da empresa e falsificação de documentos);

2. INCONTINÊNCIA DE CONDUTA OU MAU PROCEDIMENTO - Alínea b: Incontinência são atos de natureza sexual (assedio sexual ou exibir fotos pornográficas no ambiente de trabalho) e mau procedimento são atos incompatíveis com regras sociais e internas (exemplo: sair no horário de trabalho sem autorização ou usar o equipamento da empresa para uso pessoal);

3. NEGOCIAÇÃO HABITUAL POR CONTA PRÓPRIA OU ALHEIA SEM A PERMISSÃO DO EMPREGADOR - Alínea c: Negociação prejudicial ao serviço (exemplo: venda de produtos no horário de trabalho sem autorização da empresa);

4. CONDENAÇÃO CRIMINAL DO EMPREGADO APÓS JULGAMENTO CASO NÃO TENHA HAVIDO SUSPENSÃO DA PENA - Alínea d;

5. DESÍDIA NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES - Alínea e: Caracterizado por repetida preguiça, má vontade de realizar as atividades propostas, negligência ou imprudência (exemplo: Faltas, atrasos constantes);

6. EMBRIAGUES HABITUAL OU EM SERVIÇO - Alínea f;

7. VIOLAÇÃO DE SEGREDO DA EMPRESA - Alínea g: divulgação de informações confidenciais da empresa sem consentimento;

8. ATO DE INDISCIPLINA OU DE INSUBORDINAÇÃO - Alínea h: Indisciplina caracterizada pelo descumprimento de ordens gerais de serviço e insubordinação típica pelo descumprimento de ordens de serviço solicitadas pelo chefe imediato;

9. ABANDONO DE EMPREGO - Alínea i: Caracterizada pelo não comparecimento ao emprego por mais de 30 dias sem qualquer justificativa;

10. ATO LESIVO DA HORA OU DA BOA FAMA PRATICADA NO SERVIÇO CONTRA QUALQUER PESSOA, OU OFENSAS FÍSICAS, NAS MESMAS CONDIÇÕES, SALVO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA, PRÓPRIA OU DE OUTREM - Alínea j;

11. ATO LESIVO DA HONRA OU DA BOA FAMA OU OFENSAS FÍNICAS PRATICADAS CONTRA O EMPREGADOR E SUPERIOR HIERÁRQUICO, SALVO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA, PRÓPRIA OU DE OUTREM - Alínea k;

12. PRÁTICA CONSTANTE DE JOGOS DE AZAR - Alínea l.

Parágrafo único - Constitui igualmente justa causa para dispensa de empregado à prática, devidamente comprovada em inquérito administrativo, de atos atentatórios contra a segurança nacional.

ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES JUNTO A EMPRESA

É de estrema importância que o colaborador comunique mediante cópia de documentos, sempre que se fizer necessário, ao setor de Departamento Pessoal as alterações de dados, tais como: estado civil, nascimento de filho, mudança de endereço ou telefone, carteira de vacinação, conclusão de cursos etc, visando manter sempre atualizado o seu cadastro funcional. Além disso, todo mês de julho deverá ser realizada a atualização cadastral.

AVALIAÇÕES DE EXPERIÊNCIA DE 45 E 90 DIAS COM FOCO EM COMPETÊNCIA

Para acompanhamento no desenvolvimento do colaborador será realizada, aos 45 e 90 dias após a admissão, a Avaliação de Experiência como foco em competência, a fim de avaliar e potencializar as competências técnicas e comportamentais do profissional. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador. O formulário será encaminhado à chefia imediata pelo menos 10 dias antes do término dos dias periódicos de experiência . O mesmo deverá retornar ao Recursos Humanos devidamente preenchido, justificado e assinado pelos envolvidos.

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

SESMT E NR-32

O SESMT ou SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO busca através de um conjunto de medidas técnicas e administrativas promover a prevenção a integridade física do colaborador, sua segurança no posto de trabalho e o controle dos riscos profissionais, bem como a melhoria das condições do ambiente de trabalho e consequentemente o aumento da produtividade.

O trabalho do SESMT está baseado nas Normas Regulamentadoras, Portarias e Leis do Trabalho, bem como o PPRA (PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS) e PCMSO (PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL) elaborados anualmente por profissionais qualificados e contratados pelo INVISA para identificar possíveis riscos ocupacionais, propondo medidas de correção e prevenção que garantam a segurança, saúde e qualidade de vida no trabalho. Os dois programas assumem uma importância significativa, pois norteiam o trabalho e as ações a serem executadas pala equipe do SESMT.

FÉRIAS

De acordo com o Art. 130 da CLT, após cada período de 12 meses (Período Aquisitivo) da data vigente do contrato de trabalho, o colaborador terá direito a férias na seguinte proporção:

GOZO DE FÉRIAS	FALTAS INJUSTIFICADAS*
30 DIAS	Até 05 dias
24 DIAS	06 a 14 dias
18 DIAS	15 a 23 dias
12 DIAS	24 a 32 dias
Perderá o direito de férias	Acima de 32 dias

*Faltas injustificadas no período aquisitivo.

O INVISA terá o período de dez meses subsequentes à data em que o colaborador tiver adquirido o direito de férias para conceder o período de gozo da mesma.
A programação de férias é realizada anualmente. Nesta programação, o colaborador poderá optar pelos meses de seu interesse (três opções), respeitando os meses limites informados na programação (após completar o período aquisitivo e dentro dos dez meses, posterior a aquisição do período aquisitivo). Porém, caberá à chefia imediata avaliar e definir tal possibilidade, conforme as necessidades e critérios do INVISA e do setor, respeitando o limite estabelecido por lei.
Para que o colaborador possa se organizar, o período de férias será informado após conclusão da programação anual de férias de cada setor, sendo encaminhado para ciência e assinatura até o dia 1º de setembro. Para o período de férias, o colaborador receberá o valor de seu salário do mês subsequente mais o adicional correspondente a 1/3 deste salário, que será depositado na conta bancária em até 2 (dois) dias úteis de antecedência da data de início das férias. Caberá ao colaborador comparecer ao setor de DP nesta data, munido de sua CTPS, para a assinatura do aviso e recibo de férias e atualização das informações necessárias na CTPS.
Se você desejar converter 10 dias de suas férias em abono pecuniário, deverá fazer a solicitação dentro do prazo, ou seja, até quinze dias antes do término do seu período aquisitivo, segundo os termos do 1º do artigo 143 da CLT.
De acordo com o Art. 133 da CLT perderão o direito às férias se:

- Deixar o emprego e não for readmitido dentro de sessenta dias subsequentes à sua saída;
- Permanecer em gozo de licença remunerada pela empresa por mais de trinta dias;
- Deixar de trabalhar, recebendo salário por mais de trinta dias, devido à paralisação parcial ou total dos serviços da empresa;
- Tiver recebido da Previdência Social prestações referentes a acidente de trabalho ou de auxílio doença durante mais de 06 (seis) meses, mesmo que descontínuos.

INVISA

Direitos e Benefícios

Para as jornadas de trabalho realizadas pelo INVISA, o descanso semanal (folga), compreendido como o período que se inicia no momento em que o colaborador efetivamente cessa o seu trabalho, será concedido após seis dias consecutivos de trabalho e conforme descrição abaixo:

JORNADA DE TRABALHO MENSAL	JORNADA DE TRABALHO DIÁRIA	DESCANSO SEMANAL
100 horas	4 horas	48 horas (sáb e dom)
150 horas	6 horas	48 horas (sáb e dom)
200 horas	8 horas	48 horas (sáb e dom)
180 horas	12 horas	36 horas *
132 horas	12 horas	60 horas *

* Para a jornada 12x36, fica definido que a mesma deverá ocorrer das 07h00 às 19h00 ou das 19h00 às 07h00, sendo 12 horas trabalhadas para 36 horas de descanso.
*Para a jornada 12x60, fica definido que a mesma deverá ocorrer das 07h00 às 19h00 ou das 19h00 às 07h00, sendo 12 horas trabalhadas para 60 horas de descanso.

INTERJORNADA: o intervalo de descanso entre duas jornadas deve ser no mínimo de 11 horas (art. 66 CLT).

REGIME DE PLANTÃO / FALTAS

As faltas injustificadas ensejam o desconto do dia respectivo na remuneração do colaborador, E, no caso, dos colaboradores em regime de plantão o total de horas/dias a serem descontadas serão contados conforme demonstra a tabela abaixo:

REGIME DE PLANTÃO	Nº DE FALTAS INJUSTIFICADAS DE PLANTÕES	TOTAL DE HORAS DESCONTADAS
12 X 36	01	12X36 = 48h (02 dias)
12 X 60	01	12X60 = 72h (03 dias)
24 X 48	01	24X48 = 72h (03 dias)
24 X 72	01	24X72 = 96h (04 dias)
24 X 144	01	24X144 = 168h (07 dias)

Não serão justificadas as faltas dos funcionários que não registrarem o ponto no início da jornada do trabalho, sendo estes biométricos, cartão ou através de folha de ponto, em nenhuma hipótese. É de responsabilidade do colaborador conferir a escala e o local de trabalho, bem como registrar seu ponto.

AFASTAMENTOS LEGAIS

De acordo com a CLT, Art. 473, todo colaborador poderá deixar de comparecer ao trabalho sem prejuízo no salário e no período de gozo de férias, desde que as faltas sejam justificadas, conforme prescreve a legislação e se comprovado junto ao setor de Depto Pessoal em até 48 horas (úteis) da data de emissão do mesmo para os seguintes casos:

- ✓ Deverá manter sempre atualizada sua "ficha cadastral", cópias de documentos pessoais, familiares e certificação de conclusão de cursos;
- ✓ Deverá desempenhar com zelo e eficiência suas atribuições/atividades, solicitando, sempre que necessário instruções e esclarecimentos a sua chefia imediata, bem como informá-la sobre qualquer intercorrência durante seu expediente;
- ✓ Deverá manter passagens e corredores desobstruídos, bem como portas e armários, banheiros e gavetas fechadas;
- ✓ Deverá armazenar e se alimentar somente em local reservado (nunca no seu local de trabalho);
- ✓ Estar atento as suas conversas nas dependências, as quais devem ocorrer em tom moderado, evitando atrapalhar o trabalho de outros colaboradores;
- ✓ Deverá manter seus objetos pessoais sempre guardados (bolsas, mochilas, carteiras, sacolas, etc);
- ✓ Entregar o atestado médico ao setor de Departamento Pessoal no prazo de 48 horas da data de emissão do mesmo, caso não cumpram o estabelecido, o mesmo não mais será aceito podendo ser descontado como falta;
- ✓ Usar o e-mail exclusivamente para fins profissionais;
- ✓ Usar o telefone para fins profissionais.

PRÁTICAS NÃO PERMITIDAS AOS COLABORADORES

É expressamente proibido a todo colaborador:

- × Insultar, intimidar ou ofender com palavras ou gestos, mesmo que a título de brincadeira, colegas de serviço ou quaisquer pessoas que se encontrem no recinto de trabalho;
- × Promover arruaças ou desordem, agredir ou fazer qualquer tipo de ameaça a colegas e chefia;
- × Ler livros imorais durante seu horário de trabalho e/ou nas dependências do hospital, bem como praticar atos ou gestos obscenos ou usar palavras de baixo escalão;
- × Diminuir maldosamente a produção, agravar o seu custo ou paralisar os trabalhos, salvo nos casos de extrema necessidade e autorizada pela chefia imediata;
- × Tratar de assuntos particulares durante o trabalho, prejudicando a produtividade;
- × Comentar com colegas e estranhos assuntos sigilosos do local de trabalho;
- × O colaborador não poderá levar vantagens ilícitas em decorrência do exercício da função;
- × Fazer qualquer trabalho para si ou para terceiros, isto se servindo de máquinas ou equipamentos ou, ainda, de material da empresa, dentro ou fora do expediente de trabalho, sem autorização da chefia imediata;

- Sair do local de trabalho ou das dependências sem autorização da respectiva chefia imediata;
- Sair do setor de trabalho e permanecer ausente além dos intervalos estipulados para a refeição e descanso;
- Fazer uso ou sair do seu local de trabalho com objetos pertencentes a terceiros ou da unidade, independente que seja de boa fé, salvo com autorização expressa da chefia imediata;
- Emprestar seu crachá de identificação para outra pessoa ou fazer uso indevido do mesmo;
- Trazer pessoas estranhas para as dependências da unidade, sem expressa autorização da chefia imediata;
- Trazer bebidas alcoólicas para a unidade e ingeri-las durante o serviço ou apresentar-se alcoolizado durante o horário de trabalho;
- Fumar no ambiente de trabalho;
- Utilizar-se da função para obtenção de vantagens ou para receber, sob qualquer forma ou pretexto, presentes ou dinheiro de pessoas que tenham ou pretendam ter relação com a unidade;
- Falsificar em proveito próprio ou de terceiros, documentos da unidade;
- Receber indevidamente o salário família, após o falecimento do filho ou ter mesmo ultrapassado a idade limite;
- Comercializar qualquer produto nas dependências da unidade;
- Realizar filmagens e fotografias nas dependências da unidade, salvo com autorização expressa da direção, tampouco publicá-las em redes sociais, sites etc;
- Utilizar o telefone celular durante o atendimento ao usuário e em lugares restritos (enfermarias, salas de descanso, refeitório, dentre outros);
- Utilizar Mp3-player, fones de ouvido e derivados nas dependências da empresa;
- Realizar visitas aos usuários internados, durante a seu horário de serviço, salvo com autorização expressa do setor de internação, de sua chefia imediata e apenas nos horários estabelecidos para essa atividade.

SANSÕES DISCIPLINARES

Todas as normas internas, procedimentos e vedações devem ser rigorosamente observados com atenção pelo colaborador. O não cumprimento dos mesmos poderá implicar em medidas disciplinares, detalhadas a seguir.

FGTS (FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO)

A partir da Constituição Federal de 1988, todo empregado admitido já tem assegurado o direito aos depósitos de FGTS, que correspondem a um percentual de 8% sobre a remuneração de cada colaborador e é depositado mensalmente em uma conta bancária na Caixa Econômica Federal, aberta pela empresa em nome do colaborador. O FGTS funciona como uma garantia para protegê-lo em caso de demissão sem justa causa.

JORNADAS DE TRABALHO, INTERVALO E DESCANSO SEAMANAL

De acordo com a Constituição Federal de 1988, Art. 7º, a jornada de trabalho terá a duração máxima de oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, salvo quando houver a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo (contrato de trabalho) ou convenção coletiva.
No entanto, para qualquer trabalho contínuo, cuja duração exceda seis horas diárias, será obrigatória a realização do intervalo para o repouso ou alimentação. Os intervalos não serão computados na duração do trabalho (Art. 71), embora devam ser realizados dentro do horário contratual e registrados em relógio ponto e ou folha de ponto, salvo orientação diferente constante em Convenção Coletiva. Desta forma, é obrigatória a realização de intervalos, conforme descrição abaixo:

JORNADA DE TRABALHO MENSAL	JORNADA DE TRABALHO DIÁRIA	DURAÇÃO DO INTERVALO
150 horas	6 horas	30 minutos
200 horas	8 horas	1 hora
180 horas 12x36	12 horas diurno	1 hora
180 horas 12x36	12 horas noturno	2 horas
132 horas 12 x60	12 horas diurno	1 hora
132 horas 12 x60	12 horas noturno	2 horas
120 horas	24 horas	1 hora dia / 2 horas noite

ATENÇÃO

Se ultrapassada a jornada de 6 horas de trabalho, deverá ser realizado o intervalo de 1 hora.

***ATESTADOS MÉDICOS** - Os atestados médicos têm o objetivo de justificar e/ou abonar as faltas do empregado ao serviço em decorrência de incapacidade para o trabalho motivada por doença ou acidente do trabalho. Todo atestado deverá ser entregue ao setor de Departamento Pessoal em até 48 horas úteis, após a sua emissão, isto pelo próprio colaborador ou seu representante, devendo conter os carimbos de ciência do seu gestor imediato e do Médico do Trabalho.

A doença que constitui justificativa da ausência do trabalhador é a que fere seu próprio organismo, salvo disposto em convenção coletiva de trabalho. Dessa forma, a doença de pessoa da família, independente do grau de parentesco (cônjuge, filho menor, pais, etc.) e do tipo de doença, poderá ser motivo moralmente justo para as faltas do empregado, juridicamente, porém, não o é. Desta forma, o dia em que o empregado faltou para acompanhar outra pessoa ao médico poderá ser considerado normalmente como falta.

A responsabilidade para o pagamento dos colaboradores afastados por atestado médico (dentro do período previsto em lei) é exclusivamente da empresa, porém, a partir deste período, o colaborador deverá comparecer ao Depto Pessoal no prazo de até 2 (dois) dias úteis para ser encaminhado para Benefício junto ao INSS. O colaborador receberá do Depto Pessoal orientações quanto aos procedimentos, prazos e deveres referentes ao seu afastamento, bem como os atestados médicos originais e o requerimento de benefício, devendo dar entrada no INSS o mais cedo possível, para agendar a perícia médica. Após esta perícia, o colaborador terá que encaminhar ao setor de DP, em até 2 (dois) dias úteis, o comunicado de decisão do INSS, bem como informar e encaminhar cópia de todos os documentos relevantes e inerentes ao processo de benefício no decorrer de seu afastamento. Após o término do benefício e da liberação do médico responsável, o colaborador não poderá retornar ao trabalho sem antes ter comparecido ao Médico do Trabalho da empresa para avaliação médica. Para que tudo transcorra de forma eficiente e sem transtornos, o colaborador deverá entrar em contato com o setor de DP sempre que necessário para orientações e repasse de informações.

Para todos os casos descritos acima, solicitamos que o colaborador comunique verbalmente com antecedência, na medida do possível, a chefia imediata, para que haja tempo hábil de substituição e/ou definição de medidas que permitam o andamento da atividade, sem prejuízo aos serviços prestados.

- USO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

O material de expediente, formulários, impressos, instrumentos e equipamentos deverão ser utilizados de forma correta, sem desperdícios. A racionalização do uso deve estar intrínseca as suas atividades e começar pelos pequenos e simples procedimentos.
O bom colaborador zela pelo patrimônio da empresa, bem como se responsabiliza direta e indiretamente pelos objetos, materiais, instrumentos e outros bens que lhe forem entregue para o uso durante a jornada de trabalho.

- USO DE COMPUTADORES, REDES E SISTEMAS

O uso de computadores, redes e sistemas deverá estar relacionado aos interesses da empresa, assim, os usuários autorizados receberão os *logins* e senhas, que devem ser mantidos em segurança, pois são individuais e intransferíveis, sujeitos a responder pelo uso inadequado.
Todos os documentos e informações produzidas nos setores deverão ser preservados com devido sigilo e ética, sendo proibida a remoção inconsequente, a retirada e envio externo sem autorização prévia da chefia imediata.
Não é permitida a instalação ou configurações de software e hardware. Somente a equipe de TI poderá realizar tal atividade, e se julgar necessário, pois, somente deles possuem a capacitação técnica, controle e a autorização para utilizar o sistema com segurança.

- USO DE TELEFONE

- ☎ Atenda ao telefone o mais rápido possível, de preferência no segundo toque;
- ☎ O uso do telefone, seja interna ou externamente, deve ser prioritariamente para fins profissionais. Use o bom senso para usar o mesmo para fins particulares;
- ☎ Seja objetivo e forneça as informações necessárias sem rodeios;
- ☎ Tenha sempre lápis à mão para anotar informações/recados; registrando: "quem ligou, assunto, data/hora e para quem ligou";
- ☎ Seja educado e evite expressões não formais (gírias e costumes locais);
- ☎ Use sempre as formas de tratamento: "Senhor", "senhora";
- ☎ Preferencialmente, atenda ao telefone, informando o setor e seu nome;

INVISA

- CONFIDENCIALIDADE E SIGILO COM INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS

Há informações e documentos que podem comprometer a segurança ou a imagem da empresa. Seja um colaborador leal. Mantenha sigilo quando necessário. Evite comentários sobre assuntos que só interessam ao INVISA, pois é inaceitável a quebra de confidencialidade ou o uso impróprio de informações sigilosas, sendo vedado aos colaborados divulgar e/ou utilizar-se destas informações para favorecimento próprio ou de terceiros, ficando sujeito a penalidades.

- RECONTRATAÇÃO

Só poderão ser recontratados colaboradores após: 3 meses se tiver pedido desligamento ou tenha sido dispensado sem justa causa; ou, 6 meses se o salário oferecido for inferior ao anterior.

- ATENDIMENTO HUMANIZADO

Humanizar os cuidados em saúde é exercer a sensibilidade em socorrer as necessidades e dificuldades do usuário, pressupondo considerar a essência do ser. Assim, o cuidador humanizado implica na compreensão do significado da vida, a capacidade de compreender a si e ao outro. Humanizar o atendimento é dar qualidade e relação suário-colaborador, bem como melhorar a itegração da equipe de saúde; obter uma visão global e integrada do usuário; oferecer um atendimento individualizado, digno e de qualidade; e manter uma postura de acolhimento e práticas humanizadas que são direitos inalienáveis do usuário.

Portanto, acolher o ser humano em sofrimento e cooperar para uma resolutividade com qualidade e excelência, utilizando-se de práticas humanizadas durante os cuidados em saúde. Esta é a missão de todos os colaboradores do INVISA.

NORMAS GERAIS AO COLABORADOR

- ✓ Deverá manter um comportamento adequado no local de trabalho, visando à convivência sadável e pacífica;
- ✓ Deverá atender as normas internas descritas neste manual e orientadas durante o treinamento de integração;
- ✓ Deverá acatar as ordens superiores, mantendo para com estes, comportamento respeitoso, procurando certificar-se de que entendeu as instruções corretamente e de que é capaz de executá-las;
- ✓ Deverá cumprir todas as suas obrigações na presença ou na ausência de seus superiores hierárquicos;
- ✓ Deverá manter sempre limpo o seu local de trabalho; bem como demais dependências;
- ✓ Deverá estar atento a qualquer tipo de desperdício no desempenho de suas funções, bem como manter os equipamentos que não estiverem em uso desligados e devidamente protegidos.

***LUTO** - Até 5 (cinco) dias consecutivos, a contar do dia do óbito, em caso de falecimento do cônjuge, ascendentes, descendentes, irmãos ou pessoas declaradas em sua carteira profissional como sua dependente. Comprovante: cópia do atestado ou certidão de óbito;

***CASAMENTO** - Até 3 (três) dias consecutivos, a contar do dia do casamento. Comprovante: cópia da declaração de comparecimento ou certidão de casamento;

***PATERNIDADE** - 5 (cinco) dias em caso de nascimento de filho, a contar do dia do nascimento. Comprovante: cópia do nascido vivo ou a certidão de nascimento;

***TESTEMUNHA** - Dia em que tiver que comparecer a juízo. Comprovante: declaração de comparecimento ao órgão;

***DOAÇÃO DE SANGUE** - 1 (dia) dia a cada 12 meses de trabalho em caso de doação voluntária de sangue. Dia da doação. Comprovante: declaração de comparecimento para doação emitida pela instituição receptora;

***ALISTAMENTO ELEITORAL** - Até 2 (dois) dias consecutivos, ou não; para fins de alistamento eleitoral. Comprovante: cópia da declaração de comparecimento do órgão eleitoral;

***SERVIÇO MILITAR** - Período de tempo em que tiver que cumprir as exigências do Serviço Militar. Comprovante: cópia do documento emitido pelo órgão militar;

***MATERNIDADE** - Licença maternidade (ou licença-gestante) é um benefício de caráter previdenciário, garantido pelo artigo 7º, XVIII da Constituição Brasileira, que consiste em conceder à mulher que dará à luz licença remunerada de 120 dias contados a partir do primeiro dia do afastamento. Comprovante: atestado médico de 120 dias;

***VESTIBULAR** - Dias em que estiver comprovadamente realizando a prova de vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior. Comprovante: cópia do comprovante de confirmação de inscrição, entregue com antecedência de pelo menos 72 horas;

***AMAMENTAÇÃO** - De acordo com o artigo 396 da CLT, as mães de recém-nascido, após retorno ao trabalho, têm direito a 2 (dois) intervalos de meia hora durante a jornada de trabalho para amamentação, até que a criança complete seis meses de idade.

ESCALAS DE TRABALHO E TROCA DE PLANTÃO

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). As mesmas serão entregues ao setor de DP até o dia 15 do mês de competência. O colaborador deverá assinar a escala de trabalho, demonstrando assim que está ciente dos seus horários e folgas, até o 5º dia do mês.

Será permitida apenas 3 trocas de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço, não poderá trocar folga) com outro colega, exceto em situações de extrema necessidade analisadas previamente pelo gestor. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras:

- ✓ Troca de dias de serviço: 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;
- ✓ Solicitação de troca: deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, que deverá ser preenchido em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos;
- ✓ Validade da solicitação de troca: ocorrerá somente se autorizada pelo gestor da área, que será responsável pelo encaminhamento ao setor de DP;
- ✓ Em caso da falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Cuidar da apresentação pessoal é muito importante por demonstrar no cotidiano algumas características e hábitos da pessoa e a forma como ela se cuida. No INVISA, esta realidade não é diferente, pois é considerado um dos pilares fundamentais do marketing pessoal. Assim como os serviços prestados e a conduta, a apresentação pessoal pode chamar a atenção dos clientes e usuários de forma positiva ou negativamente, cabendo ao colaborador o cuidado especial com a sua apresentação. Ter boa apresentação ou ter boa aparência e bom visual não significa beleza. Significa estar com aspecto positivo.

O INVISA fornece uniformes e crachá funcional a todo colaborador no ato da admissão, cabendo ao colaborador o dever em utilizá-los de forma e condições adequadas em seu horário de trabalho. Quando desligado do quadro funcional, o colaborador deverá devolver o crachá funcional e o uniforme em perfeito estado de conservação.

Frente a especificações da NR-32 (assunto abortado a seguir) e normas e orientações que regem o Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH), algumas observações referente à apresentação pessoal serão indispensáveis na prática cotidiana do colaborador, tais como:

- ✓ Manter as unhas curtas e, se pintadas, utilizar esmaltes de cores claras (transparentes);
- ✓ Não usar adornos (anéis, cordões, brincos, relógios, pulseiras, fitas, piercing, dentro outros);
- ✓ Utilizar maquiagem discreta;
- ✓ Utilizar sapatos fechados e confortáveis. Para áreas assistenciais, manutenção, SND e SHL será disponibilizado pela empresa o EPI;
- ✓ Cabelos médios e longos devem estar devidamente presos.

POSTURA PROFISSIONAL

A postura no ambiente de trabalho não pode ser vista somente pela postura corporal. Nossa atitude social também se encaixa dentro de uma postura: a moral. Ou seja, é no modo de agir, no conjunto de comportamentos verbais e não verbais e no contato com o outro em nível impessoal que a postura profissional está presente.

Pode-se dizer que a postura profissional é parceira da boa educação que recebemos desde cedo, ou seja, quando ouvimos a orientação de respeitar ao próximo, se comportar em público, honrar compromissos e prezar pela organização e horários, nem imaginamos o quanto isso será empregado ao longo da nova vida.

Preste atenção a sua volta. Existe sempre alguém mais despreocupado, sem ligar muito para ao que fala, pouco comprometido com a disciplina e com as regras. Pode ter certeza que esta pessoa, mais cedo ou mais tarde, terá seu crescimento prejudicado justamente por esta postura.

O profissional que questiona suas atitudes tendo uma boa dose de autocrítica e apresente frequente preocupação em melhorar, alcançam o amadurecimento e crescimento profissional. Desta forma, você será o único responsável em alcançá-lo, lembrando-se sempre da conduta ética.

Ser ético nada mais é do que agir adequadamente sem prejudicar qualquer pessoa. É também agir de acordo com os valores morais estipulados pela sociedade. Qualquer decisão ética tem por trás um conjunto de valores fundamentais. Entre eles:

INVISA

- **Ser honesto em qualquer situação**: a honestidade é a primeira virtude da vida dos negócios. É fundamental para se ocupar um cargo nas organizações, mas precisa estar acompanhada de eficiência e eficácia para viabilizar a produtividade e qualidade nos serviços;
- **Ter coragem para assumir decisões**: mesmo que seja preciso ir contra a opinião da maioria, pois o principal é assumir o que fez e não prejudicar outras pessoas;
- **Ser tolerante e flexível**: muitas ideias aparentemente absurdas podem ser as soluções para um problema, mas para descobrir isso é preciso ouvir as pessoas e avaliar a situação sem julgá-las antes;
- **Ser íntegro em qualquer situação**: isto significa agir de acordo com os seus princípios, mesmo nos momentos mais críticos;
- **Ser educado**: educação tem a ver com um processo contínuo de aprendizagem e crescimento pessoal, isto envolvendo os aspectos físicos, intelectuais e morais. As pessoas educadas tratam os outros bem e com solidez;
- **Ser humilde**: só assim a gente consegue ouvir o que os outros têm a dizer e reconhecer que o sucesso individual é resultado do trabalho da equipe;
- **Ser fiel**: fidelidade é uma genuína atenção voltada ao próprio futuro e com o futuro dos outros, inclusive em seu local de trabalho. Por fidelidade cumprimos os nossos deveres, nossas promessas e nossas obrigações;
- **Ser prudente**: prudência implica escolher não somente grandes desafios, mas os melhores caminhos para superá-los. Estar atento não só ao que acontece, mas ao que pode acontecer.

BOAS PRÁTICAS PARA A BOA CONVIVÊNCIA

A seguir, apresentaremos algumas **REGRAS INTERNAS** para a boa convivência diária.

- IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR (USO DE CRACHÁ)

O crachá será fornecido pela Entidade e deverá ser de uso obrigatório para a liberação da entrada assim como o uso dentro das dependências da entidade. Também, deve estar sempre em local visível, preferencialmente do lado esquerdo na posição do bolso superior. A primeira via será totalmente gratuita.
O Departamento Pessoal deverá ser informado imediatamente caso haja perda, furto ou roubo do crachá. A emissão da segunda via poderá ter um custo adicional a ser pago pelo colaborador através de débito em folha de pagamento.
Para a segurança de todos, o crachá dever ser utilizado de maneira individual para acesso ao trabalho. Não é permitido ao colaborador utilizar para liberação de outro colega ou de terceiros.

17

Deveres

REGISTRO DE PONTO

O registro de ponto é obrigatório, devendo ser feito diariamente, 04 (quatro) vezes ao dia (entrada pela manhã, saída para almoço, volta do almoço e saída ao final do expediente), de acordo com o contrato de trabalho.
Os eventuais enganos cometidos no momento da marcação deverão ser comunicados imediatamente à coordenação de RH.
As faltas e atrasos justificados serão descontados em sua integridade conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).
A referida regra não se aplica aos funcionários que possuam jornadas especiais como, por exemplo, os plantonistas, terão os registros determinados conforme orientação dada pelo coordenador.

ATENÇÃO

Os colaboradores só poderão fazer horas extraordinárias mediante prévia autorização (formal) da chefia imediata, através de *Formulário de Ocorrência de Ponto*, caso contrário, as mesmas serão desconsideradas, ficando passível das sanções disciplinares, cabível ao ocorrido.
O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao seu local de trabalho deverá registrar os seus horários de entrada e saída.

14

15. Treinamento E Desenvolvimento De Pessoas

O objetivo é definir diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoas do INVISA, estabelecer estratégias e explicitar aos colaboradores os critérios que o norteiam.

Anualmente o INVISA realizará o Levantamento das Necessidades de Treinamento a fim de elaborar oPlano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que se define pelo conjunto de programas de treinamento planejados para o decorrer do ano, comcustos e com cronograma da realização das atividades.

O Levantamento de Necessidades de Treinamento compreende:

-Configuração do Quadro de Necessidades: O processo de levantamento de necessidades resultará em um conjunto de informações relativas ao treinamento e desenvolvimento de pessoal, tais como:

I. Justificativa das necessidades;

II. Pessoas envolvidas no processo;

III. Tipos de ações possíveis para supri-las;

IV. Prioridade de atendimento;

V. Sugestões de instituições patrocinadoras do evento.

-Matriz de Competências: Perfil ocupacional de entrada x Qualificação Profissional:Síntese das responsabilidades, escolaridade, experiência, conhecimentos básicos,habilidades e requisitos desejáveis para o ocupante do cargo e a qualificação de cada colaborador neste perfil.

-Diagnóstico: Análise das causas de déficits de desempenho ou da diferença entre onível real e o nível desejado das competências profissionais dos colaboradores do INVISA.

O diagnóstico irá abranger dois níveis:

Organizacional — Análise em nível macro organizacional das necessidades de treinamento, voltado ao atendimento dos objetivos estratégicos.

Individual e de Equipe — Voltado para o estabelecimento das competênciasnecessárias para cada colaborador ou para cada área, com vistas ao Plano Estratégico estabelecido pelo INVISA.

-Avaliação de Eficácia:

É realizada pela liderança do colaborador que participou do evento.

Objetivo: verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos.

Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificaçõesdesejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos do INVISA. Para efeito de análise, deverão ser considerados:

I. Avaliações do aprendizado;
II. Avaliação de satisfação;
III. Produtividade alcançada antes e depois do treinamento (quando aplicável);
IV. Resultado da avaliação de desempenho;
V. Clima de trabalho;
VI. Relacionamento interpessoal;
VII. Aplicação dos conhecimentos obtidos.

16. Clima Organizacinal

O INVISA realiza a pesquisa de clima organizacional mediante preenchimento de questionário eletronico disponbilizado em período oportuno no QR- code em comunicado interno.

17- Educação Permanente

A área de Educação Permanente do INVISA, tem por finalidade promovera melhoria da qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.

A importância da Educação Permanente do profissional no local de trabalhofacilitará a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe desaúde é um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem organizados com monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados,com declínio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas.

Na área da saúde, especificamente na enfermagem, a busca por um processo educativo contínuo in loco tem sido uma constante, no sentido de garantir uma assistênciade qualidade à população, promovendo e melhorando as competências técnico- científicas, culturais, políticas, éticas e humanísticas dos colaboradores.

Todavia, percebe-se que esta também é uma preocupação do Ministério da Saúde, no momento que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria n-

°198/04GM/MS), como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Desta forma percebemos a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógicoque se trata de uma mudança paradigmática, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional, elaborando um diagnóstico do perfil da sua práxis. Aferramenta mestra que norteia as mudanças é a educação permanente.

A busca pelo aprimoramento daqueles que trabalham nas unidades de saúde dar-se-á não apenas pela oferta de Educação Permanente, mas também pe la oportunidade dos profissionais sentirem- se agentes do seu próprio aprendizado.

Desta forma, profissionais mais habilitados a prestar uma assistência de qualidade,comporão o quadro de profissionais de saúde alocados nas unidades.

Meta trimestral do Programa de Educação Permanente: Capacitar 90% dos profissionais contratados.

Atendendo a uns dos padrões da Qualificação e Educação Profissional preconizados na Qualidade Hospitalar, o INVISA adota como uma das competências de contratação de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e equipe Multidisciplinar, profissionais que tenham concluído os cursos de ACLS, ATLS, BLS visando a preparação para atendimento e suporte a pacientes críticos.

Meta de padronização da assistência e incentivo profissional: Capacitar 100% dos profissionais da emergência nos protocolos de suporte de vida disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela SESA/ES.

18- Desempenho E Performance Profissional

Proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe de Enfermagem, ampliando seus conhecimentos e habilidades técnicas, através de um cronograma de treinamentos teóricos e práticos, bem como selecionar e capacitar pessoas para atender asnecessidades da unidade, levando ao paciente a assistência de qualidade.

Estruturar um serviço que atenda às necessidades dos profissionais da assistência.

Conscientizar da importância do desenvolvimento prático, qualificando e capacitando profissionais buscando reter talentos para a empresa.

Propiciar motivação no processo de ensino-aprendizagem na unidade, propiciandointeração com os pacientes, famílias e equipe multiprofissional.

18.1 Desenvolvimento Do Plano De Educação Permanente

O Enfermeiro da Educação Permanente, possui como responsabilidade principal a formação de profissionais multiplicadores, prestando assistência integral de qualidade, através, do nivelamento das equipes identificando indicadores de melhorias.

Possui as seguintes atribuições:

- ✓ Capacitar a equipe de enfermagem para o desempenho em suas atividades, atravésde programas de formação em parceria com chefia deEnfermagem.
- ✓ Promover o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem pela ampliação do conhecimento técnico e científico preparando para assumir adequadamente suas funçõesde assistência, ensino, pesquisa e administração.
- ✓ Incentivar e estimular os diversos setores da enfermagem a elaborar programas de capacitação e desenvolvimento técnico e científico.
- ✓ Cumprir e fazer cumprir o código de ética de enfermagem, regulamentos, normas erotinas;
- ✓ Contribuir com a Diretoria Médica na implementação da filosofia, dos objetivos,das políticas adotadas, bem como na integração entre o ensino e a assistência.
- ✓ Realizar reuniões da equipe de enfermagem sob sua responsabilidade. Elaborar relatório trimestral das atividades desenvolvidas pelo setor. Elaborar planejamento anual das atividades a serem desenvolvidas pelo setor.
- ✓ Acompanhar o levantamento das necessidades de educação em serviço nas unidades.

- ✓ Coordenar e acompanhar a elaboração, execução, supervisão e avaliação dosprogramas de orientação, treinamento e atualização.
- ✓ Participação efetiva nas decisões tomadas sobre assuntos referentes ao Corpo de Enfermagem juntamente com as Chefias de Enfermagem.
- ✓ Participar e fomentar as atividades de pesquisa em assuntos relacionados à enfermagem, elaborando cronogramas e coordenar a realização de palestras e grupos de estudos sobre assuntos de interesse da enfermagem.
- ✓ Manter intercâmbio com outras instituições em assuntos relacionados à educação em serviço, visando à realização de programas de extensão.
- ✓ Programar e encaminhar a realização de encontros, fóruns internos, congressos e jornadas de enfermagem.
- ✓ Unidades de Atendimento: Clínica Médica Adulto; Terapia Intensiva e Intermediária Adulto; Cardiologia; Cirurgia Geral – pequenos procedimentos à beira leitos e Neurocirurgia.

Será realizado um estudo de diagnóstico das necessidades dos profissionais para o desenvolvimento do Programa de Educação Permanente, em conjunto com as Chefias de Enfermagem.

19. Política de Segurança Ocupacional

O INVISA tem por objetivo fornecer aos seus colaboradores e clientes um ambiente seguro e saudável. As estratégias, procedimentos e ações adotadas no instituto visam alcançar os seguintes objetivos:

I. Comprometer-se com a saúde, a segurança e o bem-estar de nossos colaboradores, clientes e parceiros;

II. Incentivar a participação dos colaboradores nas ações e programas de segurança e saúde no trabalho;

III. Gerenciar custos, riscos e qualidade nos ambientes de trabalho;

IV. Estar em conformidade com as legislações vigente relativa à segurança e

saúde do trabalhador;

V. Buscar sempre a melhoria contínua e a qualidade das atividades relacionadas à Segurança do Trabalho e a Saúde Ocupacional.

VI. Normas de acidentes biológicos, proteção de riscos (ANVISA e MTE)

Todas as ações do SESMT do INVISA estão devidamente dispostas nos Procedimentos Operacionais Padrões (POP). Estes foram criados pelo setor em conformidade com as normas vigentes no pais, principalmente com as Normas Regulamentadoras do MTE.

Anualmente, são realizadas campanhas de prevenção e conscientização através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). A principal função deste grupo é prevenir acidentes, realizar inspeções, organizar e promover a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT).

Todos os colaboradores são representados pela CIPA que é formada por representantes dos empregados e do empregador. Ao longo dos anos foram imp lantadas as CIPAs nas unidades sob gestão do INVISA, obedecendo a Norma Regulamentadora-05 (NR-05) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), monitorando as condições de saúde e segurança da unidade, alertando ao gestor e aos demais colaboradores dos riscos existentes, realizando o registro dos eventos em ata de reunião e promovendo saúde e segurança em seu local de trabalho.

Também são agregadas as atividades do SESMT a realização de inspeções periódicas, a fim de garantir boas condições ergonômicas, ambientais e de segurança, cumprindo as resoluções da Norma Regulamentadora-32.

Com o objetivo de propiciar um ambiente de trabalho saudável, o INVISA realiza ações multidisciplinares de segurança, integrando as equipes e atuando nos fatores que influenciam a qualidade de vida do trabalhador.

As ações serão voltadas para:

- Implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);
- Implementação do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Implementação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Implementação do Plano de Contingência cujo objetivo é descrever as medidas a serem adotadas pelo instituto, no caso da ocorrência de um evento indesejável que afete ou possa afetar negativamente o atendimento: Sinistro de Incêndio, Ataque de Pragas, Falta de

Água e Falta de Luz.

- Elaboração do Laudo de Insalubridade;
- Elaboração do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT);
- Elaboração do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP);
- Inspeções periódicas nos ambientes de trabalho.
- Realização de treinamentos para todos os colaboradores (Integração, Acidentes do Trabalho, Biossegurança, Prevenção e Combate ao Princípio de Incêndio, Uso de Equipamento de Proteção Individual, Fluxos do SESMT e Formação de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA));
- Assessoria aos membros da CIPA;
- Acompanhamento das reuniões da CIPA;
- Controle das condições dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Realização de compra e recarga dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Partici par da elaboração de Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro cortantes.
- Investigação dos incidentes do trabalho caracterizando ou não em acidentes do trabalho, realizando a comunicação aos órgãos competentes mediante a emissão da Comunicação de Acidentes do Trabalho;
- Acompanhamento dos acidentes do trabalho;
- Acompanhamento da dosimetria dos colaboradores expostos à radiação ionizante;
- Elaboração de Plano de Proteção Radiológica — PPR;
- Fiscalização do cumprimento das normas e procedimentos.

O Instituto contará com a Brigada de Incêndio seguindo os requisitos mínimos da legislação vigente para a composição, implantação e reciclagem de brigada de incêndio, preparando- as para atuação na prevenção e no combate ao princípio de incêndio, abandono de área e primeiros-socorros, visando, em caso de sinistro, proteger a vida e o patrimônio, reduzir as consequências sociais do sinistro e os danos ao meio ambiente.

20- Plano de Atendimento a Emergências (PAE)

O Plano de Atendimento a Emergências expressa a padronização das diversas ações básicas de contingências na unidade de saúde, visando descrever medidas cabíveis a serem

tomadas, em momentos de risco ou em situações em que exijam qualquer interferência no processo normal do cotidiano da unidade de saúde, incluindo a ativação de processos manuais, para que retornem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação total ou momentânea, que possa gerar qualquer tipo de danos aos pacientes, funcionários, patrimônio, bem como prejuízos financeiros à instituição.

O Plano de Atendimento a Emergências pode ser entendido, também, como Plano de Contingência Institucional ou Plano de Riscos.

Objetivos do PAE:

- Prover a instituição dos mais diversos mecanismos de controle e segurança, no cuidado a todos que diariamente dedicam suas vidas ao bom funcionamento dos processos do Complexo de Saúde da Penha e dos que dele se utilizam;
- Considerar como primordiais todas as questões que incidem sobre o indivíduo e a coletividade dos trabalhadores diretos e indiretos e aos pacientes;
- Instituir programas com o intuito de treinar, organizar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações necessárias às respostas de controle e combate às ocorrências anormais;
- Permitir a continuidade dos processos de trabalho aos componentes vitais que sustentam a dinâmica de funcionamento do Complexo de Saúde da Penha contra todos os eventos que os ameaçam, sejam tecnológicos, humanos, naturais e/ou físicos;
- Minimizar danos imediatos e perdas decorrentes de emergências;
- Assegurar a restauração das atividades, instalações e equipamentos o mais rápido possível;
- Assegurar a rápida ativação dos processos críticos.

21- Educação Permanente - Proposta de Educação em Saúde/Capacitação

A área de Educação Permanente do INVISA, tem por finalidade promover a melhoria da qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.

A importância da Educação Permanente do profissional no local de trabalho facilitará a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas

as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de saúde é um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem organizados com monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados, com dec línio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas.

Na área da saúde, especificamente na enfermagem, a busca por um processo educativo contínuo in loco tem sido uma constante, no sentido de garantir uma assistência de qua lidade à população, promovendo e melhorando as competências técnico-científicas, culturais, políticas, éticas e humanísticas dos colaboradores.

Todavia, percebe-se que esta também é uma preocupação do Ministério da Saúde, no momento que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria n-198/04 GM/MS), como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Desta forma percebemos a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional, elaborando um diagnóstico do perfil da sua práxis . A ferramenta mestra que norteia as mudanças é a educação permanente.

A busca pelo aprimoramento daqueles que trabalham nas unidades de saúde dar-se-á não apenas pela oferta de Educação Permanente, mas também pela oportunidade dos profissionais sentirem- se agentes do seu próprio aprendizado.

Desta forma, profissionais mais habilitados a prestar uma assistência de qualidade, comporão o quadro de profissionais de saúde alocados nas unidades.

Meta trimestral do Programa de Educação Permanente: Capacitar 90% dos profissionais

contratados.

Atendendo a uns dos padrões da Qualificação e Educação Profissional preconizados na Qualidade Hospitalar, o INVISA adota como uma das competências de contratação de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e equipe Multidisciplinar, profissionais que tenham concluído os cursos de Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular, Suporte de Vida no Trauma e Suporte Avançado de Vida, visando a preparação para atendimento e suporte a pacientes críticos.

Meta de padronização da assistência e incentivo profissional: Capacitar 100% dos profissionais da emergência nos protocolos de suporte de vida disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela SESA/ES.

22- Cronograma De Treinamento Admissional

Admissão (Enfermeiros e Técnicos de enfermagem): Os funcionários admitidos permanecerão em treinamento durante 1 (uma) semana Bloco Prático: 01 (uma) semana diarista.

Treinamento Geral: Supervisão direta dos enfermeiros de treinamento na parte teórica e prática, envolvendo a Biossegurança, CCIH, Ouvidoria, Banco de Sangue, Ventilação Mecânica, Noções de Postura.

Ambientação: 1° dia - RH e Processos Internos e 2° e 3° dia - treinamento com a Enfermagem.

23-Experiência Em Administração De Pessoas

O setor de Gestão de Pessoas do INVISA busca a promoção e valorizaçãodo reconhecimento de seus profissionais, através de seus programas e o funcionamento de seus subsistemas com olhar generalista e atendimento às normas externas pertinentes.

Norteados pelas diretrizes e portarias disponibilizadas pelo SUS, obrigatoriamente,todos os profissionais são registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos Saúde(CNES, que

será atualizado com todas as movimentações dos colaboradores, dentro da frequência acordada.

24- Avaliação de Desempenho Individual

A política de Avaliação de Desem penho tem como referencial básico a definição de critérios pré- estabelecidos a serem utilizados de forma a minimizar a subjetividade naanálisedos superiores hierárquicos sobre o desempenho de seus colaboradores.

O programa de Acompanhamento e Avaliação de Desempenho permite identificar aspectos de natureza interpessoal, organizacional, ambiental que influenciam no desempenho dos colaboradores. Permite identificar talentos por desempenho alcançado e diferenciado e promover a progressão por mérito. Auxilia na identificação das competências e potencialidades, necessidades de treinamento e/ou aperfeiçoamento e estabelecer metas e novasconquistas com base nos objetivos organizacionais.

25- Política de RH: Plano de Cargos e Salários

Trata-se de um programa que define a política de gestão de remuneração dos segmentos de carreiras que compõem os cargos do INVISA, a fim de estabelecer salários compatíveis com os requisitos e responsabilidades da carreira, promovendo um tratamento salarial equânime e justo aos colaboradores, através da criação de parâmetros para implantação e organização dos cargos, em equivalência com as práticas de mercado, com o propósito de subsidiar o desenvolvimento de ascensão na carreira com vistas a atingir os objetivos da Instituição.

A Gestão de Pessoas é a responsável pela aplicação, administração e monitoramento do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dessa Organização Social.

Objetivo Geral

O plano de Cargos e Salários está enquadrada na Politica de RH e se propõe a regulamentar e especificar com clareza os critérios necessários e específico para ascensão profissionale salarial de seu colaboradores.

Tudo de acordo com a vacancia dos cargos, responsabilidade, aptidões e desempenho dos profissionais, alinhando de uma forma mais objetiva à estrutura institucional dentro do INVISA.

Finalidade

Organizar e estabelecer o equilíbrio tanto para a Instituição, quanto para os colaboradores, entre os salários e o labor correspondente, enfatizando e aproveitando a capacidade humana e os recursos financeiros.

EQUILIBRIO INTERNO

- Delimitar custos e investimentos direcionando a gestão de acordo com os recursos existentes, bem como projetar crescimentos pré-estabelecidos, através da integração das políticas salariais aos modelos estratégicos da remuneração como base em competências;
- Estabelecer uma relação de harmonia entre os cargos existentes na instituição e a remuneração praticada no mercado, aumentando a competitividade mercadológica e contribuindo para o planejamento financeiro.
- Determinar as regras e orientações a serem seguidas nas contratações,progressões de carreira vertical e horizontal (promoções, reajustes por mérito ou espontâneo, recrutamento interno etc.), facilitando o processo seletivo e possibilitando transparência e clareza sobre as expectativas para cada função.

EQUILIBRIO EXTERNO

- Remunerar os empregados a níveis competitivos com o mercado de trabalho, aumentando a satisfação e o senso de justiça e de pertencimento.
- Definir as faixas salariais e competências necessárias para que o profissional preencha cada um deles,aumentando a transparência acerca das possibilidade de ascensão.
- Integrar as políticas salariais aos modelos estratégicos de remuneração com base na competência.
- Estimular o engajamento e o aumento da produtividade entre os colaboradores/equipes;

Responsabilidade e Diretrizes Gerais do Plano de Cargos e Salários:

Como primeira etapa do processo de aplicação do Plano de Cargos e Salários, temos a análise dos cargos, de acordo com as descrições (conforme CBO) e sua vacância, levando em conta o quantitativo minimo de pessoal existente no presente edital 01/ 2022 e a realização de processo seletivo simplificado de ampla concorrência.

Quanto aos cargos internos, os lideres de equipes (compostos por gerentes, coordenadores, etc) poderão apresentar essa necessidade junto ao setor responsável do RH para avaliação de realização de processo seletivo interno simplificado.

Ressaltamos ainda que existe a possibilidade de fusão e/ou desmembramento de cargos, mas sempre respeitando a quantidade minima de cargos e de pessoal descrita no presente edital. A Superintendência Administrativa será o setor responsável por aprovar a política do "Plano de Cargos e Salário", construida pela Gerencia de Gestão de Pessoas, que também será responsávelpela execução na pratica do programa.

Já as lideranças (gerente, coordenador e/ou supervisor), serão responsáveis para garantir a aplicação da referida política dentro do setor de atuação.

Sistema de vencimentos (salários e remunerações):

O sistema de remuneração do INVISA deverá ser composto por:

- **Salário base** – corresponde ao salário fundamental, sem o acréscimo de importâncias fixas ou variáveis com as quais se completa a remuneração global dos empregados, valor definido no contrato;
- **Remuneração** – representa o somatório dos valores correspondente ao nível salarial, acrescido dos adicionais e vantagens recebidas pelo empregado.

Havendo divergência entre a Legislação Trabalhista em vigência e o Acordo Coletivo, prevalecerão as regras mais benéficas aos colaboradores.

Requisitos para especificações dos Cargos

Os requisitos mínimos necessários para as especificações dos cargos levarão em consideração as seguintes situações:

I. Requisitos de escolaridade – Formação

Os requisitos de escolaridade indicam a formação escolar mínima requerida para o cargo. Sua comprovação é feita por cópia de diplomas e/ou histórico escolar que deverão ser entregues e ficarão disponíveisno prontuário do colaborador, sob a guarda da área de Departamento de Pessoal, em caso de contratação. Em alguns casos será necesário a comprovação de inscrição no conselho da classe.

Poderão ainda ocorrer casos em que a ausência da escolaridade requerida podeser suprida pela e xperiência adquirida em treinamentos realizados, cabendo nesses casos haver um reconhecimento da competência afirmado pela liderança do colaborador.

II. Requisitos de experiência - Capacidade técnica

Indica o tempo mínimo de e xperiência com ativ idades típicas e correlatas àquelas desempenhadas para o cargo. Sua comprovação é feita através de cópia de

Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) ou das informações que serao

demonstradas e ficarão registradas no prontuário do colaborador em caso deadmissão.

Em algumas situações, a ausência da experiência requerida pode ser suprida por conhecimentos adquiridos em formações acadêmicas, cabendo nesses casos haver um reconhecimento da competência afirmado pela liderança do colaborador.

III. Requisitos de conhecimentos

Os requisitos de conhecimentos são aqueles relacionados aos conhecimentos específicos necessários para a função.

Vale ressaltar que o conhecimento requerido para um cargo pode ser obtido por treinamentos ou experiências. Estas situações são atestadas e reconhecidas pela liderança do colaborador.

IV. Requisitos de responsabilidades

Os requisitos de responsabilidades evidenciam as diversas responsabilidades inerentes ao cargo, tanto em relação a equipamentos quanto aos assuntos confidenciais inerentes aocargo.

V. Requisitos de função de confiança

Um cargo de confiança diz respeito aos gerentes e diretores executivos que executam um trabalho de grande importância e autonomia sem a necessidade de controle de jornada.

Profissionais que exe rcem cargos de confiança possuem direitos trabalhistas diferentes de colaboradores comuns. Afinal, esse título traz responsabilidades maiores, permite certa liberdade na execução das atividades e na tomada de decisão.

VI. Requisitos de competência

Os requisitos de competência comportamental dos cargos são determinados com base nos conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para desempenhar com ê xito as responsabilidades descritas/especificadas no documento Descrição de Cargo.

Deste modo, para que o colaborador possua uma determinada competência comportamental, é necessário que ele possua conhecimento teórico dela, habilidade em saber utilizá-la e atitude/interesse/ motivação para utilizá-la.

Politica de Progressão e Projeção da Carreira, de acordo coma Politica de Cargos e Salários:

Procurando sempre aplicar as técnicas mais atuais para que o INVISA possa ter seus cargos e salários condizentes com a realidade atual do mercado, o planejamento será estabelecido observando a seguinte situação:

Estrutura de Cargos e Salários:

É uma estrutura na qual cada cargo, de acordo com suas responsabilidades, pesquisa salarial e estratégia, possui uma grade (nível de posição) salarial. Sendo assim, o salário base (nominal) é definido dentro da Estrutura de Cargos e Salário, composta pela etapa dos cargos.

I. Descrição de Cargo

É o documento no qual são registradas as principais atribuições, especialidades e especificações do cargo, além dos resultados esperados e a razão do cargo existir na organização.

A progressão poderá ocorrer:

- Horizontal por mérito e antiguidade;
- Vertical por promoção de nível no mesmo cargo;
- Promoção para outro cargo;

Progressão Horizontal por mérito: ocorre por reconhecimento da capacitação e do desempenho do colaborador na e xecução das tarefas do cargo que ocUPA. Poderá ser solicitado mediante avaliação de desempenho e desempenho funcional, que considera os fatores de conhecimento técnico, conhecimento da organização/negócio; competências sociais/relações humanas; amplitude de pensamento; grau de dificuldade; autonomia para tomada de decisão; intensidade da influência e assiduidade do empregado no trabalho desenvolvido. O colaborador deverá ter pelo menos 1 ano na função. O percentual de aumento deve respeitar o limite da faixa salaria do cargo que estiver inserido.
Pode ser também por antiguidade e será obtida mediante avaliação do tempo de permanência na Empresa (em anos). Consiste na mudança para o nível e ocorrerá mediante lista de antiguidade.
Progressão vertical – promoção de ní vel no mesmo cargo: é uma mudança para o nivel de classe superior, dentro da classe atual do cargo. Poderá ocorerr quando o colaborador obtiver crescimento decorrente da complexidade das tarefas desempenhadas por ele ou por maturidade, definida pela sua qualificação profissional. Está vinculada ao deslocamento de um cargo para outro, de uma vaga já existente ou por criação de um novo cargo. Poderão passar por um processo de avaliação de processo seletivosimplificado interno.
Os recursos destinados à progressão horizontal e vertical para a carreira deverão ser limitados 1% na folha salarial anual (sugestão).

Promoção para outro cargo: Considera-se como uma oportunidade no qual o colaborador deve, inicialmente, ter capacidade técnica para exerce r e assumir responsabilidade e atividades com maior complexidade dentro da carreira organizacional. Poderá ou não ocorrer por processo seletivo simplificado interno ou externo. A faixa salarial deverá ser fixada pela remuneração prevista para o cargo. A recomendação de avaliação do perfil é recomendada para esses casos, e deverá ser aprovado pelo Recursos Humanos e Diretoria.
Outrossim, ressaltamos que um avanço na formação acadêmica, bem como o tempo de e xperiência adquirido, não implica necessariamente uma promoção de cargo, estando sujeito a politica de progressão acima descrita.

Outras Politicas de projeção e alteração da carreira, de acordo com a Politica de cargos e salários:

Poderão ainda haver alteração salarial, mediante projeção e alteração do cargo, nas seguintes situações:

- Término do período de experiência;
- Promoção vertical (para um cargo maior);
- Transferência para outro cargo;
- Reajustes de mercado;
- Dissídios, CCT e Piso Salarial

29. Tarefas e Responsabilidades dos Cargos – Critérios de Evolução da Carreira

Introdução

Para o desenvolvimento profissional dos colaboradores, o INVISA adotou um plano de carreira e critérios de evolução, de forma a estruturar as tarefas e responsabilidades de cada cargo, seja ele assistencial ou administrativo.

I - O **Eixo organizacional** do INVISA está calcado em duas vertentes:

- Operacional/ assistencial: cargos e funções de atenção direta à saúde, como enfermeiros, tecnicos de enfermagens, fonodiologos, fisioterapeutas, etc..
- Administrativo: cargos e funções de atenção administrativa como analista financeiro, secretarias, analistas administrativos, etc.

II - **Grupo Organizacional:** é o conjunto de cargos com o mesmo nivel de responsabilidade, complexidade e conhecimento.

Pode ser divivida por **ní vel de conhecimento**, como o superior (analista administrativo, assistente social, biólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional), tecnico e médio (tecnico de enfermagem e assistente, respectivamente); e a classe da carreira (que, dependendo do nivel superior, poderá ser subsidivido em duas ou mais carreiras) como carreira Médico e Enfermeiro (nível 1, 2, 3).

A classe da carreira aqui é compreendido como o grau de complexidade e responsabilidade das atribuições que serão necessárias para alcançar os padrões hierarquizados dentro de um cargo, que se refletem em valores organizados em níveis salariais. Já o nivel salarial são os os valores que expressam o salário base dos níveis hierárquicos de cadaclasse.

– Cargo – É uma composição de funções ou atividades equivalentes em relação às tarefas a serem desempenhadas, o qual é definido estrategicamente na busca da eficiência da organização. A análise de um cargo e sua descrição são formas de auxiliar na contratação do empregado dentro do perfil desejado pelo instituto.

- Função – A descrição de função divide-se em: a. Descrição Sumária – descreve de forma sucinta as principais atribuições do cargo; Atribuições de Gestão de Pessoas – descreve de forma detalhada, todas as

atividades que o empregado realiza.

IV.I - Função Gratificada pode ocorrer para aqueles colaboradores com atividades de chefia e/ou liderança de setor ou equipe, recebendo portanto uma adicional ante a responsabilidade da atividade assumida. A permanência ou não do colaborador nessa função varia de acordo com o seu desempenho e necessidade institucional, podendo a qualquer momento, ser realocado em sua função original.

Classificação dos cargos

CLASSIFICAÇÃO DOS CARGOS	
CLASSE	**DESCRIÇÃO**
MÉDIO	Atividades de nível administrativo ou com habilidades específicas, queobjetivam auxiliar em todas as áreas da organização
TÉCNICO	Atividades de nível técnico ou administrativo, que objetivam auxiliar áreasespecificas da organização de acordo com a formação.
SUPERIOR	Atividades que requerem conhecimento ou formação específica, que objetivam fornecer o suporte necessários nas mais variadas áreas daorganização.
LÍDER	Atividades que requerem perfis, habilidades e atitudes específicas para o gerenciamento de equipes e atividades da organização, exigindo alto graude comprometimento e confiança.

O colaborador de cargo amplo poderá exercer diferentes funções durante sua vida laboral dentro da unidade, encaixando-se no grupo organizacional.

As funções aplicadas dentro da instuição são desenvolvidas pela área de recursos humanos levando em consideração a atividade a ser desenvolvida bem como as habilidades do profissional.

Deverá ser demonstrada por planilhas, de acordo com a distribuição dos cargos e funções nas classes e carreiras de forma detalhada.

Deste modo, para que haja a evolução da carreira, é necessário, inicialmente,a observancia

da politica de progressão e projeção de cargos acima descrito, e de abertura de um processo de avaliação, conduzido pela área de Departamento de Pessoal, em conjunto com os gestores, por conveniência e oportunidade da Superintendência Administrativa do INVISA. Ainda, deverá ser vinculado à existência de vaga ou na criação de novos cargos, tudo de acordo com os preceitos consignados no Edital em questão.
Por fim, fica estabelecido que, a cada dois anos, poderá haver uma revisão dos cargos e funções, ou sempre que houver necessidade de ajustes, a fim de adequá-las às mudanças tecnológicas e de mercado, sendo indispensável a formação e conhecimentos específicos do cargo para o exercício de cada função.

Alteração, criação, reclassificação e extinçao dos cargos.

Tais situações só ocorrerão quando comprovada a sua necessidade, bem como aceita com a permissão da area tecnica da SESA e serão decorrente do desenvolvimento tecnoloico ou necessidades de ampliação e/ou
demanda de serviços na unidade de Saude, ou fruto de leis publicadas no Diario Oficial, a que estamos à disposição, bem como de demandas da propria estutura gerencial de sua sede.
Deverão ser submetidas à avaliação da área de Recursos Humanos, ficando sob sua responsabilidade a análise e definição do cargo, assim como sua reclassificação na Tabela Salarial.

Excepcionali dade de Enquadrame nto

É importante ressaltar que os colaboradores que possuam contratos de prestação de serviço e/ou mão de obra que já contemplam a estrutura de cargos e salários estabelecida em seu contrato com o IGA S deverão seguir as obrigações legais já pré-definidas nos contratos firmados, conforme preceitos civis, trabalhistas e previdenciários.

Estrutura Salarial e Enquadr amento Funcional

A definição dos valores de cada nível salarial (iniciais e finais) de cada classe, deverá respeitar a legilasção vigente, como Convenção, Acordo Coletivo de Trabalho, os salarios descritos no Edital os pisos mínimos estaduais praticados no Estado do Rio de Janeiro, as remunerações descritas nesse Edital e até mes mo pesquisa de mercado.
O enquadramento funcional do empregado do INVISA deverá se dar, preferencialmente, no nível in icial da carreira.
Será definido o Sindicato que representará os empregados do INVISA paraquaisquer negociações relativas a este Plano.

A partir das descrições dos cargos e funções que serão abaixo apresentadas, efetuaremos pesquisas salariais periódicas, cujos resultados, depois de comparados qualitativa e estatisticamente (salários do mercado eda Empresa) e determinadas às curvas salariais, servirão de base para orientar o estabelecimento dos novos valores dos níveis salariais.

As pesquisas salariais serão orientadas pelo Setor responsável pela Politica de RH e Gestão de Pessoas, preferencialmente a cada dois anos, podendo ser realizadas pelo próprio Instituto ou por serviços de consultoria especializada, tendo como objetivo confrontar os procedimentos internos com os do mercado e manter atualizadas as práticas de remuneração e benefícios.

5. Indicação de tarefas e responsabilidade de cargos Assistencial/operacional e Administrativo da UPA.

SETOR	CARGO	ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES
Administração	Diretor Geral	✓ Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades, a fim de que o hospital atinja a sua finalidade, ministrando um atendimento eficiente a todos os usuários. ✓ Controlar as atividades desenvolvidas por todos os profissionais atuantes na unidade, participando ativamente do credenciamento médico junto a Direção Técnica; ✓ Estabelecer rotinas para o bom funcionamento da unidade e eficiência operacional, administrativa e financeira; ✓ Planejar e organizar a(s) gerência(s) das instituições hospitalares; Supervisionar o desempenho das questões burocráticas e administrativas das instituições hospitalares; ✓ Elaborar relatórios técnicos e emitir pareceres em assuntos de natureza administrativa; ✓ Avaliar e acompanhar desempenhos funcionais;
Administração	Assistente Administrativo	✓ Executar ações e tarefas de assistência administrativa, relativas à gestão de pessoas, suprimentos, comunicação administrativa, reprografia, patrimônio, jurídico e demais serviços de apoio administrativo; ✓ preencher documentos, preparar relatórios, formulários, planilhas e prontuário; ✓ Acompanhar processos administrativos, cumprindo todos os procedimentos necessários referentes aos mesmos; ✓ Atender clientes, usuários e fornecedores; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Administração	Diretor Médico (RT)	✓ Dirigir, coordenar e orientar o Corpo Clínico da instituição; - Supervisionar a e xecução das atividades de assistência médica na instituição; ✓ Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição; - Promover e exigir o e xerc ício ético da medicina; ✓ Zelar pela fiel observância do Código de Ética Médica; ✓ Observar as Resoluções do CFM e do CREMERJ diretamente relacionadas à vida do Corpo Clínico da instituição
Administração	Diretor Administrativo	✓ Executar as deliberações gerais da unidade, na área de competência; ✓ Elaborar planejamento estratégico; ✓ Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades de cada unidade da unidade; ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com regulamentos, regimento das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de trabalho; ✓ Conferir as informações que são levantadas pelas unidades para a composição da prestação de contas mensal, a fim de quenão contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição; ✓ Manter em dia os registros e alvarás das atividades que exigirem essa providência; ✓ Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral; ✓ Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativos da unidade e avaliar periodicamenteo desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados; ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde físicae psíquica constantemente preservada; ✓ Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo em ata as decisões; ✓ Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento e POP – Procedimentos Operacionais; ✓ Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativos, utilizando os instrumentos pertinentes; ✓ Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa; ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos
		✓ Ser responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de Enfermagem; ✓ Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas da Unidade de Saúde, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe; ✓ Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem; ✓ Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem; ✓ Confeccionar escala anual de férias da equipe de

Administração	Gerencia deEnfermagem (RT)	enfermagem; ✓ Assessorar a direção da unidade nos assuntos referentes à sua área de atribuição; ✓ Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente; ✓ Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas; ✓ Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais; ✓ Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem; ✓ Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva; Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição; ✓ Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem; ✓ Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos; ✓ Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores da unidade; ✓ Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade. ✓ Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa; ✓ garantir a prestação de assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo. ✓ Cumprir e fazer cumprir o código de ética dos profissionais de enfermagem .
Administração	Coordenador Administrativo	✓ Criar métodos de trabalho que garantam o bom funcionamento da unidade; ✓ Interagir com todas as áreas da unidade, mantendo o bom ambiente e controle; ✓ Planejar atividades diárias e rotinas da unidade; ✓ Organizar o funcionamento dos vários setores da unidade; ✓ Garantir a perfeita circulação de informações e orientações; ✓ Delegar funções evitar falhas de comunicação, escassez ou excesso de empregados; ✓ Evitar custos desnecessários ou outros problemas que gerem desperdício, ineficiência, prejuízo à produção, déficitorçamentário; ✓ Planejar, organizar e controlar as atividades administrativas da unidade; ✓ Traçar estratégias e métodos de trabalho para administrar as situações de crise; ✓ Reportar a Diretoria através de relatórios de controle sobre os processos sob seu controle; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Ouvidoria	Ouvidor	✓ Atuar na Ouvidoria da unidade, realizando a mediação das reclamações/comunicados recebidos e elaborando respostasformais de acordo com a pertinência e conteúdo; ✓ Encaminhar os dados da Ouvidoria aos responsáveis, de acordo com a sigilosidade, para devida ciência e resposta; ✓ Garantir que todas os contatos recebidos pela Ouvidoria que necessitam de resposta sejam atendidos de acordo com osprazos estabelecidos, atuando junto aos responsáveis; ✓ Reportar a diretoria da unidade sobre os contatos recebidos pela Ouvidoria, elaborando relatórios e apresentações;

		✓ Realizar arquivamento de documentos; ✓ Gerir conta de e-mail específica; ✓ Elaborar relatório mensal do SAU; ✓ Coordenar a aplicação e apuração da pesquisa de satisfação; ✓ Coordenar serviços do SAU, posso ajudar e visitas em leito; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

UTI	Médico Intensivista Coordenador	✓ Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na UTI; ✓ Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho; ✓ Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho; ✓ Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem na UTI, bem como liderar as discussões e decisões tomadas; ✓ Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas; ✓ Acompanhar o desempenho da equipe médica da UTI; ✓ Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade; ✓ Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade do Instituto; ✓ Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SESA/ES, ANVISA e Ministério da Saúde; ✓ Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados; ✓ Realizar e coordenar reuniões administrativas e clín icas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas; ✓ Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos; ✓ Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas; ✓ Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente; ✓ Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde; Construir e informar escala de plantão da unidade. ✓ Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
UTI	Médico Rotina	✓ Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva; ✓ Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho; ✓ Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho; ✓ Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu turno de trabalho, discutir com o coordenador da unidade, plantonista e o médico assistente sobre as condutas a serem realizadas nos pacientes; ✓ Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas; ✓ Cumprir com seu turno de trabalho conforme acerto prévio com a Coordenação da Unidade; ✓ Colaborar junto a Coordenação da UTI na realização de suas funções; ✓ Assumir a coordenação da UTI na ausência ou impossibilidade do Coordenador Médico. ✓ Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

UTI	Médico Plantonista	✓ Prestar atendimento na Unidade de Terapia Intensiva a pacientes internados. ✓ Integrar a equipe multiprofissional de trabalho, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais; ✓ contatar a Central de Regulação Médica para colaborar com a organização e regulação do sistema de atenção à urgências; ✓ participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico na área intensiva; ✓ promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observando preceitos éticos; no decorrer da e xecução de suas atividades de trabalho; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
UTI	Enfermeiro Intensivista Coordenador	✓ Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de terapia intensiva, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe; ✓ Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem; ✓ Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem; Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem; ✓ Integrar a UTI com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional; ✓ Assessorar a direção da unidade nos assuntos referentes à sua área de atribuição; Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente; ✓ Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor; ✓ Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas; ✓ Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais; ✓ Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem; ✓ Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva; ✓ Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição; ✓ Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem; ✓ Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade; ✓ Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos; ✓ Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores da unidade; ✓ Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade. ✓ Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

UTI	Enfermeiro Rotina	✓ Organizar prontuários com registros das observações, tratamentos e xecutados e ocorrências verificadas em relação ao paciente. ✓ Participar da prevenção, do controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral. ✓ Atuar quando da ocorrência do óbito, e xecutando e orientando os procedimentos necessários, bem como prestando apoio aos familiares. ✓ Verificar o funcionamento de aparelhos utilizados na área de enfermagem, solicitando reparos e/ ou substituições. ✓ Participar das medidas de biossegurança, realizando treinamentos em procedimentos que venham assegurar e minimizar os acidentes de trabalho. ✓ Assegurar condições adequadas de limpeza, preparo, esterilização e manuseio de materiais no âmbito hospitalar e no ambulatório. ✓ Apoiar as atividades de pesquisa e extensão; ✓ Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços. ✓ Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho. ✓ Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

UTI	Enfermeiro UTI	✓ Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em pacientes adultos criticamente enfermos; ✓ Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial e do cuidado ao paciente criticamente enfermo e/ou em situação de risco de morte; ✓ Executar asfunções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o atendimento do paciente crítico; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.
UTI	Técnico de Enfermagem	✓ Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem em estado grave, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; ✓ Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do paciente crítico, excetuadas as privativas do Enfermeiro; ✓ Executar atividades de desinfecção e esterilização Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões; ✓ Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
UTI	Auxiliar Administrativo	✓ Executar ações e tarefas de apoio administrativo, relativas à gestão de pessoas, suprimentos, comunicação administrativa, reprografia, patrimônio, jurídico e demais serviços de apoio administrativo; ✓ Preencher documentos, preparar relatórios, formulários, planilhas e prontuário; ✓ Acompanhar processos administrativos, cumprindo todos os procedimentos necessários referentes aos mesmos; ✓ Atender clientes, usuários e fornecedores; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
CME	Enfermeiro	✓ Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem no setor de CME; ✓ Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial do setor; ✓ Executar as funções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o as tarefas inerentes a função; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes; ✓ Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.

CME	Técnico de Enfermagem	✓ Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem em estado grave, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; ✓ Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do paciente crít ico, e xcetuadas as privativas do Enfermeiro; ✓ Executar atividades de desinfecção e esterilização ✓ Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões; Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Ambulatório	Enfermeiro	✓ Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, e xecutar e avaliar todas as atividades de enfermagem; ✓ Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial e do cuidado ao paciente; ✓ Executar as funções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o atendimento do paciente; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes ; ✓ Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.
Ambulatório	Técnico de Enfermagem Diarista	✓ Executar a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos; ✓ Colaborar com a avaliação da qualidade dos instrumentos e equipamentos; ✓ Auxiliar na conservação e no controle do patrimônio da unidade; ✓ Colaborar com os Cuidados de Higiene e Conforto; Transporte; ✓ Verificar e zelar pelo posicionamento de drenos, cânulas e vias de acesso no cliente; ✓ Registro dos cuidados realizados; ✓ Participar de programa de educação permanente, contemplando, no mínimo: normas e rotinas técnicas desenvolvidas no serviço; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; e prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Auxiliar na elaboração de escala de tarefas; Auxiliar no controle e no uso racional de roupas, materiais utilizados pela enfermagem e pela equipe multiprofissional; Seguir as normas de biossegurança; ✓ Executar ações de assistência de enfermagem ao paciente crít ico de forma segura, humanizada e individualizada; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Ambulatório	Fisioterapeuta Diarista	✓ Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese; Solicitar e realizar interconsulta e encaminhamentos; ✓ Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente crítico ou potencialmente crítico, em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia; ✓ Realizar avaliação física e cinesiofuncional específica; ✓ Realizar avaliação e monitoramento da via aérea natural e artificial; ✓ Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório; ✓ Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuromúsculo-esquelética; Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório; ✓ Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive emsituações de deslocamentos do paciente crítico ou potencialmente crítico; ✓ Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva; ✓ Realizar o des mame e extubação do paciente em ventilação mecânica; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Hotelaria	Supervisor	✓ Ser referência para os profissionais da unidade, estar sempre identificado, uniformizado, ter postura profissional; ✓ Monitorar os serviços prestados, relacionados ao conforto e segurança do paciente, serviço de nutrição, serviço de lavanderia/rouparia, serviço de higiene, atendimento ao público e humanização; ✓ Propor mudanças de fluxos, caso seja necessário, e intermediar os subsídios para que elas ocorram; ✓ Criar parceria com CCIH para promoção de treinamentos, orientações aos colaboradores ASG; ✓ Realizar diariamente visita nos setores de internação, com olhar crítico e conversar com os pacientes sobre o tratamento que estão recebendo; ✓ Reportar-se aos fiscais de contrato sempre que se fizer necessário; ✓ Conhecer o conteúdo dos contratos que estão sobre sua gerência; ✓ Discutir e efetuar as sugestões fornecidas pelo grupo de Hotelaria da SESA; ✓ Ser elemento de motivação para as equipes mantendo relacionamento saudável; ✓ Ser criativo, buscando conhecimento em leituras e pesquisa para enriquecer o seu trabalho; ✓ Promover capacitação dos profissionais administrativos para atendimento ao público; ✓ Organizar e dispensar kits de enxoval; ✓ Disponibilizar leitos com colchão e travesseiros higienizados; ✓ Criar/otimizar espaços e ambientes de convivência que favoreçam e contribuam para o bem-estar dos pacientes e profissionais; de forma a minimizar o impacto do ambiente intra-hospitalar;

Hotelaria	Auxiliar de Limpeza	✓ Higienizar e realizar a desinfecção nas diferentes áreas das instituições de saúde. ✓ Realizar a desinfecção dos leitos hospitalares, seja periódica ou terminal. ✓ Repor os insumos (papel higiênico, papel toalha, sabonete líquido). ✓ Recolher as roupas sujas. ✓ Realizar a varrição do chão, lavagem de vidraças, remoção de lixo, limpeza de banheiros, salas, áreas externas e de convivência. ✓ Todas as funções relacionadas à higiene do ambiente de trabalho estão atreladas ao auxiliar de limpeza.
Hotelaria	Encarregado de Limpeza	✓ Gerenciam a equipe promovendo serviços operacionais, e xecutando rotinas administrativas e prestando assessoria na limpeza dos setores da unidade. ✓ Acompanham os serviços de limpeza, verifica se as equipes estão dimensionadas para o volume de atividades, controlando assiduidade, pontualidade e reposição de quadros. ✓ Controla estoque de equipamentos, uniformes e insumos.
Hotelaria	Auxiliar de Rouparia	✓ Presta assistência na área administrativa do setor, auxiliando o setor no gerenciamento de documentos e planilhas de informações, organização de arquivos, revisão de documentos entre outras atividades.
Hotelaria	Supervisor de Segurança Patrimonial	✓ Cumprir e fazer cumprir as normas institucionais. ✓ Atuar de forma comunicativa; ✓ conferir medição de serviços dos subordinados; ✓ atender às autoridades e órgãos públicos; ✓ investigar causas de ocorrências; ✓ demonstrar visão estratégica; ✓ deslocar funcionário para suprir ausências; ✓ encaminhar imprensa ao setor competente; ✓ avaliar treinamento; ✓ atuar com disciplina; ✓ discutir plano de emergência; ✓ supervisionar a inspeção de equipamentos de segurança patrimonial; ✓ solicitar auxílio externo de equipe de emergência.
Hotelaria	Controlador de Acesso SD	✓ Controlam o acesso dos usuários com a finalidade de garantir a segurança do ambiente. ✓ Geralmente esse profissional fica nas recepções o hospital, identificando, orientando e encaminhando as pessoas para o ambiente desejado. ✓ Controlam também os portões de estacionamento.

Hotelaria	Supervisor de Atendimento	✓ Zelar pelo bom andamento e organização no atendimento ao público junto a recepção. ✓ Efetuar atendimento ao público, interno e externo, prestando informações, preenchendo documentos, anotando recados, para obter ou fornecer informações; ✓ Digitar ofícios, cartas, me morandos, quadros demonstrativos e outros documentos para atender a rotina administrativa; ✓ Operar e zelar pelo uso adequado de equipamentos diversos, como máquinas calculadoras, microcomputadores, terminais de vídeo e outros; ✓ Manusear e manter organizado e/ou atualizar arquivos, fichários e outros; ✓ Arquivar fichas, boletins, correspondências, relatórios e outros documentos administrativos, classificando- os conforme critério pré-estabelecido; ✓ Providenciar materiais de e xpediente, observando quantidade, tipo, tamanho e demais especificações contidas na requisição, para manter o nível de material necessário ao setor de trabalho; ✓ Atender pessoas e chamadas telefônicas, anotando ou enviando recados para obter ou fornecer informações; ✓ Organizar escalas de trabalho dos servidores do setor recepção efetuando quando solicitada fiscalização e fechamento de registro de ponto; ✓ Orientar os motoristas quanto ao manuseio e cuidados com os veículos e pacientes.
Hotelaria	Lider Maqueiro	✓ Liderar a equipe de maqueiros, e xecutar a transferência segura dos pacientes no ambiente intra-hospitalar, visando alocar o mesmo na unidade mais apropriada para a sua recuperação; ✓ Executar a transferência dos pacientes de forma segura entre as unidades; Preencher checklists de transporte; ✓ Cumprir as normas e regulamentos da Instituição, bem como as rotinas operacionais da sua Unidade; ✓ Executar as transferências, altas, óbitos dos pacientes; ✓ Conhecer e nortear suas ações através de instruções de trabalho em sua prática diária; ✓ Participar do processo acolhimento com classificação de risco, transferindo os pacientes para as unidades solicitadas; ✓ Conhecer e manusear materialimprescindível ao t ransporte de pacientes; ✓ Zelar pela organização do prontuário do paciente, bem como todos os registros internos da sua Unidade; ✓ Notificar a equipe de enfermagem toda e qualquer ocorrência administrativa e/ou eventos adversos durante o transporte do paciente; ✓ Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de iteração de processos, políticas da unidade e outros que venham ser determinados; ✓ Executar outras tarefas correlatas à área.

Hotelaria	Maqueiro	✓ Executar a transferência segura dos pacientes no ambiente intra- hospitalar, visando alocar o mesmo na unidade mais apropriada para a sua recuperação; ✓ Executar a transferência dos pacientes de forma segura entre as unidades; ✓ Preencher checklists de transporte; ✓ Cumprir as normas e regulamentos da Instituição, bem como as rotinas operacionais da sua Unidade; ✓ Executar as transferências, altas, óbitos dos pacientes; ✓ Conhecer e nortear suas ações através de instruções de trabalho em sua prática diária; ✓ Participar do processo acolhimento com classificação de risco, transferindo os pacientes para as unidades solicitadas; ✓ Conhecer e manusear material imprescindível ao transporte de pacientes; ✓ Zelar pela organização do prontuário do paciente, bem como todos os registros internos da sua Unidade; ✓ Notificar a equipe de enfermagem toda e qualquer ocorrência administrativa e/ou eventos adversos durante o transporte do paciente; ✓ Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de iteração de processos, políticas da unidade e outros que venham ser determinados; ✓ Executar outras tarefas correlatas à área.
SADT	RT Radiologia	✓ Responsável técnico pelo serviço de radiologia perante o CFM. Coordena a equipe de médicos radiologistas. ✓ Realiza e xa mes, diagnósticos e emissão de laudos de exa mes radiográficos, ultrassonográficos gerais e específicos, tomografias e ressonâncias, empregando técnicas específicas da medicina, a fim de promover a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais, participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico, promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observar os preceitos éticos no decorrer da e xecução de suas atividades, elaboração de escalas de trabalho na área, visando a racionalização, o conforto e a segurança dos pacientes e da equipe e elaboração de protocolos, contribuindo com os serviços essenciais prestados na unidade e orientando a Residência Médica. ✓ Pré-requisito: Graduação em Medicina, Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Registro no Conselho.

SADT	Médico Radiologista	✓ Responsável pela realização de exames, diagnósticos e emissão de laudos de exames radiográficos, ultrassonográficos gerais e específicos, tomografias e ressonâncias, empregando técnicas específicas da medicina, a fim de promover a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais, participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico, promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observar os preceitos éticos no decorrer da execução de suas atividades, elaboração de escalas de trabalho na área, visando a racionalização, o conforto e a segurança dos pacientes e da equipe e elaboração de protocolos, contribuindo com os serviços essenciais prestados na unidade e orientando a Residência Médica. ✓ Pré-requisito: Graduação em Medicina, Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Registro no Conselho.
SADT	Ecocardiografista	✓ É responsável pela realização, diagnóstico e emissão de laudos de e xa mes de ecocardiografia , através do emprego de técnicas específicas, a fim de realizar o diagnóstico de doenças por método não invasivo, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais, participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico, promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observar os preceitos éticos no decorrer da execução de suas atividades, elaboração de escalas de trabalho na área, visando a racionalização, o conforto e a segurança dos pacientes e da equipe e elaboração de protocolos, contribuindo com os serviços essenciais prestados na unidadee orientando a Residência Médica. ✓ Pré-requisito: Graduação em Medicina, Residência Médica.
SADT	Ultrassonografista	✓ É responsável pela realização, diagnóstico e emissão de laudos de e xa mes de ultrassonografia vascular com Doppler colorido, através do emprego de técnicas específicas, a fim de realizar o diagnóstico de doenças vasculares por método não invasivo, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais, participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico, promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observar os preceitos éticos no decorrer da e xecução de suas atividades, elaboração de escalas de trabalho na área, visando a racionalização, o conforto e a segurança dos pacientes e da equipe e elaboração de protocolos, contribuindo com os serviços essenciais prestados na unidade e orientando a Residência Médica. ✓ Pré- requisito: Graduação em Medicina, Residência Médica credenciada pelo MEC e Especialização em Ultrassonografia Vascular com Doppler Colorido e Registro no Conselho.

SADT	Técnico em Radiografia TC e RM	✓ Realizar exames de tomografia, preparar e manusear o tomógrafo. São eles os grandes responsáveis por deixa r a sala e os pacientes prontos para o exa me, além de realizar o processamento das imagens. ✓ Prestar atendimento aos pacientes, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta. . ✓ Controlar exames realizados, registrando números, discriminando tipo e requisitante.
SADT	Técnico em Radiografia Raio-X Móvel	✓ Realizar exames de imagem, preparar e manusear os equipamentos de imagem - Raios X móvel. São eles os grandes responsáveis por deixar a sala e os pacientes prontos para o e xa me, além de realizar o processamento das imagens. ✓ Prestar atendimento aos pacientes, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta. ✓ Controlar radiografias realizadas, registrando números, discriminando tipo e requisitante.
SADT	Técnico em Radiografia Raio-X Fixo	✓ Realizar exames de imagem, preparar e manusear os equipamentos de imagem. São eles os grandes responsáveis por deixa r a sala e os pacientes prontinhos para o exame, além de realizar o processamento das imagens. ✓ Prestar atendimento aos pacientes, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta. ✓ Controlar radiografias realizadas, registrando números, discriminando tipo e requisitante.
SADT	Técnico de Enfermagem	✓ Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem em estado grave, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; ✓ Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do paciente crítico, excetuadas as privativas do Enfermeiro; ✓ Executar atividades de desinfecção e esterilização ✓ Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões; Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Equipe multiprofissional	RT Serviço Social	✓ Direção, Planejamento, Organização, Orientação, avaliação, acompanhamento dos serviços prestados e Execução de atividades, funções, atividades do Serviço Social.
Equipe multiprofissional	Assistente Social	✓ Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas à saúde e manifestações sociais do trabalhador e do paciente crítico, para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde; ✓ Contribuir e participar nas ações de Saúde Ocupacional; ✓ Realizar acompanhamento psicossocial de pacientes; ✓ Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais; Formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Equipe multiprofissional	RT Nutrição	✓ Coordenar, orientar e supervisionar as atividades desenvolvidas no setor; ✓ Implantar normas e sistemas de trabalho, discutindo periodicamente com a equipe de trabalho, aplicando a revisão das rotinas e elaboração de novos projetos, bem como aprimorar os já existentes, visando o bom desenvolvimento da área; - Levantar as necessidades de treinamento para progresso profissional dos colaboradores; ✓ Elaborar escala mensal de serviços e elaborar anualmente a escala de férias; ✓ Atualizar manuais junto à legislação, para garantir o cumprimento das normas. ✓ Realizar contato com fornecedores prestadores de serviço; ✓ Supervisionar a chegada de alimentos e produtos trazidos pelos fornecedores; ✓ Supervisionar preenchimento correto das planilhas de controle de restos alimentares; ✓ Orientar colaboradores na e xecução das tarefas, avaliando o desempenho; ✓ Observar a frequência dos colaboradores, alterando a distribuição de tarefas e/ou remanejar colaboradores, se necessário; ✓ Manter rigoroso controle do material de consumo; ✓ Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da unidade e outros que venham ser determinados;
Equipe multiprofissional	Nutrição	✓ Prestar assistência nutricional aos pacientes da Unidade; ✓ Orientar responsáveis e/ou familiares quanto a alimentação a ser seguida pelo paciente após a alta; ✓ Participar de programas de educação nutricional; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes ; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Laboratório	Biólogo ou Biomédico RT	✓ Coordena todas as atividades do laboratório, provisiona insumos, confecciona escalas de serviço e planejamento de férias. ✓ Responsabiliza- se tecnicamente pelas atividades do setor perante a instituição e seu conselho de classe.

Laboratório	Técnico de Laboratório	✓ Preparar reagentes, equipamentos e vidraria; orientar coleta,coletar e preparar amostras; eleger método de análise; ✓ executar análises; ✓ efetuar análise crítica dos resultados; ✓ cultivar microrganismos para teste e produção;
Faturamento	Coordenador de Faturamento	✓ Acompanhar, organizar, orientar, realizar e conferir os serviços do faturamento; ✓ Elencar as rotinas e funções de cada integrante da equipe, visando o melhor desempenho do setor; ✓ Conferir a liberação e codificar as AIH ✓ Autorização de Internação Hospitalar; ✓ Analisar os prontuários objetivado detectar faltas de documentação ou relatório médico, assinatura, carimbo ou preenchimento de AIH. ✓ Gerar relatórios de produtividades, visando alcançar sempre a meta de faturamento e propondo ações de melhoria; ✓ Conferir todo fechamento de AIH, APAC e BPA, para envio posterior a Auditoria ou demais órgãos; ✓ Manter organizado as fichas de atendimento e prontuários dos dias; ✓ Levantamento de documentos, prontuários e fichas de atendimento atendendoa solicitação judicial e de usuários, com a finalidade de entrega de cópias destes aos solicitantes;
Suprimentos (farmácia/ almoxarifado)	Farmacêutico	✓ Participar da elaboração, coordenação e implementação de políticas de medicamentos; ✓ Orientar sobre uso de produtos e prestar serviços farmacêuticos; ✓ Realizar pesquisa sobre os efeitos de medicamentos e outras substâncias sobre órgãos, tecidos e funções vitais dos seres humanos; ✓ Realizar controle e garantia de qualidade, fracionamento, armazenamento, distribuição e dispensação de fármacos; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Suprimentos (farmácia/ almoxarifado)	Coordenador Suprimentos (RT Farmacêutico)	✓ Coordenar as rotinas do setor de suprimentos. ✓ Garantir o abastecimento da Unidade e controlar ponto de ressuprimento. Coordenar toda a logística de insumos ✓ Garantir o armazenamento em condições ideais de temperatura e umidade, de acordo com a legislação vigente. ✓ Cumprir e fazer cumprir o código de ética do Conselho de farmácia. ✓ Participar da elaboração, coordenação e implementação de políticas de medicamentos; ✓ Orientar sobre uso de produtos e prestar serviços farmacêuticos; ✓ Realizar pesquisa sobre os efeitos de medicamentos e outras substâncias sobre órgãos, tecidos e funções vitais dos seres humanos; ✓ Realizar controle e garantia de qualidade, fracionamento, armazenamento, distribuição e dispensação de fármacos; ✓ Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Suprimentos (farmácia / almoxarifado	Almoxarife	✓ Almoxarife é responsável pelo controle do estoque, conferência de mercadorias e e xpedição. Trabalha com estoque fazendo os registros de entrada e saída dos itens. ✓ Colaboram na organização da movimentação dos itensarmazenados.

NVH/CVE/ CCIH	Coordenação CCIH	✓ Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, e xecutar e avaliar todas as atividades da CCIH/ NVH. ✓ Identifica casos de infecção hospitalar, implementa e avalia programas de controle. ✓ Elabora normas de padronização e capacita colaboradores da instituição para prevenção. ✓ Monitora o uso de antimicrobianos, germicidas e materiais médico- hospitalares.
NVH/CVE/ CCIH	Enfermeiro CCIH	✓ Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, e xecutar e avaliar todas as atividades de enfermagem. ✓ Identifica casos de infecção hospitalar, implementa e avalia programas de controle. ✓ Elabora normas de padronização e capacita colaboradores da instituição para prevenção. ✓ Monitora o uso de antimicrobianos, germicidas e materiais médico- hospitalares.
NVH/CVE/ CCIH	Médico Infectologista	✓ É responsável pela elaboração e divulgação, regularmente, de relatórios, comunicando à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores da unidade, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo o amplo debate na comunidade hospitalar. ✓ Elaboração, implementação e supervisão 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 de isolamento. ✓ Atuação e cooperação com o setor de treinamento, com visitas aos setores, com o objetivo de obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares, bem como, a elaboração do regimento interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais, participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico científico, promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observar os preceitos éticos no decorrer da execução de suas atividades, elaboração de escalas de trabalho na área, visando a racionalização, o conforto e a segurança dos pacientes e da equipe e elaboração de protocolos, contribuindo com os serviços essenciais prestados na unidade e orientando a Residência Médica. ✓ Pré-requisito: Graduação em Medicina, Residência Médica em Infectologia ou Título de Especialista em Infectologia e Registro no Conselho.
NEP	Coordenador Núcleo de Educação Permanente	✓ Garantir a integração de estratégias, promovendo ações de capacitação e desenvolvimento dos colaboradores e prestadores de serviços terceirizados visando seu pleno desenvolvimento, respeitando os princípios e diretrizes da instituição, em de acordo com as políticas e planejamento estratégico da instituição.
NEP	Analista da Educação Permanente	✓ Atuar com implantação na Educação permanente. Desenvolver, aprimorar e monitorar os treinamentos de pessoal, e xecutar o PAT. ✓ Controlar as agendas de treinamentos e organizar eventos.

Núcleo de qualidade e segurança do paciente	Coordenador Núcleo da Qualidade	✓ Coordena, supervisiona a equipe para melhor desenvolvimento e aprimoramento do monitoramento da qualidade dos processos assistenciais e administrativos. ✓ Atua em projetos institucionais e implanta os projetos da qualidade. ✓ Confecciona as escalas do setor e planeja as férias.
Núcleo de qualidade e segurança do paciente	Analista Pleno da Qualidade	✓ Atuar com implantação de sistema de qualidade. ✓ Desenvolver, aprimorar e monitorar os processos assistenciais e administrativos, atuando no gerenciamento de riscos, ocorrências e documentos, com foco na qualidade. ✓ Atua no monitoramento dos indicadores assistenciais.
Manutenção	Engenheiro Civil	✓ Executar e fiscalizar obras e serviços técnicos; conduzir equipe de instalação, montagem, operação, reparo ou manutenção. ✓ Elaborar projetos, assessorando e supervisionando a sua realização. ✓ Orientar e controlarprocesso de produção ou serviço de manutenção. ✓ Projetar produtos; instalações e sistemas.
Manutenção	Engenheiro Eletricista	✓ Elabora, executa e orienta projetos de engenharia, nas áreas de geração, transmissão e distribuição de energia elétrica. ✓ Desenvolve especificações, desenhos e outros requisitos para possibilitar a construção, montagem, funcionamento e manutenção dentro de padrões técnicos adequados
Manutenção	Engenheiro Clínico	✓ O engenheiro clínico se responsabiliza pela aquisição, recebimento, testes, plano de gestão, operação, treinamento de equipe – garantindo o uso eficaz e seguro da ferramenta, além de sua manutenção preventiva e corretiva – passando pelo recebimento, testes, plano de gestão, operação e treinamento de equipe.
Manutenção	Bombeiro Hidráulico	✓ Operacionalizar projetos de instalações de tubulações, definir traçados e dimensionam tubulações; especificar, quantificar e inspecionar materiais; preparar locais para instalações, realizar pré-montagem e instalar tubulações. ✓ Realizar testes operacionais de pressão de fluidos e testes de estanqueidade.
Manutenção	Eletricista de Instalações Prediais e Redes	✓ Realiza manutenção preventiva e corretiva quadro de força, comandos elétricos e demais equipamento de energia em prédios, analisa as necessidades de troca e regulagem de peças e aplica testes de funcionamento.
Manutenção	Mecânico de Ar Condicionado e Refrigeração	✓ Faz a manutenção preventiva e corretiva de instalações e equipamentos de refrigeração, ventilação, calefação e ar-condicionado. Realiza teste, lubrificação e regulagem nos sistemas de refrigeração e climatização.
Manutenção	Auxiliar Mecânico de Refrigeração	✓ Faz a manutenção preventiva e corretiva de instalações e equipamentos de refrigeração, ventilação, calefação e ar-condicionado. ✓ Realiza teste, lubrificação e regulagem nos sistemas de refrigeração e climatização.

Manutenção	Mecânico Gasista	✓ Responsável pelo reparo, recebimento e distribuição dos gases medicinais na unidade. ✓ Realiza testes de vazamento, controla a pressão, substituiconexões e peças.
Manutenção	Serralheiro Diarista	✓ Reportando-se ao Líder de Manutenção executa serviços de serralheria para reparar, confeccionar e montar estruturas metálicas em geral (esquadrias, grades, portões, grelhas, suportes, rodízios para camas, corrimões etc.) nas unidades das empresas clientes.
Manutenção	Pintor deObras	✓ Preparar e pintar as superfícies e xternas e internas de edifícios e outras obras civis, raspando-as, limpando-as, emassando-as e cobrindo-as com uma ou várias camadas de tinta.
Manutenção	Servente	✓ Auxilia pedreiros, carpinteiros e operadores de equipamentos pesados. ✓ Carrega e descarrega materiais de construção, prepara canteiros de obras e limpa áreas de trabalho. ✓ Faz pequenas manutenções nos equipamentos, limpa máquinas e ferramentas, verifica condições de uso e repara eventuais defeitos mecânicos nas mesmas
Manutenção	Técnico de Telefonia	✓ Verificar o funcionamento dos equipamentos de telecomunicações; e xecutar rotinas de teste; ✓ Identificar falhas no sistema de telecomunicações; ✓ corrigir as falhas do sistema de telecomunicações; ✓ reprogramar o sistema de telecomunicações; ✓ configurar os softwares do equipamento; acompanhar teste de laboratório.
Manutenção	Auxiliar de Manutenção	✓ Efetuam manutenção de primeiro nível, limpando máquinas e ferramentas, verificando condições dos equipamentos e reparando eventuais defeitos mecânicos nos mesmos. ✓ Realizam escavações e preparam massa de concreto e outros materiais.

SESMT	Técnico Segurança no Trabalho	✓ Orientar e coordenar o sistema de segurança do trabalho, investigando riscos e causas de acidentes, analisando política de prevenção. ✓ Inspecionar locais, instalações e equipamentos da Instituição e determinar fatores de riscos e de acidentes. ✓ Propor normas e dispositivos de segurança, sugerindo eventuais modificações nos equipamentos e instalações e verificando sua observância, para prevenir acidentes. ✓ Inspecionar os sistemas de combate a incêndios e demais equipamentos de proteção. ✓ Elaborar relatórios de inspeções qualitativas e quantitativas, conforme o caso. ✓ Registrar em documento próprio a ocorrência do acidente de trabalho. ✓ Manter contato junto aos serviços médico e social da Instituição para o atendimento necessário aos acidentados. Investigar acidentes ocorridos, examinar as condições, identificar suas causas e propor as providências cabíveis. ✓ Elaborar relatórios técnicos, periciais e de estatísticas de acidentes. ✓ Orientar os funcionários da Instituição no que se refere à observância das normas de segurança. ✓ Promover e ministrar treinamentos sobre segurança e qualidade de vida no trabalho. ✓ Promover campanhas e coordenar a publicação de material educativo sobre segurança e medicina do trabalho. ✓ Participar de programa de treinamento, quando convocado. ✓ Participar de reuniões de trabalho relativas à sua área de atuação. ✓ Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos de medição e de programas de informática. ✓ Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.
NIR	Coordenador do NIR	✓ Organizar e supervisionar a rotina de atividades dos auxiliares, enfermeiros e técnicos de enfermagem do setor; ✓ Registrar e transcrever informações, atendendo a necessidades do cliente interno e externo; ✓ Realizar busca ativa para o efetivo monitoramento dos pacientes desde a sua chegada à instituição, processo de internação, movimentação, alta, óbito e transferência; ✓ Manter o fluxo de informação entre o hospital e a central de regulação, referente às solicitações realizadas; ✓ Interagir com a equipe interna garantindo o fluxo contínuo de informação referente à movimentação do paciente e transferências; ✓ Apresentar mensalmente à gerência de enfermagem e a diretoria geral, relatórios e indicadores das atividades dos processos sob sua responsabilidade; ✓ Verificar a disponibilidade de vagas e outros serviços na Instituição; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
NIR	Enfermeiro SNNIR	✓ Atuar como Enfermeiro Regulador, intermediando aceite de pacientes com as centrais oficiais; inserir o paciente na Central de leitos para busca de vagas; entre outras atividades pertinentes à função. ✓ Realizar gestão dos leitos hospitalares.

Unidade transfusional	Técnico de Laboratório	✓ Controlar frequentemente a temperatura e o transporte de bolsas de sangue; ✓ Dar saída no controle de hemocomponentes de sangue; ✓ Alimentar e dar baixa no controle, detalhando os setores e números das bolsas; ✓ Solicitar ao responsável os materiais de uso, quando necessário; ✓ Observar a validade dos reagentes utilizados no setor; ✓ Realizar a coleta de material biológico; ✓ Analisar material biológico de pacientes, quando necessário, recebendo e preparando amostras conforme procedimento; ✓ Realizar todos os testes pré-transfusionais, quando necessário; Realizar a reposição das bolsas de sangue; ✓ Verificar o andamento das atividades e repassar para o superior as não-conformidades; ✓ Limpar, organizar e conservar os equipamentos, bancadas e armários, visando facilitar o bom desempenho das atividades; ✓ Manipular soluções químicas, reagentes, meios de cultura e outros; ✓ Supervisionar as prestações de serviços executadas pelos auxiliares organizando e distribuindo tarefas; ✓ Analisar e interpretar informações obtidas de medições, determinações, identificações, definindo procedimentos técnicos a serem adotados, conforme orientação; ✓ Interpretar resultados dos exa mes, ensaios e testes, conforme orientação, encaminhando-os para a elaboração de laudos, quando necessário; ✓ Proceder a realização de e xa mes laboratoriais, conforme orientação;

c) Proposta para Regimento Interno da unidade.

A seguir apresentamos o modelo de regimento interno que poderá ser adaptado para utilização na UPA.

O INSTITUTO VIDA E SAÚDE juntamente com a SECRETARIA DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais.

Considerando a importância de assegurar a organização e sistematização da assistência médico-hospitalar e estrutura administrativa da UPA.

Considerando a necessidade do aprimoramento das ações de atenção à saúde prestadas pelo UPA.
RESOLVE: 1. Aprovar o Regimento Interno do UPA.

CAPÍTULO I
APRESENTAÇÃO

Este Regimento Interno situa-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência médico-hospitalar e área administrativa. O Regimento Interno da UPA tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional. O Regimento consta de 06 (seis) Capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais. Os Capítulos abordam sobre o tema, detalhando

as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações, Supervisões e Equipes de Trabalho que compõem a unidade.

Esperamos que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento da UPA, com base neste Regimento Interno, possa produzir avanços significativos em direção à superação de dificuldades na Administração da unidade. É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação de cada área de atuação, ao tempo em que se instrumentalize todos os responsáveis para o cumprimento deste Regimento, visando o reordenamento da gestão.

CAPÍTULO II
DA CONSTITUIÇÃO E DAS FINALIDADES

Art. 1° – A UPA, subordinado diretamente a gestão da INVISA, integrante do patrimônio e da estrutura da Secretaria de Saúde do Estado e por esta administrado, tem por finalidades:
I - Prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência;
II - Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população do Município.

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2° – O INVISA, tem a seguinte estrutura:

I – DIRETORIA GERAL
Secretaria
Assessoria Jurídica
Assessoria de Imprensa
Unidade de Controle Interno
Comissão de Prontuários e Análise de Óbitos
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
Comissão de Ética Médica
Comissão de Segurança do Paciente
Comissão de Ética em Enfermagem
Comissão de Humanização
Comissão de Educação Permanente.
Comissão de Farmácia e Terapêutica

II - DIRETORIA TÉCNICA
Equipe médica

III- DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
Gerência de enfermagem
Gerência Assistencial

IV - DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Gerência Administrativa e financeira
Gerência de logística e infraestrutura hospitalar

V-GERÊNCIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Coordenação Administrativa

Supervisão de Gestão de Pessoas
Coordenação Financeira
Supervisão de Contabilidade
Coordenação de contratos
Supervisão de Tesouraria
Supervisão de Faturamento

VI- GERÊNCIA DE LOGISTICA E INFRAESTRUTURA HOSPITALAR
Supervisão dos Serviços Gerais
Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria
Supervisão do Almoxarifado e Patrimônio
Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde
Coordenação de Assistência Farmacêutica
Supervisão de Dispensação Médica
Comissão Permanente de Licitação
Coordenação de Manutenção de Equipamentos e Transportes
Coordenação de Manutenção Predial
Supervisão de Tecnologia da Informação

VII - GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
Supervisão da Unidade de Terapia Intensiva
Supervisão do Ambulatório Integrado

VIII- GERÊNCIA ASSISTENCIAL
Coordenação da Clínica
Coordenação da Clínica do Pronto Socorro
Coordenação da Clínica Médica
Coordenação ambulatorial
Supervisão do Laboratório de Análises Clínicas.

IX – CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS
Prestação de Contas
Compras
Jurídico

Art. 3º – A Diretoria Geral é o órgão executivo de direção superior do UPA, com função normativa e deliberada e será exercida, em comissão, por médico de reconhecida capacidade administrativa, obrigatoriamente com curso de Administração Hospitalar, indicado pelo Diretor Técnico nomeado pelo mesmo, sendo demissível "*ad nutum*".

§ 1º – A Diretoria Geral contará com as seguintes Assessorias: Assessoria Jurídica, Comissões Permanentes e Temporárias

§ 2º – As seguintes Comissões Permanentes serão: Indicadas e nomeadas pelo Diretor – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Revisão de Prontuários e Análise de Óbitos, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Ética Médica.

Art. 4º – As demais Diretorias e Gerência constituem a compartimentação da unidade para fins assistenciais e administrativos, cada uma abrangendo atividades afins no contexto da unidade.

Art. 5º – A estrutura da CCIH compreende:
I - Grupo Executor.
II- Grupo Consultor Técnico.

Art. 6º – A fim de assegurar os suportes técnicos, científicos e operacionais indispensáveis à eficiência da CCIH, a Direção Geral, através da Direção Clínica proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 7° - Os membros executores são encarregados e tem como responsabilidade a execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela comissão.

Art. 8° – A Comissão Interna de Comissão de Prontuários e Análise de Óbitos será constituída por:
I - 01 (um) representante médico da área das especialidades clínicas;
II- 01 (um) representante médico da área das especialidades cirúrgicas;
III- 01 (um) representante de nível superior da área de Enfermagem;
IV- 01 (um) representante do SAME.

§1° - O Presidente da Comissão será um dos membros, desde que portador de nível superior, eleito por seus pares, para mandato de 01 (um) ano, podendo ser reeleito para mais um mandato consecutivo de igual período.

Art. 9° – A Comissão de Farmácia e Terapêutica será constituída por:
I- O Coordenador da Assistência Farmacêutica;
II- O Supervisor do Laboratório de Análises Clínicas;
III- 01 (um) representante da área médica;
IV - 01 (um) representante da área de enfermagem.

§ 1º – O Coordenador da Assistência Farmacêutica e o Supervisor do Laboratório de Análises Clínicas são membros natos e os demais serão designados pelo Diretor Geral.

§ 2º – O Presidente da Comissão será um dos membros, eleito por seus pares, para mandato de 01 (um) ano, podendo ser reeleito para mais um mandato consecutivo de igual período.

Art. 10° – A Comissão de Ética Médica será constituída A CEM será composta por 8 (oito) membros que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

§ 1º – O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do CFM ou CRM/ES.
§ 2º – Todos os membros serão considerados titulares.

Art. 11 - 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, procederão à substituição dos mesmos que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 12 - 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 eleição do seu Presidente e ou Secretário.

Art. 13 - 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 CRM.

§ 1º – Os membros da CEM que, posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da UPA, deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

§ 2º – O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

Art. 14 - Recomendável, porém, que sejam dispensados, nos horários de trabalho da Comissão, das outras atividades da unidade.

Art. 15 – As funções de Diretor Técnico Assistencial, Diretor Administrativo e Financeiro, Gerente de Enfermagem e Coordenador serão preenchidas por profissionais com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral e designado pelo INVISA.

Art. 16 – A função de Supervisor será preenchida por profissional com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral e designado pelo INVISA.

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

SEÇÃO I
DA DIRETORIA GERAL

Art. 17 – À Diretoria Geral compete:
I - Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para o hospital;
II - Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, Gerência do Serviço de Pronto Socorro, Gerência do Ambulatório Integrado e Gerência de Enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
III - Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes, como: comissão de análise de óbitos, comissão de revisão de prontuários, comissão de controle de infecção hospitalar (ccih), comissão de ética médica, comissão de segurança do paciente, comissão de ética em enfermagem, comissão de humanização, comissão de educação permanente, comissão de farmácia e terapêutica, comitê de ética em pesquisa, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;
IV - Coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através das Assessorias de Planejamento, Jurídica e Unidade de Controle Interno, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;
V - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VI - Colaborar na humanização do atendimento;
VII - Promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição.

Art. 18 – À Secretaria compete:
I - Prestar assistência à Diretoria Geral, participando de reuniões para elaboração de Atas e/ou Relatórios;

II - Recepcionar as pessoas que procuram a Diretoria, esclarecendo-se sobre o assunto a tratar e encaminhá-las, se for o caso;
III - Recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral;
IV - Redigir, digitar, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral;
V - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 19 – À Assessoria Jurídica compete:
I - Prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades voltadas para o Direito Público, em especial ao Direito Administrativo inerente a área hospitalar;
II - Prestar assessoria à Comissão Permanente de Licitação, através da emissão de pareceres a respeito da legislação pertinente (Lei nº 8.666/93 e Lei nº 14.133/2021 – Lei de Licitações e Contratos);
III- Manifestar-se sobre procedimentos sindicantes, requerimentos administrativos, recursos e demais documentos que tenham teor jurídico;
IV- Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 20 – À Comissão de Controle de Infecção Hospitalar compete:
I - Estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção hospitalar;
II - Sugerir medidas para controle e diminuição de infecção hospitalar;
III - Auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção hospitalar.
IV- Verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho na unidade;
V- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
VI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII - Elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
VIII - Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 21 – À Comissão Interna de Revisão de Prontuários e Análise de óbitos compete:
I - Propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;
II - Zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;
III - Promover a avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;
IV - Sugerir à Diretoria Técnico-Assistencial ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas de desvios do padrão do prontuário médico;
V - Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
VI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII - Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
VIII - Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.
IX - Análise de óbitos e estatísticas.

Art. 22 – À Comissão de Farmácia e Terapêutica compete:
I - Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;
II - Elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos na unidade;
III - Estabelecer condutas terapêuticas;
IV - Fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;

V - Desenvolver programas de farmacovigilância;
VI - Estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;
VII - Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
VIII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
IX - Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
X - Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 23 – À Comissão de Ética Médica compete:
I - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
II -Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;
III - Fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
IV - Após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;
V - Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
VI - Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na unidade representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
VII - Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
VIII - Orientar o público usuário da unidade sobre questões referentes à Ética Médica;
IX - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
X - Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
XI Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 24 – À Comissão de Ética de Enfermagem compete:
I - Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;
II - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;
III - Assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
IV - Trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
V - Analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem na unidade, sempre que necessário;
VI - Orientar o público usuário da unidade sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;
VII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII - Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
IX - Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

SEÇÃO II
DA DIRETORIA TÉCNICO ASSISTENCIAL E EQUIPES ASSISTENCIAIS

Art. 25 – À Diretoria de Atençã à saúde compete:
I - Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral da unidade;

II - Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação da Clínica Médica, Supervisão do Laboratório de Análises Clínicas, Supervisão do Serviço Social, Coordenação de Nutrição e Dietética (Supervisão de Produção e Supervisão de Dietética);
III - Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
IV - Estabelecer, junto aos Coordenadores e Supervisores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços da unidade que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
V - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VI - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VII - Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
VIII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
IX - Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
X - Manter contato com a Direção Geral da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XI - Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Nutrição; Conselho Federal e Regional de Farmácia e Bioquímica e Conselho Federal e Regional de Serviço Social.

Parágrafo Único – a função de Diretor Técnico-Assistencial deverá ser exercida por médico de reconhecida qualificação e experiência profissional.

Art. 26 - À Diretoria de técnica compete:

I - Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
II - Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina.
III - Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
IV - Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

Art. 27 - À Equipe de Médicos Plantonistas compete:
I - Atender as intercorrências nos pacientes internados na unidade, exceto naqueles serviços onde houver médico residente de plantão e na Clínica Cirúrgica do Serviço de Pronto Socorro, visando ao melhor nível de assistência e a integralidade da mesma;
II - Fazer registro diário dos serviços prestados;
III - Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IV - Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
V - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
VI - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
IX - Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
X - Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XII - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
Parágrafo Único – As atividades da Equipe de Médicos Plantonistas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 28 – À Coordenação da Clínica Médica compete:
I - Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade;
II - Emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica preestabelecida;
III - Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
IV - Fazer registro diário dos serviços prestados;
V - Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VI - Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
VII - Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
VIII - Elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
IX - Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
X - Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
XI - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XII - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XIV - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XV - Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVI - Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
XVII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVIII - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 29 – À Supervisão do Laboratório de Análises Clínicas compete:
I - Supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;
II - Realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais da unidade;
III - Integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
IV - Estabelecer plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
V - Fazer registro diário dos serviços prestados;
VI - Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VII - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos

VIII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
IX - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
X - Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XI - Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório;
XII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIII - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 30 – À Supervisão do Serviço Social compete:
I - Realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde;
II - Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;
III - Fazer registro diário dos serviços prestados;
IV - Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais na unidade;
V - Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis na unidade e na rede;
VI - Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
VII - Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos na unidade;
VIII - Trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;
IX - Colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;
X - Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
XI - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIII - Promover a participação do paciente na assistência hospitalar;
XIV - Promover educação em saúde na unidade;
XV - Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XVI - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XVII - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XVIII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XIX - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XX - Elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 31 – À Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística compete:
I - Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Internação e Alta, Serviço de Arquivo, Serviço de Estatística e Serviço de Registro Geral;
II - Supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários, sejam eles das Unidades de Internação ou do Serviço de Emergência, fornecendo dados médicos e administrativos;

III - Fazer registro diário dos serviços prestados;
IV - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
V - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VI - Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 32 - Ao Serviço de Internação e Alta compete:
I - Registrar as internações cujos pedidos foram feitos pela equipe médica;
II - Manter atualizado o painel de leitos para controle de vagas e informações sobre os usuários internados;
III - Atender solicitações do público e fornecer informações de acordo com a orientação da unidade;
IV - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
V - Controlar a saída dos usuários após a comunicação da Unidade de Internação;
VI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII - Registrar as atividades para elaboração do relatório mensal, para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 33 - Ao Serviço de Arquivo compete:
I - Manter atualizado os prontuários médicos, catalogando-os;
II - Receber, conferir e revisar os prontuários dos pacientes de alta e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;
III - Controlar a movimentação dos prontuários, requisitada pelos Serviços de Internação, Ambulatório e Emergência, para fins de registro, ensino e pesquisa;
IV - Revisar diariamente os prontuários devolvidos pelo Ambulatório e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;
V - Completar os prontuários e entregá-los ao Serviço de Estatística para fins de classificação dos diagnósticos;
VI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 34 - À Equipe de Ambulatório compete:
I - Preparar as agendas de consultas e efetuar a marcação das mesmas, de acordo com a escala de serviço a ser fornecida mensalmente pelos coordenadores e supervisores dos serviços médicos e o número de atendimentos em disponibilidade em cada serviço;
II - Encaminhar ao Serviço de Arquivo a relação dos usuários agendados para consulta;
III - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
IV - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
V - Registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 35 - À Equipe de Emergência compete:
I - Registrar a entrada do paciente em sistema informatizado, encaminhando-o para atendimento;
II - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
III - Elaborar estatística diária do movimento dos pacientes;
IV - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

V - Registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão de Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Art. 36 – À Coordenação de Nutrição e Dietética compete:
I - Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da Supervisão de Produção e Supervisão de Dietética;
II - Realizar o planejamento administrativo do S.N.D., coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
III - Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
IV - Colaborar e participar de programas de ensino e pesquisa no campo da Nutrição;
V - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
VI - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII - Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IX - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
X - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Nutrição e Dietética serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 37- À Supervisão de Produção compete:
I - Planejar e supervisionar a execução e a distribuição de cardápios para funcionários e acompanhantes e de dietas para pacientes;
II - Providenciar o abastecimento do setor dos insumos necessários à produção das refeições;
III - Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
IV - Supervisionar a higienização das áreas de estocagem e produção de refeições para garantir a qualidade das mesmas;
V - Colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios;
VI - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
VII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VIII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
IX - Participar de atividades científicas – elaboração e condução de projetos de pesquisa;
X - Manter contato com a Supervisão de Dietética e a Coordenação de Nutrição e Dietética objetivando a eficácia administrativa do serviço;
XI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 38 - À Supervisão de Dietética compete:
I - Definir, planejar, analisar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes;
II - Fazer registro diário dos serviços prestados;
III - Colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios;
IV - Incentivar os pacientes e funcionários para a formação de hábitos alimentares sadios, promovendo educação alimentar aos mesmos;
V - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
VI - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;

VII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII - Participar de atividades científicas, elaboração e condução de projetos de pesquisa;
IX - Manter contato com a Supervisão de Produção e a Coordenação de Nutrição e Dietética objetivando a eficácia administrativa do serviço.
X - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

SEÇÃO III
DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Art. 39 – À Diretoria Administrativa e Financeira compete:
I - Cumprir e fazer cumprir o regimento da unidade e as determinações da Direção Geral da unidade;
II - Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação Administrativa (Supervisão de Gestão de Pessoas, Supervisão de Serviços Gerais, Supervisão de Lavanderia e Rouparia, Supervisão de Compras e Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio), Coordenação de Resíduos de Serviço de Saúde, Coordenação Financeira (Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento), Coordenação de Assistência Farmacêutica (Supervisão de Dispensação Médica), Coordenação de Manutenção de Equipamentos e Transporte, Coordenação de Manutenção Predial e Supervisão de Tecnologia da Informação;
III - Examinar solicitações e sugestões da área administrativa e adotar as providências que julgar necessárias;
IV - Estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa dos serviços hospitalares;
V - Proporcionar ao Serviço de Apuração de Custos, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística e levantamento de custos e de indicadores gerenciais;
VI - Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
VII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VIII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
IX - Manter contato com a Direção Geral da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
X - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

SUB- SEÇÃO I
DA COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 40 – À Coordenação Administrativa compete:
I - Planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas à Supervisão de Gestão de Pessoas, Supervisão de Serviços Gerais, Supervisão de Lavanderia e Rouparia, Supervisão de Compras e Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 41 - À Supervisão de Gestão de Pessoas compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Unidade de Recursos Humanos;
II - Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da unidade;
III - Manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores da unidade;
IV - Fazer registro diário dos serviços prestados;

V - Controlar a concessão de férias e licenças dos servidores, mediante cronogramas elaborados pelas Coordenações e Supervisões;
VI - Controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;
VII - Informar ao Coordenador ou Supervisor imediato o afastamento do servidor por gala, nojo e serviços obrigatórios por lei;
VIII - Receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado na unidade;
IX - Informar regularmente à Diretoria de Gestão de Pessoas da SESAPI notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores para fins de elaboração de folha de pagamento e registro na ficha funcional;
X - Elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão;
XI - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XIV - Manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XV - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 42 - À Unidade de Recursos Humanos compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Unidade;
II - Elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;
III - Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
IV - Programar e avaliar os estágios desenvolvidos por área da unidade;
V - Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da unidade, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
VI - Encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos; g) propor e implementar políticas de benefícios sociais;
VII - Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho; i) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VIII - Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Supervisão de Gestão de Pessoas;
IX - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
X - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XI - Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Parágrafo Único: As atividades da Supervisão de Gestão de Pessoas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 43 - À Supervisão de Serviços Gerais compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Portaria e Vigilância, Limpeza, Comunicação e Arquivo e Mecanografia;
II - Fazer registro diário dos serviços prestados;
III - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
IV - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;

Art. 44 - Ao Serviço de Portaria e Vigilância compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II - Fazer registro diário dos serviços prestados;
III - Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral na unidade;

IV - Prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e servidores;
V - Controlar o movimento dos elevadores, exigindo o cumprimento da lei que determina o seu funcionamento;
VI - Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas da unidade;
VII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII - Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
IX - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
X - Manter contato com a Supervisão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Art. 45 - Ao Serviço de Limpeza compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II - Fazer registro diário dos serviços prestados;
III - Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências da unidade, nos móveis e equipamentos em uso;
IV - Limpar as áreas externas e de circulação da unidade;
V - Promover o combate a insetos e roedores nas dependências da unidade, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
VI - Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
VII - Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
VIII - Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
IX - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
X - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XI - Manter contato com a Supervisão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Art. 46 - À Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Lavanderia, Rouparia e Costuraria;
II - Fazer registro diário dos serviços prestados;
III - Requisitar ao Almoxarifado e receber todos os tecidos, aviamentos, produtos de lavanderia e demais materiais necessários, bem como controlar sua utilização, além de manter atualizado o sistema de gerenciamento com as informações referentes ao processamento de roupas e seus custos;
IV - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
V - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VI - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VII - Manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
VIII - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 47 - Ao Serviço de Lavanderia compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II - Coletar nas diversas dependências da unidade roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;
III - Proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;
IV - Elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;
V - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VII - Manter contato com a Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Art. 48 - Ao Serviço de Rouparia compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II - Fazer registro diário dos serviços prestados;
III - Receber do Serviço de Lavanderia a roupa lavada e passada, devidamente embalada, registrá-la e distribuí-la às unidades requisitantes, mediante recibo, encaminhando o mapa de controle à Supervisão;
IV - Controlar o tempo de vida útil das roupas em uso, para reposição;
V - Fiscalizar e controlar a roupa em circulação, mantendo o número suficiente de peças que assegure o repouso das mesmas;
VI - Separar e encaminhar ao Serviço de Costura, para reparos, as roupas danificadas;
VII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
IX - Manter contato com a Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Art. 49 - Ao setor de Compras compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Compras;
II - Planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a Supervisão de Almoxarifado e Coordenação de Assistência Farmacêutica, de conformidade com a política de estoque e as necessidades da unidade, identificando no mercado as melhores condições;
III - Fazer registro diário dos serviços prestados;
IV - Buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos, através de uma política de compras dinâmica e eficaz;
V - Manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;
VI - Certificar-se de que materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos, através do processo de diligenciamento;
VII - Manter atualizadas as informações cadastrais dos fornecedores;
VIII - Catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;
IX - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
X - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XI - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XII - Manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XIII - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Supervisão de Compras serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 50 - À Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;
II - Receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;

III - Efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Diretoria da unidade permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
IV - Manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;
V - Fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria da unidade;
VI - Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria da unidade;
VII - Manter o estoque dos materiais padronizados na unidade em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
VIII - Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;
IX - Providenciar o tombamento dos bens patrimoniais da unidade, conforme orientação da Administração Central, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente;
X - Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;
XI - Efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da unidade, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública ;
XII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade; n) colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIV - Manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XV - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB- SEÇÃO II
DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 51 – À Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde compete:
I - Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde;
II - Elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Saúde - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;
III - Gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;
IV - Fazer registro diário dos serviços prestados;
V - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
VI - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
VIII - Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IX - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB - SEÇÃO III
DA COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 52 – À Coordenação de Assistência Farmacêutica compete:
I - Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação Médica;
II - Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
III - Fazer registro diário dos serviços prestados;
IV - Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta da unidade;
V - Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa da unidade;
VI - Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
VII - Controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
VIII - Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
IX - Elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
X - Desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
XI - Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
XII - Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados na unidade;
XIII - Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XIV - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XV - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XVI - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XVII - Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVIII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIX - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB - SEÇÃO IV
DA COORDENAÇÃO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS E TRANSPORTE

Art. 53 – À Coordenação de Manutenção de Equipamentos e Transporte compete:
I - Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II - Realizar atividades referentes a consertos de materiais e equipamentos hospitalares, no próprio serviço ou terceirizados, solicitando autorização da Diretoria Administrativa;
III - Fazer registro diário dos serviços prestados;
IV - Estabelecer cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos e veículos;

V - Operar e manter em regular funcionamento os equipamentos geradores de energia elétrica e vapor; fazendo revisões periódicas dos mesmos e de suas redes de distribuição;
VI - Requisitar, conforme cronograma pré-estabelecido, à Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio combustível e óleos lubrificantes e outros materiais necessários à boa conservação e funcionamento dos equipamentos e veículos sob sua responsabilidade;
VII - Manter plantões durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia para os serviços de gasoterapia e transporte;
VIII - Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
IX - Executar os serviços de transporte, conforme solicitações prévias das Coordenações e Supervisões da unidade;
X - Manter contato com a Diretoria Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XI - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIII - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XIV - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Manutenção e Transporte serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB- SEÇÃO V
COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Art. 54 – À Supervisão de Tecnologia da Informação compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
II - Fazer registro diário dos serviços prestados;
III - Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet da unidade;
IV - Emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados da unidade;
V - Manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;
VI - Efetuar o processamento de dados relacionados à folha de pagamento e produção médica;
VII - Proporcionar aos demais setores da unidade os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção da unidade;
VIII - Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
IX - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
X - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XII - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Supervisão de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB- SEÇÃO VI
SUPERVISÃO ADMINISTRATIVA

Art. 55 – À Supervisão Administrativa compete:
I - Planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar as atividades administrativas desenvolvidas no Ambulatório Integrado, visando um melhor nível de assistência;

II - Supervisionar, controlar, orientar e avaliar o desenvolvimento das atividades do pessoal administrativo e operacional;
III - Fazer o registro diário dos serviços prestados;
IV - Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no Ambulatório Integrado, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
V - Supervisionar e controlar o suprimento, a distribuição e o consumo de materiais no Ambulatório Integrado;
VI - Zelar pela guarda, controle, manutenção (preventiva e corretiva) e conservação do equipamento e material utilizado;
VII - Supervisionar a conservação da estrutura predial;
VIII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
IX - Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
X - Manter contato com a Diretoria do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;
XI - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
XII- As atividades da Supervisão Administrativa do Ambulatório Integrado serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB- SEÇÃO VII
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Art. 56 – À Gerência de Enfermagem compete:
I - Cumprir e fazer cumprir o regimento da unidade e as determinações da Direção Geral da unidade;
II - Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelas seguintes Supervisões: Supervisão da Unidade de Terapia Intensiva; Supervisão das Unidades de Internação; Supervisão de Centro Cirúrgico; Supervisão do Serviço de Pronto Socorro; Supervisão da Central de Material e Esterilização.
III - Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
IV - Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
V - Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
VI - Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade da unidade;
VII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
VIII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
IX - Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro;
X - Elaborar o diagnóstico do Serviço de Enfermagem e apresentar sua proposta de trabalho à Direção Geral da unidade;
XI - Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;
XII - Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;
XIII - Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;
XIV - Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
XV - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XVI - Manter contato com a Direção Geral da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVII - Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

Parágrafo Único: A função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro graduado em Escola reconhecida, qualificado e com experiência em Administração Hospitalar.

SUB- SEÇÃO VIII
DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Art.57 – À Supervisão das Unidades de Internação compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Unidades de Internação: Ortopédica, Cirúrgica, Médica, visando à adequada média de permanência dos pacientes na unidade;
II - Prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
III - Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
IV - Executar e supervisionar a prescrição médica;
V - Registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;
VI - Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
VII - Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
VIII - Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
IX - Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais;
X - Requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
XI - Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
XII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XIII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIV - Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XV - Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
XVI - Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
XVII - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XIII - Fazer registro diário dos serviços prestados;
XIX - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XX - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB- SEÇÃO IX
DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO CENTRO CIRURGICO

Art. 58 – À Supervisão do Centro Cirúrgico compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

II - Prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação, pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
III - Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
IV - Elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;
V - Executar e supervisionar a prescrição médica;
VI - Providenciar a transferência dos pacientes às suas Unidades de origem após liberação pelo médico Anestesista;
VII - Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela – Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
VIII - Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
IX - Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
X - Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
XI - Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
XII - Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
XIII - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XIV - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XV - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XVI - Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XVII - Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
XVIII - Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
XIX - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XX - Fazer registro diário dos serviços prestados;
XXI - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XXII - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB- SEÇÃO X
DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Art. 59 – A Supervisão da Central de Material e Esterilização compete:
I - Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
II - Prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva e Tratamento de Queimados, Centros Cirúrgicos, Ambulatórios e Serviço de Pronto Socorro, mantendo estoque para as emergências;
III - Preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;
IV - Proceder ao controle de entrada e saída de material;
V - Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o desempenho das atividades do serviço;

VI - Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
VII - Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
VIII - Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminha-los mensalmente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
IX - Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
X - Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
XI - Ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
XII - Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;
XIII - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
XIV - Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
XV - Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
XVI - Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
XVII - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
XVIII - Fazer registro diário dos serviços prestados;
XIX - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
XX - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Enfermagem da Central de Material e Esterilização serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB- SEÇÃO XI

DAS ATRIBUIÇÕES DA CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS

Art. 60 – À central de serviços compartilhados compete:

I. Selecionar e cadastrar fornecedores, levando em conta qualidade, preço, confiabilidade na entrega e nível da assistência técnica oferecida.
II. Receber e organizar os pedidos de compras de diversas áreas da empresa, seja da produção, vendas, manutenção ou para suprimentos.
III. Fazer cotações e orçamentos e submeter àqueles que fizeram os pedidos de compra.
IV. Negociar com os fornecedores em busca de melhores preços, prazos de entrega e condições de pagamento.
V. Emitir as ordens de compra aprovadas.
VI. Manter os estoques da empresa abastecidos.
VII. Zelar pela correta emissão dos documentos fiscais, com auxílio da área contábil da empresa.
VIII. Definição de política de acordos para casos de menor complexidade e/ou valor.
IX. Definição da estratégia processual nas ações rotineiras – agilidade.
X. Indicadores – apuração dos principais ofensores nas ações judiciais – prevenção.
XI. Avaliação objetiva da performance da equipe.
XII. Implantação de formulários para solicitação de subsídios, convocação de prepostos etc.
XIII. Relatórios gerenciais periódicos – controle quantitativo, qualitativo e financeiro de decisões e acordos – acompanhamento da evolução do contencioso.
XIV. Avaliação formal e periódica de escritórios externos e prepostos.

XV. Controle mais eficiente do orçamento jurídico e das contingências judiciais.
XVI. Procedimento para cumprimento de decisões e acordos.
XVII. Elaboração estratégica com elaboração do planejamento estratégico da unidade.
XVIII. Centralização de atividades: com recursos compartilhados e maior controle gerencial, a centralização de tarefa para ganho de eficiência nas operações.

CAPÍTULO V
DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Art. 61 – São atribuições do Diretor Geral:
I - Dirigir o Hospital, orientando e controlando suas atividades, expedindo normas, instruções e ordens para execução das atividades;
II - Participar do planejamento e programação dos acordos, convênios e projetos a serem implantados e desenvolvidos pelo Hospital;
III - Submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária da unidade;
IV - Fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;
V - Designar os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Interna de Revisão de Prontuários, de Serviço de Documentação Médica e Estatística, de Farmácia e Terapêutica, de Suporte Nutricional Enteral e Parenteral, de Serviço de Apropriação de Custos,
VI - Garantir um bom assessoramento técnico-profissional e administrativo;
VII - Autorizar a divulgação dos trabalhos técnicos da unidade;
VIII - Baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de processos administrativos;
IX - Indicar os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores;
X - Assinar com o Tesoureiro os cheques;
XI - Assinar os empenhos e as ordens bancárias;
XII - Programar e presidir reuniões com as Diretorias e Gerência;
XIII - Homologar, revogar ou anular, conforme o caso, as licitações realizadas pelo Hospital;
XIV - Elogiar e/ou aplicar penas disciplinares, inclusive pena de suspensão aos servidores da unidade;
XV - Submeter anualmente ao Secretário de Saúde o relatório das atividades realizadas.

Art. 62 – São atribuições do Diretor Clínico:
I - Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da unidade;
II - Despachar com o Diretor Geral;
III - Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
IV - Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
V - Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
VI - Elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;
VII - Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
VIII - Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
IX - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;
X - Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
XI - Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
XII - Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

XIII - Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 63 – São atribuições do Diretor Administrativo e Financeiro:
I - Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos e Financeiros, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da unidade;
II - Aprovar requisições, especificações e pedidos de compra de equipamento, material e serviços, se forem o caso;
III - Despachar com o Diretor Geral;
IV - Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
V - Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
VI - Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
VII - Elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;
VIII - Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
IX - Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
X - Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
XI - Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
XII - Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
XIII - Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 64 São atribuições do Diretor de Logística e Infraestrutura Hospitalar:
I. Executar o Modelo de Gestão conforme definido em contrato;
II. Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regimentos internos;
III. Manter rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
IV. Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e manter adequação de seu uso;
V. Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas;
VI. Garantir condições para a adequada produção e distribuição de alimentos, necessários ao pleno funcionamento da unidade;
VII. Garantir condições para o adequado processamento e distribuição de roupas, necessárias ao pleno funcionamento da unidade;
VIII. Proporcionar um ambiente limpo, higienizado e seguro para pacientes, colaboradores e visitantes;
IX. Garantir as condições para a adequada manutenção e funcionamento das instalações e equipamentos da unidade, através da elaboração, treinamento e implementação dos programas de manutenção corretiva e preventiva;
X. Dar suporte a projetos de reformas estruturais e elaboração de relatórios situacionais relativos a área de infraestrutura, visando contribuir para tomada de decisões estratégicas;
XI. Gerenciar e implementar as políticas de gestão da logística e infraestrutura hospitalar;
XII. Responder pela gestão da infraestrutura e suporte necessários ao seu funcionamento das atividades assistenciais da unidade.
XIII. Atuar na implementação e manutenção da política de segurança da informação do INVISA, com foco na gestão da informação da unidade;
XIV. Acompanhar a utilização das ferramentas informatizadas que permitam monitorar e avaliar os indicadores e metas de desempenho dos contratos de prestação de serviços firmados entre o INVISA e SESA;

XV. Apoiar na especificação dos serviços a serem contratados referentes ao desenvolvimento de sistemas, gestão de processos, infraestrutura e logística, segurança da informação e suprimentos, assim como acompanhar e avaliar os serviços prestados pelas empresas contratadas no âmbito da unidade;
XVI. Apoiar na implantação e na sustentação permanente de modelos operacionais e de gestão padronizados e unificados no âmbito da unidade;
XVII. Realizar a gestão dos dados dos sistemas de informação utilizados nas atividades da unidade, seguindo os procedimentos operacionais;
XVIII. Agrupar demandas da unidade relacionadas ao desenvolvimento e/ou aquisição de novos sistemas e submeter à Diretoria Geral para análise e providências necessárias;
XIX. Apoiar na implementação da segurança da logística física de equipamentos e tecnologias das redes e sistemas de informação do INVISA;
XX. Apoiar e acompanhar os serviços de apoio da unidade.
XXI. Supervisionar e acompanhar as políticas de suprimentos de modo a assegurar o pleno abastecimento da unidade.
XXII. Apoiar a implementar soluções e projetos de infraestrutura e de interligação de redes e de serviços de comunicação de dados no âmbito da unidade;
XXIII. Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores sob sua gestão;

Art. 65 – São atribuições do Gerente de Enfermagem:
I - Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da unidade;
II - Despachar com o Diretor Geral;
III - Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;
IV - Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
V - Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
VI - Elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;
VII - Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
VIII - Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
IX - Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o enfermeiro responsável pelas suas omissões;
X - Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
XI - Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
XII - Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
XIII - Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 66 – São atribuições dos Coordenadores e Supervisores:
I - Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da unidade;
II - Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
III - Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
IV - Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;
V - Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos servidores;
VI - Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;
VII - Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
VIII - Propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos servidores subordinados;
IX - Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

X - Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;
XI - Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;
XII - Requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 67 – São deveres do Servidor de qualquer categoria:
I - Cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;
II- Manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço ou quando autorizado;
III - Executar as tarefas que lhe forem determinadas;
IV - Tratar com humanidade pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem o Hospital, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;
V - Zelar pelo patrimônio da unidade;
VI - Comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;
VII - Obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional;
VIII - Participar de comissões;
IX - Aguardar em serviço a chegada do substituto;
X - Evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;
XI - Participar de reuniões, quando convocado;
XII - Executar as atribuições delegadas.

CAPÍTULO VI
SEÇÃO I
DO PESSOAL

Art. 68 – O UPA terá Quadro de Pessoal, estruturado em cargos e funções definidos e consoante composição e regime jurídico determinado pelo INVISA.

Art. 69 – Os funcionários da unidade estarão submetidos ao agasalho CLT e, os que não vinculados por este, ficarão na parte que concerne aos deveres, proibições e regime disciplinar quando não incompatível com *compliance* que reza a espécie.

Art. 70 – O afastamento, as disposições e requisições de servidores do UPA, para serventia em outros órgãos, somente poderão ser atendidos sem ônus para o Hospital, exceto para o exercício de funções de confiança, respeitada a necessidade do Serviço e após previa anuência da Direção.

SEÇÃO II
DO HORÁRIO

Art. 71 – O horário de trabalho em todo o Hospital é fixado pela Direção Geral do UPA, respeitada a legislação vigente.

Art. 72 – Por conveniência de serviço, poderá ser proposto pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramento à Direção Geral da unidade, horários especiais, respeitando-se o número de horas estabelecido na legislação.

Art. 73 – O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramentos, nos termos da legislação que reza a espécie.

SEÇÃO III

DAS SUBSTITUIÇÕES

Art. 74 – O Diretor Geral do UPA será substituído em suas faltas ou impedimentos pelo Diretor Clínico.

Art. 75 – Os titulares das Diretorias e Gerência serão substituídos em suas faltas ou impedimentos por servidor indicado pelo Diretor Geral da unidade;

Art. 76 – O titular de qualquer Coordenação, Supervisão e Assessoria será substituído em suas faltas ou impedimentos por servidor indicado pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador e autorizado pelo Diretor Geral da unidade.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 77 – Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na Supervisão de Gestão de Pessoas, em cumprimento a determinação do Diretor Geral da unidade.

Art. 78 – É obrigatório o registro de "ponto" de todo o pessoal da unidade.

§1º – São dispensados do "ponto" os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores da unidade, os quais deverão, entretanto, observar o horário normal de trabalho;
§2º – O registro de "ponto" do pessoal de nível superior será feito em livro próprio.

Art. 79 – O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados da unidade mediante autorização expressa do Diretor Técnico Assistencial.

Art. 80 – Caberá ao Diretor Geral da unidade estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços da unidade, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

Art. 81 – As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito da unidade só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral.

Art. 82 – O Diretor Geral da unidade tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

Art. 83 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção da unidade, respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 84 – Este Regimento, aprovado pelo INVISA, entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 85 – Revogam-se as disposições em contrário.

Referências: Resolução CFM nº 2.147, de 17 de junho de 2016;
Resolução CFM nº 2152/2016
Resolução CFM nº 2056/2013.
Resoluções CFM nº 1.638/2002e nº 2.056/2013

d) Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

A seguir apresentamos a proposta de Regimento Interno do Serviço de Enfermagem que poderá ser adaptado para uso na unidade.

CAPÍTULO I
DA APRESENTAÇÃO

Art. 1° O Serviço de Enfermagem é formado por profissionais devidamente habilitados; configurado pela habilidade do plano das relações de trabalho com a instituição. Destina-se a atender as necessidades humanas básicas do cliente, buscando reverter estados de desequilíbrio em equilíbrio, respeitando os preceitos éticos e legais. Abrange as seguintes Unidades e Serviços: Unidades de Internação, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Emergência, Centro Cirúrgico, Central de Material e Ambulatório, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Regulamento da unidade.

CAPÍTULO II
DA IMPORTÂNCIA

Art. 2° A importância do Serviço de Enfermagem se caracteriza pela coordenação dos recursos materiais e humanos e pelas atividades inerentes a esta coordenação.

CAPÍTULO III
DAS FINALIDADES

Art. 3° O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:
Prover recursos que possibilitem uma assistência integral aos pacientes, nas diversas fases do tratamento;
Programar e coordenar a alocação e treinamento de recursos humanos para a assistência ao paciente;
Estimular e promover trabalho em equipe, promovendo ambiente harmônico;
Difundir entre o pessoal de Enfermagem as diretrizes da unidade, firmando critérios de trabalhos norteados pelos princípios humanísticos inseridos no código de ética;
Colaborar com a equipe de saúde, a fim de melhorar e aperfeiçoar o desenvolvimento da assistência ao paciente;
Colaborar com as instituições educacionais da saúde;
Manter um elevado padrão de atendimento em todos os níveis de assistência;
Estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho;
Programar as necessidades de pessoal dentro dos padrões de qualidade e quantidade exigidos pelas unidades para assistência nas 24 horas;
Promover condições para o desenvolvimento e atualização técnico- científica do pessoal de Enfermagem;
Planejar, organizar, coordenar a assistência prestada aos pacientes, de acordo com a metodologia de enfermagem;
Criar condições e incentivar o relacionamento interdepartamental, com a comunidade e com os colegas de trabalho;
Elaborar e Implantar a sistematização da assistência de enfermagem e, avaliar os resultados;
Prestar assistência preventiva e curativa ao paciente cuidando para a sua pronta recuperação o mais rápido possível;
Elaborar com a Diretoria Administrativa, Corpo Clínico e demais setores da unidade, no sentido do melhoramento e aperfeiçoamento dos trabalhos técnicos e administrativos;
Colaborar para que os índices de infecção sejam levantados da forma mais ampla e correta possível;

Preencher todas as formalidades necessárias, tanto no prontuário dos pacientes, quanto as demais solicitadas pela administração;
Orientar os clientes quanto ao horário de visita dos pacientes a fim de facultar a boa recuperação dos mesmos.

CAPÍTULO IV
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4° O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços de atendimento direto ao paciente e subordinado diretamente ao Diretor Administrativo da unidade, chefiado por uma Gerente de Enfermagem com administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO V
DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5° O Serviço de Enfermagem é constituído dos seguintes setores:
Unidades de Internação;
Unidades de Terapia Intensiva;
Ambulatório;
Emergência;
Centro Cirúrgico;
Central de Material Esterilizado;
Outros (especificar).

Art. 6° A área de Administrativa dos setores é composta por:
Chefia;
Educação em Serviço;
Enfermeira CCIH;
Escriturário.

Art. 7° A Unidade de Internação é composta por:
Unidade de Clínica Médica;
Unidade Ambulatorial
Unidade de Clínica Cirúrgica;
Outros (especificar).

Art. 8° A área de Cuidados Intensivo/Especiais é composta por:
Unidade de Terapia Intensiva;
Unidade de Recuperação Anestésica;
Unidade de Pronto-Socorro;
Outros (especificar).

Art. 9° O Bloco Operatório é composto por:
Centro Cirúrgico;
Cirurgia Geral;
Cirurgia Especializada *(caso haja);*
Sala de Pré-Anestésico.

Art. 10° A Central de Material Esterilizado é composta por:

Lavagem e Desinfecção;
Preparo;
Esterilização;
Armazenagem;
Distribuição.

CAPÍTULO VI
DOS RECURSOS HUMANOS E SEUS REQUISITOS

Art. 11º Os requisitos básicos para o cargo de Gerência dos Serviços de Enfermagem são:

a) Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN;
b) Prática no exercício da profissão de, no mínimo, três anos;
c) Ter conhecimento da legislação e jurisprudência dos procedimentos, métodos e técnicas que regem o serviço;
d) Habilidades gerenciais para planejar, organizar e integrar atividades em nível complexo;
e) Título técnico do COREN município.

Art. 12º Os requisitos básicos para o cargo de Chefia do Setor são:

a) Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN;
b) Prática do exercício da profissão por um prazo mínimo de dois anos;
c) Conhecimento das técnicas e métodos científicos.
d) Possuir habilidades gerenciais e liderança aplicados à sua área de atuação;
e) Possuir conhecimento técnico sobre o manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados em execução dos trabalhos;
f) Possuir curso de ATLS (Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos e Enfermeiros) e ACLS (Suporte Avançado de Vida na Cardiologia para Médicos e Enfermeiros).

Art. 13º Os requisitos básicos para o cargo de Enfermeiro são:

a) Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN;
b) Conhecimentos técnicos e científicos adequados à capacidade de tomar decisões imediatas;
c) Conhecimentos e habilidades gerenciais e de liderança necessárias para organizar e integrar as atividades na sua área de atuação;
d) Possuir conhecimento técnico sobre o manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentos utilizados em execução dos trabalhos.

Art. 14º Os requisitos necessários para função de Técnico em Enfermagem são:

a) Possuir o certificado do curso de Técnico em Enfermagem e registro no COREN;
b) Conhecimentos técnicos para prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
c) Habilidade no manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados em execução dos trabalhos;
d) Capacidade para acompanhar o Enfermeiro no planejamento, programação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem.

Art. 15º Os requisitos necessários para a função de Auxiliar de Enfermagem são:

a) Possuir o certificado do curso de Auxiliar de Enfermagem e registro no COREN;
b) Possuir conhecimentos técnicos para executar tratamentos especificamente prescritos, a de rotina, além de outras atividades de enfermagem;
c) Habilidade no manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados na execução dos trabalhos.

Art. 16º Os requisitos básicos para a função de Escriturário, função está subordinada ao Serviço de Prontuário do Paciente e com orientação do Serviço de Enfermagem, são:

a) Possuir o certificado de conclusão do 2º grau, em instituição reconhecida pelo MEC;
b) Conhecimentos básicos de organização, manutenção de arquivos e fichários;
c) Conhecimentos elementares de materiais, equipamentos e medicamentos hospitalares;
d) Desenvoltura para entendimento de textos;

e) Instrução e domínio de informática.

CAPÍTULO VII
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 17 Ao Gerente dos Serviços de Enfermagem compete:

a) Dirigir, planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;
b) Convocar e presidir reuniões com a equipe de Enfermagem (Chefes e demais profissionais da área);
c) Apresentar à Administração relatórios mensais das atividades realizadas;
d) Manter atualizados os dados informativos a respeito dos Serviços de Enfermagem, utilizando para tal os instrumentos administrativos;
e) Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;
f) Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
g) Planejar as atividades de Enfermagem, visando proporcionar a satisfação das necessidades básicas dos pacientes, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as pelos elementos da equipe e pelos turnos;
h) Definir e prover recursos humanos necessários ao atendimento de Enfermagem nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando ao cuidado integral ao paciente;
i) Elaborar projeto visando definir a política de pessoal da Enfermagem, de acordo com a filosofia da Instituição;
j) Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as múltiplas e diversas atividades de Enfermagem;
k) Participar da política de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos, permanentes e de consumo, incentivando e orientando as emissões de laudos técnicos;
l) Manter, mediante instrumentos próprios, sistemas de avaliação contínua, visando medir o desempenho da equipe de Enfermagem e a qualidade da assistência prestada aos pacientes;
m) Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes à Enfermagem ou a ela relacionados;
n) Incentivar e colaborar com programas que visem à prevenção de doenças;
o) Elaborar instrumentos visando à auto avaliação funcional contínua;
p) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e Deontologia de Enfermagem, assim como o Regulamento e Normas da INVISA;
q) Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação;
r) Estabelecer sistemas de ensino e de reciclagem, desenvolvendo programas de treinamento contínuo do pessoal em serviço e informação aos pacientes e seus familiares;
s) Manter bom relacionamento com os demais serviços hospitalares;
t) Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas à Enfermagem, opinando sobre modificações necessárias;
u) Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos científicos que contribuem para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
v) Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe de Enfermagem;
w) Participar, quando convocado, de reuniões com a administração;
x) Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à Enfermagem;
y) Orientar o Setor de Recursos Humanos e participar com ele, na seleção de candidatos para a equipe de Enfermagem;
z) Avaliar o desempenho das Chefias sob sua coordenação;

aa) Participar da elaboração de projetos de pesquisas concernentes à Enfermagem e incentivar a participação da equipe;
bb) Elaborar métodos de pesquisa que visem medir a satisfação dos pacientes, no que se refere à assistência de Enfermagem nas unidades abertas;
cc) Criar e incentivar a Comissão de Ética de Enfermagem e Comissão Científica;
dd) Cumprir e fazer cumprir as Normas estabelecidas pela CCIH;
ee) Cumprir e fazer cumprir as Normas estabelecidas no Padrão Hospitalar da INVISA;
ff) Manter o Regimento da Divisão de Enfermagem atualizado;
gg) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;
hh) Desempenhar tarefas afins;
ii) Manter rigoroso comportamento ético-profissional.

Art. 18º Aos Chefes de Setores compete:

a) Organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as seções sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem, afim de assegurar assistência adequada aos pacientes;
b) Participar da elaboração de programas que visem ao aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas nas unidades abertas, elaborar e desenvolver normas para sua execução;
c) Convocar e presidir reuniões periódicas com o pessoal de Enfermagem;
d) Desenvolver programas com as unidades afins, visando esclarecer a coordenação dos trabalhos permaneça numa mesma filosofia e metodologia;
e) Dar pareceres e informações em processos e outros expedientes relacionados com as unidades, encaminhando-os à Chefia do Serviço;
f) Executar e incentivar pesquisas científicas em assuntos de Enfermagem de sua área de competência, e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área de saúde, após aprovação da Chefia do Serviço;
g) Representar o Serviço de Enfermagem em grupos de trabalhos externos, por delegação do serviço;
h) Apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e do movimento estatístico das unidades de sua área de competência, para à Chefia de Enfermagem;
i) Participar, junto ao Setor de Recursos Humanos, de treinamentos sistematizados, bem como do desenvolvimento de programas de educação para saúde;
j) Manter intercâmbio com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, objetivando o controle de infecção, dentro dos parâmetros preconizados;
k) Manter intercâmbio de comunicação na área hospitalar, ambulatorial, urgência e demais unidades, visando promover a harmonia no Serviço de Enfermagem;
l) Colaborar com a chefia para esclarecer e fazer cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem e Regulamento da unidade;
m) Colaborar com órgãos técnicos e executivos da instituição, propondo medidas que visem à perfeita inter-relação entre os serviços;
n) Desenvolver o Manual de Rotinas e Normas Técnicas de Enfermagem, referente às unidades e participar na implantação, juntamente com a chefia do serviço;
o) Informar e interpretar as normas hospitalares elaboradas pela chefia;
p) Zelar pelo cumprimento do Código de Ética e Deontologia de Enfermagem;
q) Participar de reuniões, quando convocado;
r) Responder pela qualidade dos trabalhos executados nas unidades, cujo desempenho repercuta ou não em outras áreas;
s) Elaborar Regimento interno do serviço, mantendo-o atualizado;
t) Elaborar e desenvolver metodologia visando minimizar custos, mediante controles efetivos de pessoal, materiais, equipamentos, medicamentos e outros;
u) Participar das atividades de pesquisa de Enfermagem;
v) Desempenhar tarefas afins;

w) Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
x) Controlar o material e equipamento em uso, verificando o seu emprego adequado e solicitar reposição quando necessário;
y) Elaborar escala de serviço mensalmente, sob orientação e avaliação do Departamento de Enfermagem;
z) Controlar assiduidade, pontualidade e disciplina dos seus colaboradores;
aa) Verificar o uso e estado de conservação de aparelhos e equipamentos, solicitando consertos e reposição;
bb) Solicitar sempre que necessário a presença de um assistente social e/ou espiritual.

Art. 19º Ao Enfermeiro da Unidade compete:
a) Receber e passar plantão junto à equipe de Enfermagem;
b) Admitir e orientar os pacientes na unidade;
c) Diagnosticar as necessidades de Enfermagem e elaborar um Plano de Assistência a ser prestada pela equipe de Enfermagem na unidade;
d) Auxiliar o médico nos cuidados ao paciente;
e) Prestar assistência de Enfermagem a pacientes graves e pós-operatório;
f) Participar das atividades de pesquisa de Enfermagem;
g) Participar do programa de educação em serviço;
h) Participar do programa de educação e orientação ao paciente, familiares e visitas;
i) Atender e encaminhar os familiares do paciente;
j) Saber trabalhar em equipe, aceitar a autoridade e supervisão;
k) Apresentar à sua Chefia imediata relatórios mensais das atividades realizadas no setor;
l) Desempenhar tarefas afins;
m) Manter rigoroso comportamento ético-profissional.

Art. 20º Ao Técnico ou Auxiliar de Enfermagem compete:
a) Tomar conhecimento de evolução do serviço e do estado dos pacientes através de passagem de plantão;
b) Receber pacientes admitidos na unidade e orientá-los quanto às Normas da unidade;
c) Executar os cuidados de Enfermagem a ele delegados;
d) Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados, medicação, tratamentos aplicados, sinais e sintomas, de maneira clara e objetiva, logo após a sua execução;
e) Auxiliar os demais membros da equipe da unidade sempre que solicitado;
f) Comunicar ao enfermeiro as alterações observadas no estado geral dos pacientes;
g) Acompanhar os familiares no horário da visita;
h) Comunicar ao chefe do turno quando precisar se ausentar;
i) Colaborar na manutenção da ordem e limpeza do setor;
j) Preparar materiais, utensílios, roupas e outros quando necessário;
k) Atender às solicitações do paciente;
l) Desempenhar tarefas afins;
m) Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
n) Prestar assistência de Enfermagem a pacientes em estado grave sob a supervisão do enfermeiro;
o) Ajudar a manter a ordem, disciplina e limpeza da Unidade;
p) Cumprir a sistematização da assistência em Enfermagem, Regimento e Regulamento da unidade.

Art. 21º Ao Escriturário compete:
a) Executar os trabalhos burocráticos do setor sob orientação da enfermeira;
b) Preparar os pedidos de farmácia e almoxarifado conforme rotina da unidade e Normas estabelecidas pela administração;

c) Receber, conferir e guardar medicamentos e materiais requisitados da farmácia e do almoxarifado;
d) Enviar materiais ao laboratório, juntamente com as requisições;
e) Atender a telefonemas e transmitir recados;
f) Solicitar os serviços de diagnósticos auxiliares, quando solicitado;
g) Providenciar avisos de alta, óbitos, transferências e outros que forem solicitados;
h) Manter os prontuários atualizados e em ordem;
i) Atender às visitas e familiares;
j) Colaborar com a equipe da unidade;
k) Zelar pela ordem do ambiente e do serviço em geral;
l) Desempenhar tarefas afins;
m) Manter rigoroso comportamento ético-profissional.

CAPÍTULO VIII
DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 22 Este capítulo deverá ser adaptado para cada Hospital, considerando os itens do dissídio.
Os colaboradores trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente;
Todo colaborador deverá prorrogar o seu plantão em caso de emergência se for determinado pela Chefia de Enfermagem.

CAPÍTULO IX
DAS NORMAS

Art. 23 São Normas do Pessoal:
a) Prestar obediência aos seus superiores, cumprindo ordens e instruções;
b) Apresentar-se ao serviço em perfeitas condições de asseio e quando obrigado ao uso do uniforme, trazê-lo perfeitamente limpo;
c) Submeter-se a exames periódicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela administração;
d) Dedicar assistência direta e indireta ao paciente, executando com presteza, zelo e atenção os trabalhos que lhe forem confiados;
e) Tratar com a máxima humanidade todas as pessoas que mantiverem contato com o Hospital, sem preferências individuais, esforçando-se para atendê-las prontamente;
f) Cooperar com a administração e os colegas, para que se atinjam satisfatoriamente os objetivos estabelecidos;
g) Sugerir aos seus superiores, obedecendo à hierarquia, quaisquer medidas que possam concorrer para maior eficiência dos serviços;
h) Zelar pela economia do material da unidade e pela conservação do que for confiado à sua guarda e utilização, comunicando aos chefes qualquer quebra, perda ou extravio;
i) Observar sempre a máxima ordem e disciplina, tanto no seu local de trabalho como quando de passagem por outras dependências da unidade, inclusive na ocasião de entrada e saída para início e fim de trabalho, evitando provocar ruídos e aglomeração nas portarias, escadas e corredores;
j) Zelar pela ordem e asseio do local de trabalho, jogando os papéis e outros materiais inúteis nos recipientes destinados a este fim;
k) Comunicar ao Serviço de Enfermagem, sem perda de tempo, as variações de residência, estado civil e número de pessoas dependentes, para que possa ser encaminhado ao serviço de pessoal;
l) Conservar em absoluto sigilo os assuntos da unidade em que tomar parte ou dos quais tiver conhecimento;
m) Comunicar todo acidente de trabalho, imediatamente após sua ocorrência, não excedendo 24 horas de prazo a sua comunicação;
n) Utilizar como vestiário da unidade somente os locais determinados pela administração;
o) Empregar todo cuidado no exercício de seu trabalho, utilizando aparelhos e equipamentos de proteção, a fim de prevenir acidentes a si e a terceiros;

p) Fazer uso somente de instrumental e materiais aprovados e registrados, sendo responsável pelo seu emprego apropriado e conservação.

Art. 24 É proibido ao pessoal:

a) Fazer quaisquer comentários sobre operações ou casos clínicos, como também revelar segredos e assuntos pertinentes ao Hospital, e, mais particularmente, sobre os que estejam ligados às suas funções, independente do cargo ou função que exerça;
b) Fumar, quando de passagem por outras dependências, fora do seu posto de trabalho, como também neste;
c) Manter-se dentro das dependências da unidade executando outra ocupação estranha ao serviço, bem como permanecer nelas fora do seu horário de serviço;
d) Organizar, dentro das dependências da unidade, rifas, subscrições, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela administração, bem como tomar parte nelas;
e) Receber pessoas estranhas no recinto de trabalho, salvo ordem superior;
f) Usar mensageiros ou outros colaboradores da unidade para recados ou trabalhos pessoais;
g) Servir-se de uso de telefones ou impressos da unidade, para assuntos estranhos ao serviço;
h) Permanecer em palestra nas enfermarias, quartos e apartamentos com os doentes, salvo quando necessário, ou atrasar-se em dar cumprimento às suas obrigações;
i) Recusar-se a assistir qualquer doente, ou a atender ordem superior do plantão, chefes e, na sua ausência, dos seus substitutos, que respondem pela disciplina, ordem e presteza na execução dos trabalhos;
j) Manter consigo alcoólicas ou drogas entorpecentes, em quaisquer dependências da unidade, ou trazê-las para essas mesmas dependências;
k) Participar de jogos de diversões como baralho, dados ou qualquer outra modalidade que envolvam dinheiro ou não, dentro das dependências da unidade;
l) Sair das dependências da unidade durante o período de trabalho, sem para tanto estar autorizado pela Administração;
m) Usar termos ou atitudes indecorosas ou desrespeitosas, trocar insultos, mesmo a título de brincadeira, alterações com terceiros ou companheiros de trabalho, ainda que por razões de serviço, devendo qualquer questão ser discutida com os respectivos chefes;
n) Exercer comércio ou fazer empréstimo entre companheiros de trabalho, paciente ou qualquer pessoa que tenha contato com o Hospital;
o) Prestar serviços de qualquer espécie a outra empresa, na dependência da unidade;
p) Trabalhar para terceiros com instrumental, maquinaria, roupas ou qualquer utensílio pertencente ao Hospital;
q) Receber, sob qualquer forma ou pretexto, dádivas e gorjetas de outras pessoas que estejam em relação de negócio com o Hospital;
r) Agir, por qualquer modo, contra os interesses da unidade;
s) Levar para fora das dependências da unidade documento e objetos pertencentes a ele, ainda que por motivos de serviço, sem
t) autorização prévia da Administração;
u) Apresentar-se no local de trabalho munido de armas explosivas de qualquer espécie;
v) Atender a paciente em locais não estabelecidos pela Administração.

Art. 25 Durante o período de trabalho, os colaboradores deverão estar uniformizados e devidamente identificados.

Art. 26 O trato entre superiores e subordinados deve ter sempre cunho de cordialidade e de respeito mútuo. Essa atitude deverá ser mantida mesmo quando um superior tenha que reprimir atos de indisciplina; deverá fazê-lo com energia, porém serenamente.

Art. 27 A divisão de Enfermagem espera que todos os colaboradores cooperem com seus superiores, expondo-lhes suas ideias e seus pontos de vista, sempre visando melhorar o trabalho que lhes cumpre executar. É dever do dirigente, chefes e coordenadores acatar e ouvir, sempre com atenção e cortesia, seus subordinados e outros que deles se aproximem, com o propósito de lhes dizer ou propor matérias sobre o serviço ou outro ponto qualquer, que venha a propiciar melhorias na assistência ao paciente, ou no próprio Serviço de Enfermagem, desde que seja obedecida a hierarquia.

CAPÍTULO X
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28 O Regimento serve como Instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos os colaboradores do serviço de Enfermagem.

Art. 29 O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os colaboradores do setor.

Art. 30 É função da Enfermeira Chefe manter este Regimento devidamente atualizado.

CAPÍTULO XI
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 31 O Chefe do Serviço de Enfermagem poderá tomar atitude e resolver situações não previstas no presente Regimento sempre que concorra para melhor desenvolvimento do serviço.

Art. 32 O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e será assinado pelo Diretor Administrativo e Gerente dos Serviços de enfermagem, obedecendo integralmente ao que reza o Regulamento da INVISA.

Art. 33 Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Diretoria Administrativa da unidade.

e) Proposta para Regimento do Corpo Clínico.

A seguir apresentamos um modelo de Regimento que poderá ser utilizado na unidade.

Capítulo I
Das Definições.

Artigo 1º -A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado, constituída nos termos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina, apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.
Artigo 2º - A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico para o Desenvolvimento da Medicina, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.
Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;
Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

Capítulo II
Das Competências

Artigo 3º -A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:
Eleger o Presidente e Secretário;
Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste regimento;
Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º -A Comissão de Ética Médica reunir-se-à uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.
A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;
As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos;

Capítulo III
Das Atribuições da Comissão de Ética Médica.

Artigo 5º - Atribuições da Comissão de Ética Médica:
Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;
Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;
Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Capítulo IV
Do Processo de Sindicância.

Artigo 6º -As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:
Reclamação por escrito e devidamente identificada;
Comunicação escrita do Diretor Clínico;
Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado.

Parágrafo 1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica.
Parágrafo 2º - Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.
Artigo 7º - Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito a cerca da questão, oportunidade em que será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.
Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.
Artigo 8º -Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.
O acesso a estes documentos é facultado somente às partes e a Comissão de Ética Médica;

Toda e qualquer peça compilada a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 10º - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica podará solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Artigo 11º -Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 13º - Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado.

Capítulo V
Das Eleições:

Artigo 14º - Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico para o desenvolvimento da Medicina, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de Diretores Clínicos, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único - Os Membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tornarem-se Diretores Clínicos, Administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º - A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º- As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no Dia do Médico, isto é, no dia 18 de outubro, nos anos pares.

A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado para os devidos assentamentos.

Artigo 17º- Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética Médica e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina.

Artigo 18º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

Capítulo VI
Das Disposições Gerais:

Artigo 21º- Disposições Gerais:
Os integrantes eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado;
A Comissão de Ética Médica manterá sob caráter confidencial as informações recebidas;
O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;
O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica.
Aprovada a Resolução nº 1.657/02 do Conselho Federal de Medicina, que altera alguns artigos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina, que foi utilizada na redação deste presente Regimento.

2.3 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

a) 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 se encontra no ANEXO I.

No anexo I apresentamos protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que podem ser adaptados para utilização na unidade. Ademais poderão ser criados outros Protocolos assistenciais, bem como os Manuais de POP, pois são ferramentas de gestão de qualidade, onde contém ações descritivas de técnicas e procedimentos relacionados ao cuidado do paciente.

Tais construções e/ou revisões serão desenvolvidas por uma comissão formada pelas áreas Médicas, de Enfermagem e profissionais de nível superior que compõem a equipe multidisciplinar da unidade, observando que a composição da comissão terá o devido cuidado de diversificar seus componentes em áreas de atuações distintas, com o objetivo de obter melhores conhecimentos nas linhas de cuidado assistenciais. Serão elencadas as normatizações técnicas desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde- OMS, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância à Saúde, Resoluções dos Conselhos de Enfermagem, de Medicina e de Farmácia, Literaturas Baseadas em Evidências e Instruções Técnicas de Sociedades de Especialidades Médicas e Enfermagem, como exemplo: ortopedia/traumatologia, neurologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, central de material entre outros.

A validade dos protocolos e POP´s serão de 01 ano, assim anualmente deverá ocorrer a revisão dos materiais pela equipe multidisciplinar com o objetivo de atender os procedimentos de todos os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes da Unidade e se adequar a novas legislações bem como a operacionalização da unidade.

b) Apresentar Instrução / manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos

A unidade de Faturamento tem como missão levantar e processar os dados relativos aos procedimentos hospitalares, com a finalidade de efetivar o faturamento, buscando maximizar a receita do Unidade de Pronto Atendimento- UPA. Dentre os vários serviços e setores que compõem o UPA, a unidade de faturamento é de grande importância, pois após todo um processo de atendimento a um determinado paciente, será então fruto deste, sua consequente fatura, a qual será processada pelo setor, resultando em divisas monetárias para a organização.

A finalidade do setor, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente. Tendo assim como seu objetivo global a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas. O setor de faturamento estará diretamente subordinado à Diretoria de Administração e coordenação Administrativa, realizando suas atividades em horário administrativo.

Objetivos do Setor de Faturamento:

• Integrar-se com os demais setores correspondentes e responsáveis pela "rota" percorrida pelo paciente, ou seja, desde o momento de sua chegada ou recepção até sua alta ou saída.
• Planejar e executar as faturas do SUS.
• Manter atualizada toda e qualquer tabela utilizada com preços e demais itens utilizados para confecção das faturas.
• Manter acompanhamento constante dos pacientes durante seu período de internação e consequentemente seus gastos.

Instrução para Faturamento de Procedimentos:

Estas instruções utilizam como referência técnica-operacional o Manual Técnico Operacional do Ministério da Saúde. As rotinas propostas para os procedimentos de Faturamento Ambulatorial e Hospitalar seguem abaixo:

Faturamento Ambulatorial:

Recebimento dos Boletins de Produção Ambulatorial - BPA:

- A Unidade de Faturamento receberá os BPA preenchidos, assinados e carimbados pelos prestadores diariamente. Se a documentação recebida não estiver devidamente preenchida deverá ser devolvida imediatamente ao seu portador para que este retorne ao setor de origem, corrija a não-conformidade e entregue o documento de forma correta ao setor de faturamento.

Confirmação dos BPA com as agendas e digitação dos BPA:

- Serão conferidos os BPA com as consultas confirmadas no agendamento ambulatorial. Será digitado no Sistema de Gestão Hospitalar, a produtividade registrada nos BPA, nas modalidades de BPA Consolidado e BPA Individualizado.
- Na modalidade BPA Consolidado são lançados os procedimentos com os seus quantitativos gerais;
- Na modalidade BPA Individualizado digitamos procedimentos que exigem a identificação individual de cada paciente.

Consolidação das Produções Digitadas e Preparação dos Arquivos de Exportação:

- Depois de digitados todos os BPA procedem-se com a consolidação e preparação dos arquivos de exportação para entrega na Secretaria de Saúde ou a outro Órgão por esta definida.

Emissão de Relatórios de Conferência:

- Nesta fase devem ser emitidos todos os relatórios de conferências. para que a Unidade de Faturamento visualize quaisquer possíveis distorções nas informações a serem entregues para pagamento da Produção Hospitalar junto a Secretaria de Saúde.

Entrega dos Arquivos de Exportação, Confirmação do Processamento:

- A Unidade de Faturamento deverá acompanhar junto a Secretaria de Saúde o processamento dos arquivos de exportação entregue. Após a Secretaria de Saúde processar os arquivos, a Unidade de Faturamento deverá resgatar o Relatório de Glosas, analisar as glosas informadas quando houverem e proceder com a reapresentação das contas apresentadas no :relatório como conta glosada.

Cálculo do Repasse de Honorários Médicos:

- Mediante confirmação dos procedimentos acatados pela Secretaria de Saúde, a Unidade de Faturamento procederá com a apuração dos honorários médicos de cada prestador que realizou cada procedimento. Os valores referentes a estes procedimentos deverão ser repassados aos médicos de acordo com o critério de negociação de remuneração pactuados entre o UPA e o Prestador.

Faturamento Hospitalar

1.. Monitoramento das Altas Hospitalares e Auditoria de Prontuário:

- A Unidade de Faturamento acompanhará diariamente as altas hospitalares por meio do monitoramento do Relatório Gerencial de Altas hospitalares.
- A equipe da Unidade de Faturamento solicitará diariamente a equipe de enfermagem de cada setor da unidade os prontuários dos pacientes em Alta Hospitalar.
- O colaborador da Unidade de Faturamento realizará auditoria no prontuário do paciente verificando as não-conformidades existentes (falta de solicitações de exames, laudos, assinaturas, carimbos, evoluções ...). Todas as não- conformidades detectadas nos prontuários dos pacientes devem ser registradas e apresentadas ao responsável pelo setor para que possam ser corrigidas e no dia seguinte serem encaminhadas a Unidade de Faturamento para o processo de faturamento.

Recebimento dos Prontuários:

- Serão recebidos na Unidade de Faturamento todos os prontuários auditados previamente em suas unidades de internação devidamente protocolados.
- A Unidade de Faturamento registrará o recebimento de cata prontuário comparando com o Relatório de Altas hospitalares. Devem ser devolvidos quaisquer prontuários que apresentarem não- conformidades.

Auditoria Dos Prontuários:

- Na unidade de faturamento os prontuários recebidos são analisados e, neste momento é verificado se os procedimentos indicados estão corretos, se estão explicitados todos os procedimentos realizados, entre outros aspectos pertinentes ao prontuário. Se for detectada ainda alguma não-conformidade, será solicitada a sua correção por parte do setor de origem.

Digitação e Conferência da Conta Médica:

- Será digitada no sistema de Gestão Hospitalar a referida conta médica, a qual será novamente avaliada. Este procedimento evitará enviarmos informações erradas, evitando desta forma, as possíveis glosas.

Envio das Contas para Recebimento dos Números das AIH e digitação do Número das AIH no Sistema de Gestão:

- A Unidade de F:aturamento deverá encaminhar para a Secretaria de Saúde todos os laudos das contas médicas para que a seja liberada as respectivas AIH para faturamento. De posse dos números das AIH, os faturistas irão digitar os números das AIH nas contas previamente digitadas e realizar o processamento das contas.

Fechamento do Faturamento. Conferência Prévia. Emissão de Relatórios e Geração de arquivos de Exportação:

- A Unidade de Faturamento procederá com o processamento das contas digitadas e realizará o fechamento do mês em processamento. Neste momento, deverá ser realizada uma última para avaliar a coerência das informações processadas e corrigir possíveis erros.
- Concluída esta etapa, deverão ser emitidos todos os relatórios administrativos, gerenciais e estatísticos. É neste momento que são emitidos todos os relatórios exigidos pela Secretaria de Saúde e gerados todos os arquivos para processamento do faturamento pelo Órgão Gestor.

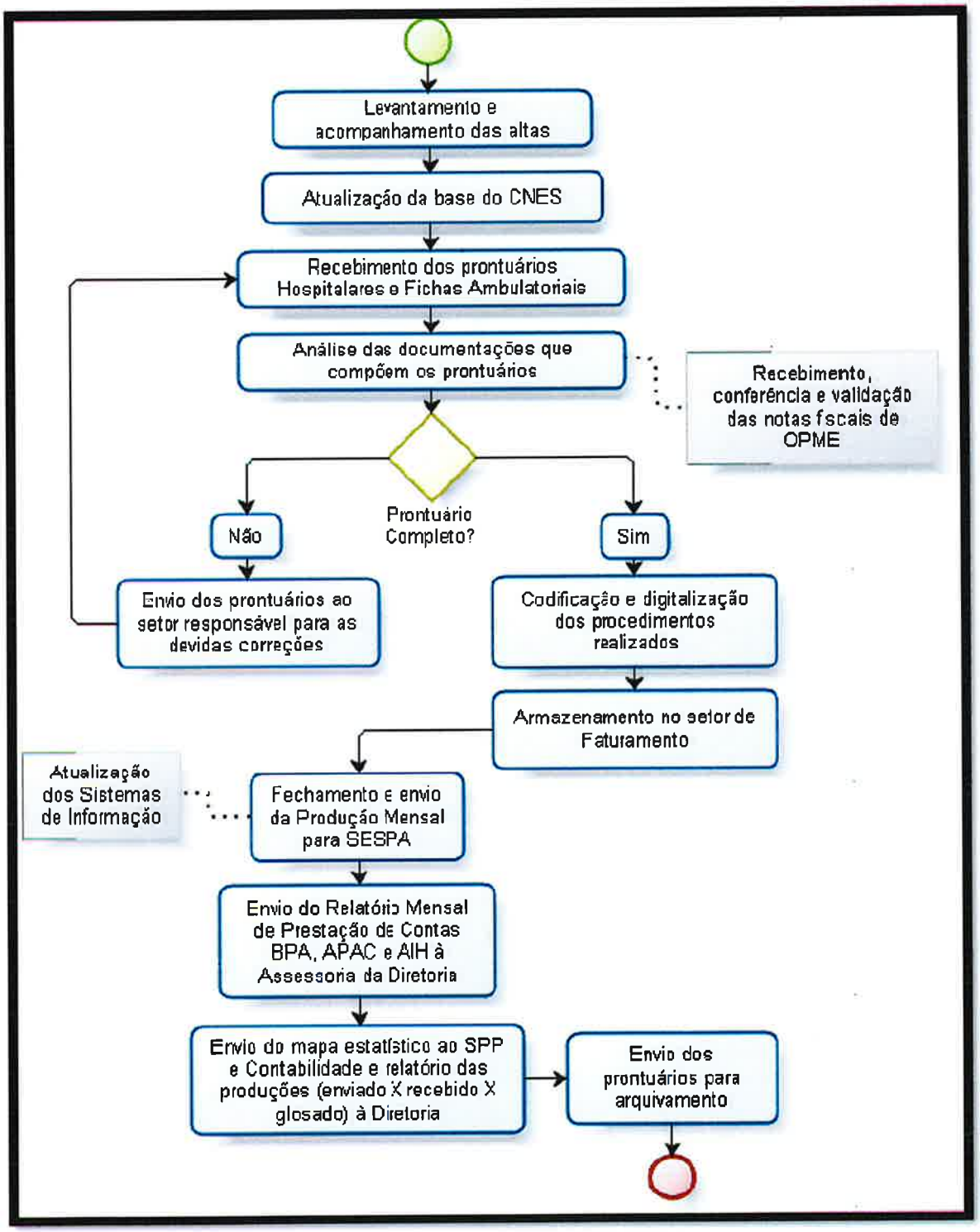
Acompanhamento Do Relatório De Glosas:

- O Setor de Faturamento deverá acompanhar o relatório de glosas disponibilizado pela Secretaria de Saúde para proceder com o reprocessamento das referidas contas no mês subsequente. Este procedimento é de fundamental importância para evitar perdas irrecuperáveis por parte da unidade.

Cálculo Do Repasse De Honorários Médicos:

- Mediante confirmação dos procedimentos acatados pela Secretaria de Saúde, a Unidade de Faturamento procederá com a apuração dos honorários médicos de cada prestador que realizou cada procedimento. Os valores referentes a estes procedimentos deverão ser repassados aos médicos de acordo com o critério de negociação de remuneração pactuados entre o Hospital e o Prestador.

Fluxo do serviço de faturamento



Modelo de formulário de Check list de prontuário

Check Lista de Prontuário

Nome Paciente:

Data de Nascimento:

Data de Atendimento: ( ) Observação ( ) Transferencia ( ) Alta

UNIDADE_____

	Item	Requisitos Unidade/ Internação	Sim	Não	N/A
Médico	1	Exame Físico, Anamenese e Evolução Médica, preenchidos e corretamente e com data assinatura e nº de conselho.			
	2	Prescrição Médica e descrição de procedimentos médico, preenchidos e corretamente e com data assinatura e nº de conselho.			
	3	Campo HD e CID, preenchidos e corretamente e com data assinatura e nº de conselho.			
Enfermagem	4	Ficha de Classificação de Risco, preenchidos e corretamente preenchida e com data assinatura e nº de conselho.			
	5	Checagem de enfermagem nas prescrições (medicas e de Enfermagem, com horário, assinatura e carimbo.			
	6	Monitorações de sinais vitais preenchidas corretamente.			
	7	Anotação de enfermagem preenchida por data/hora c/assinatura e nº de conselho.			
	8	Folha de validação dos materiais esterelizados.			
Ss Social	9	Evolução Serviço Social, preenchidos e corretamente e com data assinatura e nº de conselho.			
	10	Evidencia de conduta do Serviço Social.			
Documento	11	Resultados de exames em ordem cronologica (separados LAB/RX/ECG - assinatura e nº de conselho.)			
	12	Ficha de Atendimento, preenchidos e corretamente preenchida assinatura e nº de conselho.			
	13	Todas os documentos são identificados corretamente.			
	14	Letra Legivel e de facil entendimento			
	15	Em caso de transferência, cópia da: Ficha de Central de Vagas, Ficha da Regulação, Remoção e Relatório Médico.			
	16	Termo Consentimento Informado, com data assinatura e nº de conselho.			
Observação					

1º Fechamento: Unidade

Nº Folhas:

Data Conferência: ___/___/___

Resp:_____

Retorno:

Sim ☐ Não ☐

Data: ___/___/___

2º Fechamento: Faturamento

Nº Folhas:

Data Conferência:

___/___/___

Retorno:

Sim ☐ Não ☐

Atentar

A documentos não pode estar rasurados.

Documentos não deve conter uso de corretivos.

A letra deve estar legível.

Serviço de Prontuário de Pacientes (SPP)

Nº de Folhas_____

Data da Conferência:

___/___/_____

Responsável:

_____

Fechamento Data:

___/___/_____

Observações:

Documentos Retirados:

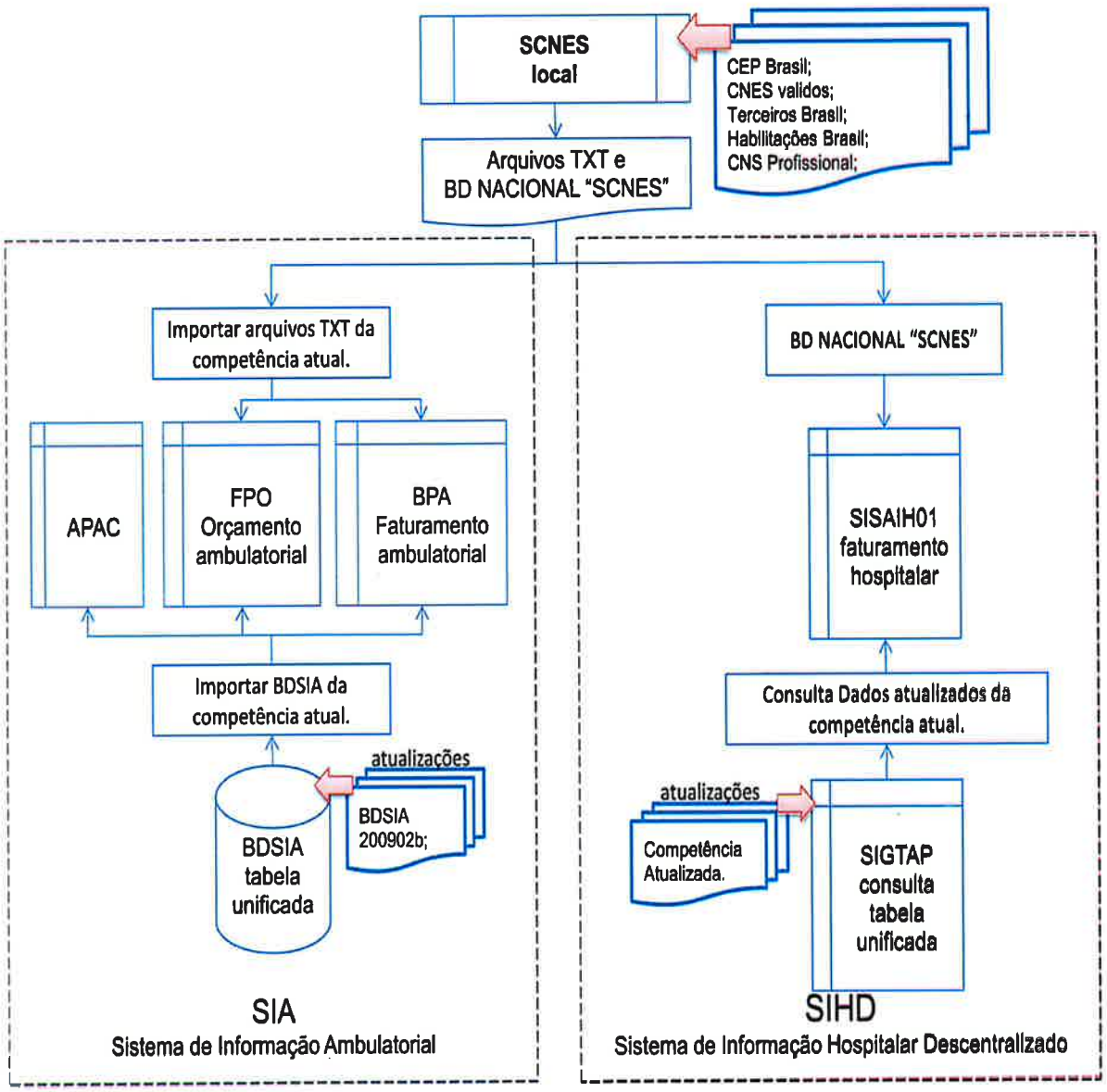
Página 1

A seguir reproduzimos o Manual utilizado nas instituições por nós administrados. O mesmo poderá ser adaptado às necessidades do UPA.

b.1) Manual do Serviço de Faturamento de procedimentos

LÓGICA DO FATURAMENTO

Os sistemas do DATASUS trabalham todos integrados, iniciando a partir do cadastro do SCNES e a concluir no FATURAMENTO. Devemos manter todos os sistemas atualizados e todos na mesma competência, mantendo este fluxo você não terá problemas no fechamento de seu faturamento.



ATUALIZANDO SEU SISTEMA DEVIDAMENTE

Todo início de mês e/ou início de competência o Sistema DATASUS disponibiliza atualizações na maioria de seus sistemas: BDSIA, BPA MAGNETICO, FPO MAGNETICO, APAC, SISSA, SIGTAP, SISAIH01 e CNES.

ATENÇÃO: Antes de efetuar qualquer atualização efetue SEMPRE O BACKUP da sua base de dados atual.

Para uma maior organização você poderá criar um diretório (pasta) para armazenar todas as atualizações dos sistemas, salvando assim o arquivo na referida pasta de seu sistema. EX: C:\Atualizacoes\XXX, onde XXX – é o nome da pasta de seu sistema.

Abaixo segue como atualizar seu sistema:

BDSIA: baixe atualização no site http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php, opção SIA, clique no link referente à base atual BDSIAAAAMML.exe, onde AAAA - ano da competência, MM – mês da competência e L – letra referente à atualização corrente da base (dentro de uma competência poderá haver mais de uma atualização). EX: BDSIA200902b.

Salvar o arquivo na pasta C:\SIA ou na pasta de atualizações, execute-o após o término, confirmando as perguntas com Y = "SIM".

ATENÇÃO: Este procedimento é realizado apenas no servidor aonde se encontra a base de dados do SIA.

APAC MAGNETICO: baixe atualização no site http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php, opção APAC MAGNÉTICO, clique no link referente ao arquivo de atualização APACVVVV.exe, onde APAC – nome do sistema, VVVV – versão atual do sistema. EX: APAC0116.exe

Salvar o arquivo na pasta C:\APAC ou na pasta de atualizações, copie-o para o diretório do sistema e execute-o. Copie o arquivo da base de dados do SAI para o diretório da APAC, o arquivo BDSIA, referente à atualização da competência vigente, execute o arquivo BDSIA. Para este procedimento siga os passos da atualização do BDSIA.

ATENÇÃO: Mantenha o sistema fechado para efetuar a atualização e que deverá ocorrer em todas as máquinas que possuem o sistema, caso tenha em outras máquinas.

BPA MAGNETICO: baixe atualização no site http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php, opção BPA MAGNÉTICO, clique no link referente ao arquivo de atualização BPAVVVV.exe, onde BPA – nome do sistema, VVVV – versão atual do sistema. EX: BPA0115.exe

Salvar o arquivo na pasta C:\Datasus\BPA ou na pasta de atualizações, execute-o após o término, clicando na opção browser, selecione o caminho C:\Datasus\BPA e clique em UNZIP, OK e Close.

ATENÇÃO: Mantenha o sistema fechado para efetuar a atualização e que deverá ocorrer em todas as máquinas que possuem o sistema.

FPO MAGNETICO: baixe atualização no site http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php, opção FPO MAGNÉTICO, clique no link referente ao arquivo de atualização.

Salvar o arquivo na pasta C:\Datasus\FPO ou na pasta de atualizações, execute-o após o termino, clique nas opções avançar até concluir.

SISSA: baixe atualização no site http://autorizador.datasus.gov.br, opção downloads, usuário: SUPER, senha: SUPER.

Salvar o arquivo na pasta C:\Datasus\SISSA ou na pasta de atualizações, execute- o após o término, clique nas opções avançar até concluir.

SIGTAP: baixe atualização no site http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp, clique no link referente à competência atual.

Salvar o arquivo na pasta C:\Datasus\Sigtap ou na pasta de atualizações, execute o SIGTAP e importe a nova competência.

SISAIH01: baixe atualização no site http://sihd.datasus.gov.br, clique no link referente ao novo arquivo da competência atual.
Salvar o arquivo na pasta C:\Datasus\SISAIH01 ou na pasta de atualizações, execute-o após o término, clique nas opções avançar até concluir.
ATENÇÃO: Mantenha o sistema fechado para efetuar a atualização e que deverá ocorrer em todas as máquinas que possuem o sistema.
SCNES: baixe atualização no site http://cnes.datasus.gov.br, selecione a opção SERVIÇOS, clique no link referente à nova versão disponibilizada. EX: SCNES_XXXX.exe, onde X – número da versão disponibilizada.
Atenção: O SCNES é disponibilizado na versão completa ou atualização, se você já possui uma instalação, utilize a opção atualização, caso contrário utilizar a versão completa.
Após o termino do download da nova versão, selecione a opção SERVIÇOS, selecione a opção RECEBIMENTO DE ARQUIVOS e baixe os arquivos atualizados referente ao SCNES Válidos e Expirados, Terceiros Brasil, Habilitações Brasil, CEP Brasil, CNS Profissional Brasil.
Estes arquivos são atualizados semanalmente.

Na opção Terceiros Brasil baixe o arquivo TerceirosBrasilXX.zip e após o término renomeie o arquivo para TerceirosBrasil.zip, onde XX – número de sua região.
Salvar os arquivos na pasta C:\Datasus\CNES ou na pasta de atualizações e importe cada um dos arquivos para a base de dados do sistema do SCNES.

EXPORTANDO TABELA SCNES

Antes de exportar é necessário verificar a competência vigente, caso esteja incorreta, entre em outros\fechar competência. "Repita o procedimento até chegar à competência desejada."
Depois de realizada as importações das atualizações e correções (inclusão e/ou exclusão de procedimento e/ou profissionais) realize a advertência e consistência.

ATENÇÃO: caso haja erros, favor corrigi-las.

Gerando arquivos TXT:

Para gerar os arquivos TXT que serão importados nos sistemas do SIA, entre em Outros\Gerar Base Padrão TXT\SIA/SIH/CIH.
Selecione a opção estabelecimentos e informe qual instituição está desejando exportar, clique em OK.
Será solicitadoo caminho a ser gerado os arquivos TXT. Informe: C:\DATASUS\CNES_TXT.
Gerando arquivos BD NACIONAL:

Para gerar os arquivos da BD nacional para enviar por email e CD, entre em Movimento\Exportação.
Selecione Secretaria , opção Seleção, clique em adicionar, selecione a sua instituição, depois não se esqueça de marcar e informe o local em que serão gerados os arquivos exportados, C:\DATASUS\CNES, clique em FINALIZAR.

Após o término selecione os arquivos gerados e grave os no CD e envie por email, para seus respectivos responsáveis.

EX: exp_CNES2PAXXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.qrp, onde exp –nomenclatura utilizada para informa arquivo exportado, CNES2PA – informa que é para o ESTADO, XXXXXX – número do estabelecimento, DDMMAAAA – dia/mês/ano da exportação, HHMM – hora minuto da exportação, ZZYYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.
CNES2PAXXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.bck, onde CNES2PA – informa que é para o ESTADO, XXXXXX – número do estabelecimento, DDMMAAAA – dia/mês/ano da exportação, HHMM – hora minuto da exportação, ZZYYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.

ATENÇÃO: Observe que são 02 (dois) arquivos exportados de diferentes extensões (QRP e BCK), onde QRP – relatório e BCK – dados (informações).

Gerando arquivos BD REGIONAL:

Para gerar os arquivos da BD regional para enviar por email e CD, entre em Movimento\Exportação.

Selecione Região de Saúde, opção Seleção, clique em adicionar, selecione a sua instituição, depois não se esqueça de marcar e informe o local em que serão gerados os arquivos exportados, C:\DATASUS\CNES, clique em FINALIZAR.

Após o término selecione os arquivos gerados e grave os no CD e envie por email, para seus respectivos responsáveis.
EX: exp_CNES1PAXXXXXXDDMMAAAAHHMMZZYYYYVVVV.qrp, onde exp –nomenclatura utilizada para informa arquivo exportado, CNES1PA – informa que é para a REGIAO DE SAÚDE, XXXXXX – número do estabelecimento, DDMMAAAA – dia/mês/ano da exportação, HHMM – hora minuto da exportação, ZZYYYY – mês\ano da competência, VVVV – versão da competência.

EXPORTANDO AUTORIZAÇÕES (SISSA)

Entre no menu Operacional/Exportações, ou clique no botão EXPORTAÇÂO, selecione a opção que deseja [TODAS, HOSPITALAR, AMBULATORIAL, BPA-I] e clique em EXPORTAR. Será solicitado para salvar o arquivo de exportação que é um arquivo XML. Salve na área de trabalho [DESKTOP] e certifique-se que o arquivo foi salvo. Após verificado, abra-o e visualize as informações se estão corretas.
GRAVANDO NO CD: Selecione o arquivo salvo na área de trabalho [DESKTOP] e coloque-o no CD e depois peça para gravar CD.

RESTAURANDO UMA EXPORTAÇÃO

Caso seja necessário reexportar uma solicitação entre no menu Movimento/Hospitalar ou Ambulatorial pesquise as solicitações que deseja reexportar, para selecionar mais de uma solicitação, pressione a tecla shift+seta para baixo ou caso deseje de forma alternada pressione a tecla ctrl+clique do mouse. Após ter selecionado, clique em RESTAURAR.

FECHAMENTO DO FATURAMENTO
No fechamento do faturamento deve-se verificar se não existe nenhum erro e/ou advertência, caso exista corrigi-la antes de gerar CD de envio ao estado.
SISAIH01: *mono-usuário:* Consistir Produção, Apurar Prévia, Exportar Produção.
multi-usuário: PC01 - Consistir Produção, Apurar Prévia, Exportar Produção.

ATENÇÃO: caso haja erros e/ou advertências, favor corrigi-las.

"Salve o arquivo exportado, para que este seja importado no computador que se fará o fechamento." Utilize a unidade da rede disponível no momento ou um dispositivo externo.
EX: AAAAMMAIHNNNNNN_PC01.txt – onde AAAA – ano da competência, MM – mês da competência, NNNNNN – código do estabelecimento, PC01 – computador 01.
Repetir operação para os demais computadores.

No computador que será efetuado o fechamento, entre na opção manutenção\importar\produção. "Selecione o arquivo gerado dos outros computadores." EX: AAAAMMAIHNNNNNN_PC01.txt
Repetir operação para os demais arquivos.

Execute: Consistência, Apuração de Prévia e Exportar Produção.

ATENÇÃO: caso haja erros e/ou advertências, favor corrigi-las.

Salve 01 (uma) cópia do arquivo de prévia e do protocolo de exportação gerado.
Imprima 02 (duas) vias do arquivo de prévia, do protocolo de exportação e do relatório de valores por AIH.
ATENÇÃO: Para facilitar, crie uma pasta e vá criando subpastas referentes a cada competência, para que se mantenham juntos os 03 (três) arquivos gerados. "protocolo, prévia e exportação"
ATENÇÃO: Salve estes arquivos em C:\DATASUS\APRESENTACAO\2009\SISAIH01\xxx, onde xxx – são as pastas referidas para cada apresentação exportada, seja ela para o grupo.
Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado ao GRUPO, os seguintes arquivos: "protocolo.qrp", "previa.qrp" **e** "arquivo exportado.txt".

REAPRESENTAÇÃO: Reapresente as AIH's. Execute: Consistência, Apuração de Prévia e Exportar Produção.
ATENÇÃO: caso haja erros e/ou advertências, favor corrigi-las.

Salve 01 (uma) cópia do arquivo de prévia e do protocolo de exportação gerado.
Imprima 02 (duas) vias do arquivo de prévia, do protocolo de exportação e do relatório de valores por AIH.

***ATENÇÃO*:** Salve estes arquivos em C:\DATASUS\APRESENTACAO\2009\SISAIH01\xxx, onde xxx – são as pastas referidas para cada apresentação exportada, seja ela para a SESPA.
Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado a SESPA, os seguintes arquivos: "protocolo.qrp", "previa.qrp" **e** "arquivo exportado.txt"

BPA MAGNÉTICO/:

O sistema permite trabalhar em rede, se você estiver trabalhando em rede, é necessário efetuar o fechamento, somente na máquina que se destina ser a servidora.
Após executada a consistência, feche o programa e abra novamente para liberá-lo para digitação.

***ATENÇÃO*:** verifique sempre o mês de sua competência antes de iniciar os lançamentos.

EXPORTAR:

O arquivo gerado será criado automaticamente em uma pasta chamada EXPORTA, que fica em C:\DATASUS\BPA\EXPORTA. EX: PAXXX.MMM, onde – PA – nomenclatura do sistema, xxx –

nome da instituição, mmm – mês de sua competência. "Lembrando que MMM, será automático em todos os meses de sua competência atual."

ATENÇÃO: Será solicitado efetuar um backup antes de exportar as informações, realize o backup, salvando-o com BKP_DDMMAAAA, onde BKP – nomenclatura para backup, DD – dia do mês, mm – mês corrente, AAAA – ano corrente.
Imprimir relatório de controle de remessa em 02 (duas) vias, onde é gerado um arquivo contendo as informações deste relatório em C:\DATASUS\BPA\EXPORTA de nome **RELEXP.PRN**
Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado, os seguintes arquivos: "RELEXP.PRN" **e** "PAXXX.MMM"

APAC MAGNÉTICO:
O sistema permite trabalhar em rede, se você estiver trabalhando em rede, é necessário efetuar o fechamento, somente na máquina que se destina ser a servidora.
Depois de gerada prévia, feche o programa e abra novamente para liberá-lo para digitação.

ATENÇÃO: verifique sempre o mês de sua competência antes de iniciar os lançamentos.

EXPORTAR:
O arquivo gerado será criado automaticamente em uma pasta chamada EXPORTA, que fica em C:\DATASUS\APAC\EXPORTA. EX: PAXXX.MMM, onde – PA – nomenclatura do sistema, xxx – nome da instituição, mmm – mês de sua competência. "Lembrando que MMM, será automático em todos os meses de sua competência atual."

ATENÇÃO: Será solicitado efetuar um backup antes de exportar as informações, realize o backup, salvando-o com BKP_DDMMAAAA, onde BKP – nomenclatura para backup, DD – dia do mês, mm – mês corrente, AAAA – ano corrente.
Imprimir relatório de controle de remessa em 02 (duas) vias, onde é gerado um arquivo contendo as informações deste relatório em C:\DATASUS\APAC\EXPORTA de nome **RELEXP.PRN**
Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado, os seguintes arquivos: "RELEXP.PRN" **e** "PAXXX.MMM"

SISMAMA:
O sistema permite trabalhar em rede, se você estiver trabalhando em rede, é necessário efetuar o fechamento, somente na máquina que se destina ser a servidora.
Após executada a consistência, feche o programa e abra novamente para liberá-lo para digitação.
ATENÇÃO: verifique sempre o mês de sua competência antes de iniciar os lançamentos.

EXPORTAR:
O arquivo gerado será criado automaticamente em uma pasta chamada EXPORTA, que fica em C:\DATASUS\SISMAMA\EXPORTA.
solicitado para informar um nome de arquivo que será gerado com os dados. Informe o nome HRT, pois o sistema automaticamente ira gerar um arquivo contendo os dados da exportação. EX: PAXXX.MMM, onde – PA – nomenclatura do sistema, xxx – nome da instituição, mmm – mês de sua competência. "Lembrando que MMM, será automático em todos os meses de sua competência atual."

ATENÇÃO: Será solicitado efetuar um backup antes de exportar as informações, realize o backup, salvando-o com BKP_DDMMAAAA, onde BKP – nomenclatura para backup, DD – dia do mês, mm – mês corrente, AAAA – ano corrente.

Imprimir relatório de controle de remessa em 02 (duas) vias, onde é gerado um arquivo contendo as informações deste relatório em C:\DATASUS\SISMAMA\EXPORTA de nome **RELEXP.PRN.**

Gravação do CD: Gravar no CD que será enviado, os seguintes arquivos: "RELEXP.PRN" e "PAXXX.MMM"

OBS.:
Todo e qualquer atualização deverá ocorrer em bases de teste;
Realizar backup antes de promover qualquer alteração junto ao banco de dados.

c) Apresentar Instrução / manual de gestão financeira

O Departamento Financeiro da Unidade de Pronto Atendimento - UPA terá como funções primordiais, o controle das contas a pagar e a receber da unidade, bem como a administração financeira dos recursos próprios ou oriundos de Contratos/Convênios, que o hospital venha a se utilizar para a consecução de seus objetivos, assim como a correta administração e guarda de todos os documentos financeiros e contábeis da Instituição. Será também função do setor Financeiro do UPA a correta contabilização dos atos e fatos administrativos, bem como a interação com os auditores interessados e habilitados a analisar suas contas.
Para o seu funcionamento, o setor contará com manual de normas de conduta, que orientem as solicitações de pagamentos visando atender às necessidades dos diversos setores da unidade no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos próprios ou oriundos do Contrato de Gestão. Toda solicitação de pagamento, seja por aquisição de materiais de consumo, de insumos, de bens, de obras ou de serviços, a pessoa física ou jurídica, obedecerá aos princípios básicos de economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequada aplicação e finalidade dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão do Instituto e do UPA.

Cadastramento de Beneficiários
O cadastramento do fornecedor de produtos, material de consumo ou insumos obedecerá aos seguintes critérios:
• O UPA somente realizará pagamento de solicitação para fornecedor cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar, salvo as exceções previstas neste regulamento;
• A qualificação do fornecedor, e a execução dos procedimentos, de compras, serão de responsabilidade do setor de compras do UPA;
• O cadastramento de fornecedor, na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar, pode ser feito, previamente, durante o processo de compra ou no ato do registro de entrada da respectiva Nota Fiscal-NF;

Cadastramento do prestador fornecedor de serviços e obras:
• O UPA somente realizará pagamento de solicitação: para prestador cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar, salvo as exceções previstas neste regulamento;
• A qualificação do prestador e a execução dos procedimentos de contratação serão de responsabilidade do coordenador de cada área interessada;
• O cadastramento de prestador, na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar, pode ser feito, previamente, durante o processo de contratação ou no ato do registro de entrada da respectiva Nota Fiscal de Serviço, de pessoa jurídica ou tisica, avulsa, convencional ou eletrônica - NFS.

Cadastramento do bolsista estagiário ou bolsista remunerado:
• O UPA somente realizará pagamento de solicitação para bolsista cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar, salvo as exceções previstas neste regulamento;

• A qualificação do bolsista, e a execução dos procedimentos de contratação serão de responsabilidade do coordenador de cada área interessada;
• O cadastramento de bolsista na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro do primeiro Recibo de Pagamento a Bolsista (RPB).

Cadastramento para adiantamentos e antecipações:
•O UPA somente poderá conceder adiantamento de salário, de férias ou de 13° salário, mediante cheque na tesouraria, ao colaborador regularmente matriculado, com cadastro no sistema informatizado de gestão hospitalar específico para esta modalidade;
•A aprovação do adiantamento, e a execução dos procedimentos de concessão, são de competência dos Recursos Humanos;
•O cadastramento do adiantado (beneficiário de adiantamento) na base única do sistema, informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro do primeiro adiantamento concedido.
•O UPA somente poderá conceder antecipação na compra de produto ou contratação de serviço, mediante depósito em conta ou cheque na tesouraria, ao fornecedor ou prestador regularmente cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar.
•A aprovação da antecipação, e a execução dos procedimentos de concessão, são de competência do setor de compras, subordinado à diretoria administrativa e financeira do UPA.
O cadastramento do antecipado (beneficiário de antecipação) na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro da primeira antecipação concedida.

Cadastramento para diárias e ajuda de custo:
•O UPA somente poderá conceder diárias e ajuda de custo, em quantidade expresa de dias da viagem a serviço aprovada, mediante cheque na tesouraria, a pessoa física regularmente matriculado, com cadastro no sistema informatizado de gestão hospitalar específico para esta modalidade;
• A aprovação das diárias e ajuda de custo, e a execução dos procedimentos de concessão, é de competência da diretoria de administração e finanças do UPA;
•O cadastramento de beneficiário de diárias e ajuda de custo na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar, será feito por ocasião do registro da primeira diária concedida;
•O solicitante do pagamento, quando proceder ao cadastramento, sempre deverá observar as exigências para qualificação do respectivo beneficiário, e caso já exista cadastro, deverá realizar manutenção, ao menos, quanto atualização de endereço, no de telefone, pessoa de contato e e-mail.

PROCEDIMENTO PARA SOLICITAR PAGAMENTO

•Toda solicitação de pagamento a fornecedor, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças do UPA, e da respectiva NF devidamente atestada quanto ao recebimento do produto, à sua conformidade, ao registro no módulo estoque do sistema informatizado de gestão hospitalar, à efetiva entrada no almoxarifado.
• O ingresso do correspondente comprometimento para fornecedor, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir de inclusão por importação dos dados oriundos do módulo de estoque do sistema informatizado de gestão hospitalar, visíveis na tela do protocolo, após a confrontação com os dados da NF física.
•Toda solicitação de pagamento a prestador, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de· administração e finanças, e do respectivo documento físico, seja um recibo de prestador de serviço RPS- Pessoa Física, que não disponha de Nota Fiscal de Serviço, ou uma NFS, devidamente atestada quanto à execução do(s) serviço(s), e à sua conformidade.

O ingresso do correspondente comprometimento para prestador, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação, após a obtenção dos valores na planilha própria para o cálculo das deduções, compensações e retenções fiscais.

•Toda solicitação de pagamento· a Bolsista, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, ou seja, recibo de pagamento a bolsista, devidamente atestada quanto ao período de cumprimento, e à sua conformidade.

• O ingresso do correspondente comprometimento para bolsista, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação, após a obtenção dos valores na planilha própria para o cálculo das deduções, compensações e retenções fiscais.

•Toda solicitação de pagamento a adiantado, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, ou seja, o recibo de adiantamento, devidamente atestado pelo RH quanto a forma de liquidação, e à sua conformidade.

• Caso a solicitação de pagamento a adiantado contenha previsão de atendimento com verba vinculada, o encaminhamento deverá, em primeiro lugar, transitar na Coordenação de Contratos e Convênios-CCC, para controle e visto.

• O ingresso do correspondente comprometimento, para adiantado, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.

•Toda solicitação de pagamento, a antecipado, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela SAF, e do respectivo documento físico, ou :seja, o recibo de antecipação, devidamente atestada pelo comprador quanto a forma de liquidação, e à sua conformidade.

• O ingresso do correspondente comprometimento, para adiantado, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.

• Toda solicitação de pagamento de diárias e ajuda de custo, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, recibo de diária e ajuda de custo, devidamente atestado pelo gestor solicitante quanto a justificativa da viagem, ~destino e período, e à sua conformidade.

• O ingresso do correspondente comprometimento, para diárias e ajuda de custo, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.

PROCEDIMENTO ORDINÁRIO DE PAGAMENTO

Dos prazos e horários mínimos:

• Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, por importação, todas as Notas Fiscais de Fornecedor, que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados no setor financeiro, até 12h00min de D-1 (dia útil anterior).

• Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todas as Notas Fiscais de serviço de prestador pessoa jurídica, que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados no setor financeiro, até 12h00min de D-1.

• Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todas as Notas Fiscais de serviço 'de prestador pessoa física, que suas planilhas de cálculo, das deduções, compensações e retenções fiscais, tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos do Setor de Recursos Humanos.

• Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os recibos de prestação de serviços de prestador pessoa física, e todos os recibos de pagamento de bolsa de bolsista, que suas planilhas de cálculo, das deduções, compensações e retenções fiscais, tenham sido protocolizadas. no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos do SAP.
• Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os ADTDO de colaborador, que tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido homologados no setor de Recursos Humanos.
• Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os ANTDO de fornecedor, de prestador PJ, de prestador PF, e que tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos. Os documentos que tenham sido protocolizados após 12h00min serão considerados como se recepcionados às 08h00min de D+1.
• Diariamente, D zero, às 16h:00min horas, será emitido relatório atualizado com todos os comprometimentos, com vencimento até D+1 (do dia útil seguinte), que será submetido à diretoria de administração e finanças para obter liberação para emissão dos cheques que serão assinados às 11:00 horas de D +1, em 1o lote, e às 15h:00min horas de D+1, em 2° lote.
• No 1° lote serão priorizados os cheques, para os pagamentos com cobrança bancária sem ficha de compensação (vencidos ou não), para os pagamentos com quitação por depósito em conta, para os pagamentos de guia de recolhimento de impostos e taxas, para reposição de fundo fixo, para os pagamentos de concessões de adiantamentos a colaboradores, e exceções autorizadas, nesta ordem.
• No 2° lote serão preparados os cheques, para os pagamentos com cobrança bancária com ficha de compensação (em dia), para os pagamentos com cobrança em carteira, para os pagamentos de concessões de antecipações a fornecedores, e antecipações a credores por Serviço, e exceções autorizadas, nesta ordem.

c.1) Manual Administrativo Financeiro

Diretoria Administrativa Financeira
Cumprir e executar todas as determinações do Manual de Gestão, substituir o Diretor Geral em seus impedimentos, dentro dos limites de delegação fixados. Preparar o expediente, as informações diárias e mensais e compilar os dados de que o Diretor Geral necessite para a tomada de decisões.

Setor de Recrutamento e Seleção

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos da unidade. Sua participação e a aplicação está diretamente ligada ao recrutamento e seleção de pessoas, considerando sempre as necessidades organizacionais para captação de profissionais com competências mais adequadas ao exercício de determinada função na unidade.

Setor de Departamento de Pessoal

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos da unidade. Cuida exclusivamente das admissões, do pagamento e das demissões da mão de obra da unidade, de acordo com a legislação trabalhista vigente.

Setor Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina de Trabalho (SESMT) Este setor tem a finalidade de promover saúde e segurança ao colaborador no local de trabalho, realizando um monitoramento contínuo sobre as condições e de como são desenvolvidas as atividades, podendo assim aplicar medidas de proteção aos colaboradores. Terá como responsáveis profissionais devidamente qualificados, subordinados diretamente a Gestão de Pessoas seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

Setor Financeiro

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da unidade. É responsável pela administração de recursos financeiros que tem por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade.

Setor Contabilidade e Custos

Este setor terá como responsável profissional contabilista qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos da unidade. Responsável por todas as movimentações possíveis de mensuração monetária e por todos os coeficientes de rateio dos serviços, setores e produtos comuns a toda unidade, que registrados contabilmente, em seguida, em forma de relatórios (demonstrações financeiras), demonstrarão o resultado econômico decorrente da gestão da riqueza patrimonial, subsidiando os gestores com informações úteis.

Serviço de Coordenação de Logística
Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da unidade. Coordenará todos os materiais que são entendidos como o conjunto de recursos não-humanos e não- financeiros, que engloba, portanto, materiais de consumo, matérias-primas, medicamentos, gêneros alimentícios, oxigênio, materiais importados, produtos em trânsitos, produtos em processos, produtos acabados, materiais auxiliares, consignações e até ativos fixos, envolvendo assim todos os recursos patrimoniais conforme processo monitorado pela Central de Suprimentos.

Setor de Compras

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Coordenação de Logística, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos da unidade. Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando em parceria com a Central de Compras da INVISA. O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Setor de Almoxarifado

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Coordenação de Logística, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos da unidade. O Almoxarifado tem a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos adquiridos pelo Hospital, assim como exercer o correto armazenamento, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz. O Almoxarifado deve manter um contado direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento da unidade, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

Setor de Farmácia

Este setor terá como responsável profissional farmacêutico qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos da unidade. Atuará como um importante centro de distribuição e controle de medicações, bem como a prevenção e acompanhamentos de reações adversas com interação expressa com o corpo clínico da unidade e SCIH/CCIH, adotando mecanismos que garantam a rastreabilidade e integridade dos mesmos, além de atender a demanda dos serviços assistenciais em tempo hábil.

Setor de Documentações, Contratos e Comissões

O setor de documentações é subordinado à diretoria Administrativa Financeira, devendo auxiliar a diretoria em seus propósitos conforme solicitações, bem como gerenciar documentações legais e contratos da Instituição.

Setor do Faturamento

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos da unidade, sua participação e a aplicação dos objetivos e metas a ser alcançadas é de extrema relevância no dia a dia da unidade. O Faturamento é responsável pelo processamento das faturas da unidade, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS.

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

O processo de gestão de pessoas é necessário para garantir a qualificação e as competências adequadas aos colaboradores que desenvolvem atividades que afetem a qualidade e a segurança dos serviços. Os subitens abaixo estão detalhadamente descritos em Instruções de Trabalho específicas do Departamento de Recursos Humanos.

O ser humano é o maior valor que o Hospital possui. A política de gestão de pessoas praticada pela instituição é pautada nos valores organizacionais e desenvolvida através de uma série de ações específicas.

As ações de treinamento e desenvolvimento buscam atender às necessidades de capacitação e de desenvolvimento profissional das pessoas. As melhorias de desempenho são os indicadores dos resultados da política de treinamento.

O acompanhamento do desempenho humano, monitora os resultados obtidos em relação às metas pactuadas, constituindo uma estratégia voltada para o crescimento profissional dos integrantes da unidade.

Contratação e Transferências

Nas contratações ou transferências internas de profissionais, são sempre prospectados profissionais que melhor atendam à qualificação e a competência requerida para o cargo.

Dentro deste processo, o hospital atenderá a lei 8.213/91(PNE) com a contratação de portadores de necessidades especiais, propiciando oportunidades de qualificação e espaço junto às exigências do mercado de trabalho.

Treinamento, Competência, Qualificação e Conscientização

As necessidades de treinamento, competência e qualificação de todos os colaboradores da unidade, que executam atividades que influenciam a qualidade e a segurança do serviço, são identificadas para cada área e função onde estes estão alocados através das descrições de cargos.

A identificação destas necessidades é realizada através do Levantamento de Necessidade de Treinamento, realizada anualmente e são considerados os treinamentos obrigatórios para que os colaboradores possam desenvolver as suas atividades adequadamente, às necessidades do cargo e perfil do colaborador.

Ambiente de Trabalho

O ambiente de trabalho dos setores é monitorado periodicamente através do PPRA– Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, de responsabilidade do setor de Segurança do Trabalho e Medicina Ocupacional, respectivamente. Também como decorrência do PPRA, estudos dos riscos operacionais definem-se os Equipamentos de Proteção Individua/ Equipamentos de Proteção Coletiva adequados para a segurança da unidade. Na definição das restrições, cuidados operacionais e manipulações do SESMT avalia a necessidade, testa e implanta tais equipamentos de proteção, conforme descrito na Instrução de Trabalho do Departamento SESMT.
Nos setores onde existam fatores restritivos, como por exemplo: setor de radiologia, tais locais mantém todos os monitoramentos legais e adequados para garantir a efetiva operação, sem causar quaisquer danos aos colaboradores, usuários, clientes, comunidade em geral e ao meio ambiente.
Também são vitais para o ambiente de trabalho as condições de higiene, limpeza e assepsia dos locais, equipamentos e instrumentos. Os detalhes estão descritos nos Procedimentos específicos dos setores com validação da CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, quando necessário.

Adiantamento de salário

O Hospital instituiu como política de adiantamentos aos colaboradores para os casos de doenças, viagens emergenciais e situações judiciais. Outras situações poderão ser consideradas, mediante avaliação das diretorias Geral e Administrativa Financeira.
A solicitação de adiantamento de salário deverá ser formalizada pelo colaborador junto à Diretoria de Área e/ ou ao setor de Recursos Humanos. Em seguida, a mesma deverá ser encaminha para a Diretoria Administrativa Financeira e Diretoria Geral para validação, devendo respeitar as seguintes regras: (i) Valor de adiantamento: Até 70% do salário base; (ii)Parcelamento: Limite de três parcelas; (iii) Desconto: Desconto máximo de 30% do salário base (mensal).
Todo fluxo de adiantamento deverá ser formalizado, contendo assinatura e carimbo dos aprovadores, bem como assegurar o gerenciamento dos pagamentos pelo setor financeiro.
Em casos de desligamento, o valor total do empréstimo faltante deverá ser descontado na rescisão.

Plano de Contingência

O Hospital tem o compromisso de cumprir a sua missão, elaborando seu plano de contingência setorial visando garantir o atendimento aos usuários com maior segurança no caso de aparecimento de alguma falha em seus processos vitais.
Este documento tem o objetivo de descrever o conjunto de ações orientadas para planejar, organizar e melhorar a capacidade de resposta frente aos prováveis efeitos dos eventos adversos ao funcionamento das instalações e serviços da instituição.

Paralisações

Havendo ocorrências de paralisações aos serviços que onere direta/ indiretamente a assistência ao usuário, frente qualquer tipo de manifestação sindical/greve, causas externas, ligadas diretamente ao colaborador, serão tratadas, de imediato, tendo os seguintes passos:
Avaliação da necessidade mínima de colaboradores para o funcionamento da unidade;
Verificação de remanejamento interno das equipes;
Convocação de colaboradores em folga/ outro plantão/ turno;
Planejamento e acompanhamento diário dos impactos e necessidades para continuidade dos cuidados assistenciais;
Comunicação e apoio às unidades de saúde de sua abrangência de referência;

Comunicação o contratante;
Comunicação aos órgãos públicos relacionados;
Convocação de colaboradores de outras unidades de assistência a saúde.

POLÍTICA DE GESTÃO E AQUISIÇÃO DE BENS E MATERIAIS

Controle e Manutenção de Patrimônios

Patrimônio é definido como um conjunto de bens pertencente a uma pessoa física, a um conjunto de pessoas, como ocorre nas sociedades informais ou a uma sociedade ou instituição de qualquer natureza, independentemente da sua finalidade que pode ou não incluir o lucro. O essencial é que o patrimônio disponha de autonomia em relação aos demais patrimônios existentes, o que significa que a Entidade dele pode dispor livremente, claro que nos limites estabelecidos pela ordem jurídica e, sob certo aspecto da racionalidade econômica e administrativa.
Devem ser mantidos em bom estado, classificados em local adequado, conferidos por meio de inventário, identificando os bens ociosos, obsoletos ou inservíveis para fins de alienação e/ou doação dos bens deste hospital.

Gestão de Compras

Para os produtos e serviços adquiridos que estão ligados direta e indiretamente nos resultados dos serviços prestados, onde existe sistemática de Seleção e Homologação de Fornecedores definida pela Central de Compras (Sede).

Sistemática de Aquisição

Para esses produtos e serviços a aquisição somente pode ser realizada após a seleção dos fornecedores de acordo com critérios previamente estabelecidos pelo Escritório da Sede Administrativa. A performance e/ou desempenho dos mesmos é monitorada periodicamente onde são tomadas às ações quando evidenciado o não atendimento aos requisitos.
O detalhamento destas atividades está descrito no "Manual de Relacionamento com Fornecedores – Seleção e Homologação de Prestador de Serviços".
Quando identificada à necessidade de aquisição de material hospitalar e medicamentos padronizados a área emite solicitação com a definição clara do produto a ser adquirido pela Central de Compras, o qual entra em contato com o solicitante em caso de dúvidas. Quando identificada a necessidade de aquisição de material hospitalar e medicamentos não padronizados, o solicitante emite solicitação de padronização com justificativa, encaminha para análise das Diretorias específicas e após aprovação envia para a Central de Compras. O detalhamento do processo de aquisição está na Instrução de Trabalho da Central de Compras.

Sistemática de Recebimento, Armazenamento e Distribuição

Para os materiais adquiridos é feita uma verificação no ato do recebimento, quanto às condições gerais da documentação, avaliação das embalagens, apresentação, quantidades, documentação exigida, etc., visando garantir que os itens recebidos sejam equivalentes aos itens comprados.
O detalhe desta atividade de verificação denominado Recebimento está descrita em Instrução de Trabalho específica dos Setores de Almoxarifado, Farmácia e Nutrição e Dietética.

Preservação de Produtos

Durante o armazenamento de materiais, além do manuseio, são utilizados acessórios adequados que são identificados desde a sua origem até o seu destino.
Este sistema proporciona a proteção contra eventuais danos ou intercorrências resultantes do armazenamento ou manuseio inadequado, preservando assim a sua qualidade.

Os materiais utilizados durante as atividades técnicas da terapêutica são dispostos em locais apropriados, próximos aos postos de trabalho com o objetivo de minimizar o manuseio e a movimentação. O sistema de armazenamento, especificamente aplicado ao setor de estoque está detalhado na Instrução de Trabalho da Farmácia e Almoxarifado e SND, obedecendo ao sistema *"FEFO – First- Expire, First-Out* ou seja, Primeiro que Vence, Primeiro que Sai". As demais áreas determinadas para estocagem também são devidamente protegidas e organizadas, garantindo assim a qualidade do material e sua utilização dentro do prazo de validade, conforme Instrução de Trabalho do setor de Farmácia.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os processos desenhados no Mapa de Processo fazem uso dos recursos básicos abaixo:

Finanças (Recursos Financeiros): São definidos e gerenciados conjuntamente pela Diretoria Geral e Diretoria Administrativa/Financeira em conformidade com o Contrato de Gestão, nas fases de planejamento de investimentos, análise crítica e no estabelecimento das metas de controle.

Qualquer necessidade além das referenciadas acima é comunicada a Diretoria de Operações para análise e provisão.

Casos omissos ou duvidosos serão resolvidos pela Diretoria Geral e/ou Diretoria Administrativa-Financeira.

d) Apresentar Instrução / manual de rotinas administrativas para gestão de almoxarifado e patrimônio.

d.1) Almoxarifado

A importância da atividade do setor de suprimentos de uma UPA exerce papel primordial para a manutenção da qualidade do atendimento prestado ao cliente, exercendo influência direta no trabalho da equipe assistencial. Isso denota a primeira função da atividade de administração de recursos materiais e patrimoniais, o atendimento às necessidades de materiais, medicamentos e bens patrimoniais dos clientes internos (equipe assistencial) e dos clientes externos (pacientes).

É com esta visão estratégica que os gestores do serviço de almoxarifado do Unidade de Pronto Atendimento - UPA, deverão desenvolver suas atividades, preocupando-se com a continuidade operacional da organização e ao mesmo tempo com a manutenção de todo o sistema hospitalar, pois não adiantará ter um estoque repleto de materiais e medicamentos, e não ter dinheiro em caixa para comprar um antibiótico ou consertar uma autoclave, por exemplo. Assim, o almoxarifado do UPA terá por finalidade o recebimento, físico e contábil. de todos os materiais adquiridos. pela área de compras; a estocagem e a distribuição de materiais de higiene/limpeza, material de expediente, material de manutenção e alimentação. Estará subordinado à Coordenação de Materiais e Compras, que por sua vez está subordinada a Diretoria de Administração e Finanças.

Para obtenção de maior produtividade, maior segurança nas operações de controle e rapidez no atendimento aos usuários do serviço, o almoxarifado deverá obedecer aos seguintes critérios:

- Possuir sistema informatizado para gerenciamento de estoque;
- Manter sintonia com o setor de compras particularmente quando da chegada dos materiais;
- Manter o controle dos estoques em termo de quantidade e valor, minimização das perdas por deterioração dos materiais e por desvio de materiais;
- Manter inventários periódicos para avaliação das quantidades e estado dos materiais estocados;
- Identificar e retirar do estoque os itens obsoletos;
- Determinar o volume necessário de estoque para um determinado período.
- Possuir alto grau de flexibilidade do arranjo físico e utilização adequada do espaço,
- Redução da necessidade de equipamentos de movimentação de materiais;
- Garantir os requisitos mínimos de segurança individual e coletiva.

OBJETIVOS DO ALMOXARIFADO

-Organizar e controlar todo o recebimento, físico e contábil de todos os materiais adquiridos pela área de compras, além da estocagem e a distribuição de materiais em geral, necessários a todas as atividades do UPA;
-Estabelecer um conceito bem definido de logística hospitalar, necessário para melhor compreensão do fluxo contínuo dos materiais, as relações tempo-estoque na produção e na prestação do serviço;
-Apoiar firmemente cada fase do sistema gestão hospitalar, com um máximo de eficiência, através da coordenação de suprimentos, produção, embalagem e transporte de suprimentos.

A logística proposta para obtenção dos objetivos se constitui pelo planejamento de materiais, compras, rede de fornecedores, serviço de transporte, armazenamento, farmácias, serviço de movimentação interna e rede de unidades de atendimento. A gestão é iniciada na rede de fornecimento e finalizada após o descarte/uso do material ou medicamento. A Gerência de almoxarifado deverá abranger os setores:
1. Recepção, armazenamento e expedição de produtos farmacêuticos;
2. Recepção, armazenamento e expedição de materiais e equipamentos.

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO – CAF

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) será a unidade de assistência farmacêutica responsável pelo armazenamento de medicamentos e correlatos, onde serão realizadas atividades quanto à sua correta recepção, estocagem e distribuição.
A CAF exercerá atividades operacionais e de planejamento, tais como:
- Receber os produtos comprados acompanhados das notas fiscais e conferi-los, adotando as normas técnicas de recebimento de produto farmacêutico, de acordo com a rotina definida em protocolo;
- Realizar os lançamentos de entrada por meio de sistema informatizado ou manualmente e guardar os produtos em locais apropriados de acordo com as normas técnicas;
- Receber requisições das unidades assistenciais e da dispensação promovendo a separação, distribuição e registro de saída;
- Realizar as atividades relacionadas à gestão de estoques;
- Conservar os medicamentos em condições seguras, preservando a qualidade e permitindo o uso do sistema PEPS (primeiro a entrar, primeiro a sair, considerando o prazo de validade para movimentação dos medicamentos;
- Realizar levantamentos periódicos dos estoques e elaborar relatórios gerenciais. As atividades realizadas pela CAF seguirão o seguinte fluxo:

FLUXOGRAMA

Recebimento dos Produtos Farmacêuticos:

1.Conferir os produtos farmacêuticos e correlatos quanto à apresentação, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade e o valor unitário de acordo com a Ordem de Compra (O.C) e os dados da nota fiscal;

2.Verificar as condições de embalagem, que deverão estar compatíveis ao tipo de produto, para não afetar a sua integridade, durante o transporte, armazenamento e manuseio;

3.Verificar validades e lotes. Por segurança não deve ser recebido produto com prazo de validade inferior a 12 (doze meses) à data de vencimento;

4.Comunicar imediatamente ao fornecedor quando houver divergência na quantidade, na validade ou na integridade física- do produto, para que seja efetuada a regularização e/ou troca do mesmo;

5.Comunicar imediatamente ao fornecedor, se a nota fiscal apresenta divergência no preenchimento em relação à Ordem de Compra, protocolando e devolvendo juntamente com os produtos;

6. Proceder às entradas dos produtos farmacêuticos e correlatos levando em consideração o tipo de documento (Nota Fiscal, Vales, Devolução, Doação, Produção Interna, Material Consignado, etc.) no Sistema Informatizado;

7.Atestar o recebimento na Nota Fiscal ou nos Vales;

8.Anexar a Ordem de Fornecimento e as Notas de Entrada às Notas Fiscais, encaminhando-as para serem assinadas;

9. Protocolar e encaminhar à Contabilidade;

10.Conferir quando for o caso de entrega parcelada, o quantitativo a ser recebido, anotando na OC e liberando a Nota Fiscal para pagamento;
11. Comunicar ao fornecedor quando da expiração do prazo de entrega do restante da parcela;
12. Comunicar qualquer intercorrência que houver na entrega dos produtos.

Armazenamento estocagem dos produtos Farmacêuticos:
1. Armazenar os produtos farmacêuticos e correlatos de forma adequada obedecendo à forma de organização escolhida (Ordem Alfabética, Forma Farmacêutica ou Grupo Terapêutico), separados por lotes para facilitar o acesso, identificação, manuseio, controle, distribuição e inventário;
2. Priorizar a distribuição dos lotes mais antigos dos produtos farmacêuticos e correlatos, observando que os materiais estocados há mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar (primeiro a entrar, primeiro a sair - PEPS), com a finalidade de evitar a expiração do prazo de validade;
3. Os produtos 'farmacêuticos e correlatos devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado, ou por ocasião da utilização sob o conhecimento do gerente do setor;
4. Empilhar as caixas dos produtos farmacêuticos de grande volume em estrados, obedecendo ao limite máximo permitido;
5. Manter equidistância entre piso e paredes, obedecendo à distância mínima, de um metro, entre os estrados e paredes, para facilitar a limpeza, aeração e circulação de pessoas;
6. Resguardar os materiais contra o furto ou roubo, e protegê-los contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;
7. Manter bom nível de organização, de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;
8. Registrar a temperatura ambiente em "Mapa de Controle de Temperatura e Umidade";
9. Informar periodicamente a existência de produtos farmacêuticos com prazo de validade próximo a vencer;
10. Armazenar os produtos farmacêuticos que requerem baixas temperaturas, imediatamente ao seu recebimento e conferência;
11. Registrar diariamente a temperatura da Câmara Fria, geladeira e freezer;
12.Armazenar os medicamentos psicotrópicos e entorpecentes em armários com chaves e em local seguro.

Expedição (distribuição) Produtos Farmacêuticos:
1. Promover e orientar as retiradas dos produtos farmacêuticos armazenados na Central de Abastecimento Farmacêuticos - CAF, levando em consideração o prazo de validade;
2. Atender as solicitações mediante conferência dos itens digitados, devendo a Nota de Fornecimento estar devidamente assinada pelo Almoxarife, Conferente e pelo colaborador que realizou o recebimento;
3. Registrar na Nota de Fornecimento qualquer inconsistência que houver.;
4. Arquivar as Notas de Fornecimento devidamente assinadas, após a entrega dos pedidos.
Outras atividades:

- Garantir as condições mmlmas necessárias de qualidade e segurança para armazenamento dos produtos farmacêuticos adquiridos obedecendo aos padrões e normas técnicas específicas que venham assegurar a manutenção das características dos mesmos;
- Zelar pela conservação dos produtos farmacêuticos e correlatos;
- Realizar inventários;
- Manter atualizada a Relação de Materiais Padronizados e a Relação de Códigos por Centro de Custos;
- Manter arquivadas, por tempo estabelecido pela instituição: Nota de Solicitação, Nota de Entrega de Material, Nota de Devolução de Material e Cópia de Prescrições Médicas;
- Assegurar a qualidade dos produtos farmacêuticos e correlatos recebidos pelo setor, observando especificações constantes da Ordem de Compra e demais condições.

Recepção, Armazenamento e Expedição de Materiais e Equipamentos:

Recebimentos dos Materiais e Equipamentos:

1. Conferir os materiais e equipamentos de acordo com a Ordem de Compra (O.C) e os dados da nota fiscal;
2. Verificar as condições de embalagem, que deverão estar compatíveis ao tipo de produto, para não afetar a sua integridade, durante o transporte, armazenamento e manuseio;
3.Comunicar imediatamente ao fornecedor quando houver divergência na quantidade, na validade ou na integridade física do produto, para que seja efetuada a regularização e/ou troca do mesmo;
4.Comunicar imediatamente ao fornecedor se a nota fiscal apresentar divergência no preenchimento em relação à Ordem de Compra, protocolando e devolvendo juntamente com os produtos;
5.Proceder às entradas dos materiais e equipamentos levando em consideração o tipo de. documento (Nota Fiscal, Vales, Devolução, Doação, Material Consignado, etc.) no Sistema Informatizado;
6. Atestar o recebimento na Nota Fiscal ou nos Vales;
7. Anexar a Ordem de Fornecimento, encaminhando para serem assinadas as Notas de Entrada às Notas Fiscais,
8. Protocolar e encaminhar à Contabilidade;
9. Conferir quando for o caso de entrega parcelada, o quantitativo a ser recebido, anotando na OC e liberando a Nota Fiscal para pagamento;
10. Comunicar ao fornecedor quando da expiração do prazo de entrega do restante da parcela;
11. Comunicar qualquer intercorrência que houver na entrega dos produtos.

Armazenamento (estocaqem) dos Materiais e Equipamentos:

1. Armazenar os materiais e equipamentos de forma adequada obedecendo à forma de organização escolhida (materiais da mesma classe devem ser concentrados em locais adjacentes), para facilitar o acesso, identificação, manuseio, controle e distribuição e inventário;
2. Utilizar estrados para armazenar os itens d~ grandes volumes e os, mais pesados, obedecendo ao limite máximo permitido;
3. Manter equidistância entre piso e paredes, obedecendo a distância mínima, de um metro, entre os estrados e, paredes, para facilitar a limpeza, aeração e circulação de pessoas;
4. Resguardar os materiais contra o furto ou roubo, e protegê-los contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;
5. Observar que os materiais estocados há mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar (primeiro a entrar, primeiro a sair - PEPS), com a finalidade de evitar o envelhecimento do estoque;
6. Manter bom nível de organização, de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;
7. Os materiais devem ser conservados r:ias embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado, ou por ocasião da utilização sob o conhecimento do gerente do setor.

Expedição (distribuição) dos Materiais e Equipamentos:
1. Disponibilizar os materiais aos diversos setores mediante solicitação de material de acordo com cronograma pré-estabelecido;
2. Atender as solicitações mediante conferência dos itens digitados, devendo a Nota de Fornecimento estar devidamente assinada' pelo Almoxarife, Conferente e pelo colaborador que realizou o recebimento;
3. Registrar na Nota de Fornecimento qualquer inconsistência que houver;
4. Arquivar as Notas de Fornecimento devidamente assinadas, após a entrega dos pedidos.

Outras atividades:

1. Garantir as condições mínimas necessárias de qualidade e segurança para armazenamento dos materiais, e equipamentos adquiridos obedecendo aos padrões e normas técnicas específicas que venham assegurar manutenção das características dos mesmos;
2. Zelar pela conservação dos materiais e equipamentos;
3. Realizar inventários;
4. Manter atualizada a Relação de Materiais Padronizados e a Relação de Códigos por Centro de Custos;
5. Manter arquivadas, por tempo estabelecido pela instituição: Nota de Solicitação de Material, Nota de Entrega de Material, Nota de Devolução de Material.

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NA LOGÍSTICA HOSPITALAR

A introdução de "*softwares*" por parte no gerenciamento do almoxarifado trará informações técnicas de cálculo de ponto de reposição, lotes ·econômicos de compra, criação de arquivo com informações relativas ao processo de manufatura de kits, informações de custos, de mercado, etc. Com essa evolução, chegamos ao conceito do banco de dados comum, isto é, registros de arquivos mecanizados que mantêm toda informação necessária para um processamento de forma rápida e econômica.
A tecnologia da informação facilitará a comunicação com a equipe assistencial, resultando no melhor atendimento ao cliente. Suprimento, atendimento, finanças e fornecedor estarão interligados e trocando todos os tipos de informação de forma integrada e instantânea.

NORMAS ADMINISTRATIVAS

Conforme escala mensal, os Auxiliares de Almoxarifado desenvolverão suas atividades em horário: Segunda a Sexta das 08:00 às 12:00 e 13:00 às 18:00h e plantonista, sendo Serviço Diurno (SD) - Escala: 12/24 - Horário: 06:00 às 18:00h ou Serviço Noturno (SN) - Escala: 12/24, Horário: 18:00 às 06:00h.
-O Almoxarifado possuirá 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 dos mesmos para os usuários do serviço. Para cumprir sua finalidade, o almoxarifado deverá possuir instalações adequadas, bem como recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.
-O Almoxarifado possuirá rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado visando a preservação dos 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.
- O setor utilizará controle rigoroso de arrumação visando facilitar a localização dos itens. Para isso deverão ser observados: o espaçamento para as paredes; os produtos não de verão ser colocados diretamente sobre o piso;
-Observará as condições de estocagem conforme a especificação de cada produto;
-Respeitará o empilhamento máximo;
-Observará sinais de instabilidade;
-Observará a rotulagem, principalmente dos produtos embalados;
- O Almoxarifado informará ao cliente os cuidados necessários com relação à embalagem,
-O recipiente deve ser o correto e o fechamento adequado.
-O Almoxarifado deverá elaborar protocolo de padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.
- Será tarefa do gestor do almoxarifado visitar constantemente seus clientes internos avaliando e controlando a qualidade dos serviços de materiais, como também objetivando descobrir oportunidades de melhoria de serviços ou de materiais, medicamentos e equipamentos.
-O Almoxarifado deverá manter documentos (físico ou informatizado) necessários para o controle do 'atendimento das diversas rotinas de trabalho, entre eles:
1. Ficha de controle de estoque: documento destinado a controlar manualmente o estoque, por meio da anotação das quantidades de entradas e saídas, visando o seu suprimento;

2. Ficha de Localização: documento utilizado para através de códigos, onde o material está guardado;
3. Comunicação de Irregularidades: documento utilizado para esclarecer ao fornecedor os motivos da devolução, quanto os aspectos qualitativo e quantitativo;
4. Relatório técnico de inspeção: documento utilizado para definir, sob o aspecto qualitativo, o aceite ou a recusa do material comprado do fornecedor;
5. Requisição de material: documento utilizado para a retirada de materiais do almoxarifado;
6. Devolução de material: documento utilizado para devolver ao estoque do almoxarifado as quantidades de material porventura requisitada além do necessário.

d.2) Manual do Almoxarifado

CONCEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS

A Administração de Materiais é a técnica da utilização de princípios e meios, através dos quais, fazemos render em plenitude, os equipamentos, as matérias primas, as ferramentas e os materiais, conseguindo sua devida conservação e controle.
A Administração de Materiais é um ramo da Administração que trata especificamente dos materiais da unidade, para a produção de bens e serviços.

FINALIDADE

A Administração de Materiais na unidade tem por finalidade assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender à demanda do mesmo, bem como, cuidar de todos os problemas relacionados à Materiais, fiscalizando, zelando e controlando, no sentido de garantir quantidade e qualidade no abastecimento e padrão no atendimento.

OBJETIVOS

Reduzir os custos na aquisição;
Racionalizar as técnicas de estocagem para reduzir o custo de manutenção;
Reduzir os custos de reposição estabelecendo lotes de compras;
Manter rotatividade dos estoques segundo o consumo médio mensal e capacidade para armazenamento;
Reduzir os custos com a mão de obra, procurando a informatização dos dados
Treinar, aperfeiçoar e qualificar o pessoal;
Garantir o fornecimento contínuo dos materiais;
Exigir a qualidade dos materiais a serem adquiridos;
Cultivar boas relações com os fornecedores;
Manter atualizado o cadastro de fornecedores por produtos e por fornecedores;
Padronizar os materiais e medicamentos a serem utilizados;
Prever o abastecimento periódico, de forma, a otimizar o atendimento aos setores/serviços;
Maximizar o retorno, ou seja, proporcionar um retorno rápido e crescente de todo investimento feito em estoque;
Centralizar as atividades de Materiais, possibilitando maior controle e eficiência, mais responsabilidade e harmonia, evitando duplicação de esforços e desperdícios de tempo.
Definir claramente a responsabilidade de cada setor, de modo a disseminar a harmonia e a integração entre todos, evitando conflitos;
Manipular fórmulas magistrais e soluções, dentro das possibilidades da unidade;
Implantar uma política de compras equilibrada, possibilitando maior reciprocidade entre Hospital/ Fornecedor e Fornecedor/Hospital;
Planejar a aquisição de novos equipamentos e materiais, modernizando os serviços;

Fazer previsão orçamentária, evitando assim o desequilíbrio das finanças da unidade.

COMPETÊNCIAS

Compete ao Serviço de Materiais:
Compras - a competência do setor de compras refere-se à aquisição dos materiais necessários à operação do sistema produtivo da unidade. Sua finalidade básica é manter fontes de suprimentos.
Recebimento e Conferência - é uma operação que processa por ocasião do ato da entrega do material comprado, na qual são verificadas as indicações contidas nas notas fiscais (endereço/marca), em confrontação com o pedido de compras.
Armazenagem - visa a utilização de técnicas de estocagem para salvaguardar os materiais de perigos de queda, deterioração, perda e outros.
Assim, o armazenamento deve ser feito de conformidade com o tipo de material e com o tipo de recipiente adequado.
Controle - a Administração de Materiais deve ser capaz de controlar os diversos tipos de materiais que devem realmente ser mantidos em estoque, o tempo em que deve ser reposto os estoques e a quantidade que devem ser adquiridos a fim de que não haja problemas de faltas ou excessos.
Distribuição - a Administração de Materiais está ligada à entrega de mercadorias requisitadas pelos setores/serviços.

Almoxarifado
É o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento da unidade.
Funções:
Recebimento dos materiais;
Guarda ou estocagem;
Controle;
Distribuição aos setores/serviços requisitantes;
Planejamento de quando e quanto comprar;
Levantamento periódico dos estoques;
Estabelecimento da quantidade máxima, mínima e do ponto de pedido.

Localização: o Almoxarifada unidadear deverá estar localizado no pavimento térreo e o mais próximo possível da entrada destinada ao abastecimento da unidade em local arejado e dotado de claridade natural, com área livre de escadaria e de fácil acesso à entrada de mercadorias.

Área Física: A área destinada ao almoxarifado deverá ser prevista em, no mínimo, 0,80 a 1,20m2 por leito e deve abranger :
Local de recebimento e conferência dos materiais;
Local de estocagem dotado de estrado, estantes simples e duplas;
Local de distribuição dos materiais requisitados;
Acesso externo coberto com marquise de proteção contra sol e chuva;
Corredores internos com largura mínima de 0,80 cm e externos com largura mínima de 2,00m;
Plataforma para descarga;
Paredes de cor clara;
Pisos e rampas com revestimento antiderrapante.

NORMAS ADMINISTRATIVAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

SÃO NORMAS COMUNS AO SERVIÇO DE MATERIAIS:

O horário de trabalho estabelecido, deverá ser cumprido;
Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;
As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;
As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Diretor Administrativo;
Os documentos inerentes ao Serviço de Materiais, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Direção.

SÃO NORMAS DO SETOR DE ALMOXARIFADO:
Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;
A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;
Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;
Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

NORMAS TÉCNICAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS
Normas Técnicas para estocagem de gêneros:
Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;
A Despensa deverá ser equipada com estrados de madeira para a estocagem das sacarias;
Os estrados deverão distar 0,40cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.
Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de amiagem ou algodão;
As prateleiras poderão ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;
As prateleiras deverão distar 10cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;
Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;
Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;
Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);
Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;
Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;
Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;
Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;
As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

Normas Técnicas para Estocagem de Filmes e Papéis Fotográficos:
A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;
Deverão ser evitados locais próximos a caldeiras, condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;
A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;

Serão estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes:
A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;
Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;
Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis:
A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;
Quando situada em edificação, deverá , ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;
Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;
Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris:
Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;
Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;
Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares:
Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;
As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;
Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

Normas Técnicas para Guarda de Sacarias:
Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)
Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas "armadas";
pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

ROTEIRO PARA O SERVIÇO DE MATERIAIS

Horário	Atividade	Observação
07:00	Recebe plantão.	
07:15	Faz bandeja, o PS e devoluções.	
07:30	Devoluções de todos os setores.	
07:40	Reposições da noite.	

08:30	Faço os pedidos de medicamentos.	
11:45	Almoço.	
12:00	Edifico.	
13:00	Faz pedido de alimentos e impressos.	
14:00	Pedidos do centro Cirúrgico.	
15:00	Edifico.	
16:00	Faz novamente os pedidos do PS.	
17:00	Arruma os remédios.	
18:00	Fraciona os medicamentos.	

Roteiro: Movimentação Diária
Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Cadastro de produtos novos.	
07:30	Entradas do dia	
08:00	Devoluções do dia.	
08:30	Lança as saídas.	
11:30	Arruma os produtos em seus lugares.	
12:00	Auxilia na Farmácia.	
15:30	Passa as notas fiscais para as planilhas.	
17:00	Encerra o expediente.	Obs.: Recebimento e conferência de mercadoria (07h às 17h)

Roteiro: Coordenação de Materiais.

Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Verifica o estoque.	
08:00	Carimba as Notas fiscais e lança no mapa de compras.	
08:30	Recebe cotações e verifica os melhores preços, e efetua compras.	
	Atende representantes.	Durante todo horário.
	Resolve problemas dos demais setores.	Durante todo horário.
13:00	Confere caixas de urgência.	Uma vez por semana.
	Compras de urgência.	qualquer horário.
15:00	Verificação de estoques para compra.	
16:30	Envia fax para cotação.	

d.3) Setor de Patrimônio

O enfoque patrimonial dado pelo advento das normas de contabilidade aplicada ao setor público, têm impulsionado um crescimento das exigências dos organismos de controle externo em direção a conquista deste novo paradigma. Neste sentido, considerando que uma parte considerável dos recursos orçamentários tem sido destinada à imobilização de ativos e, nem sempre, as rotinas de registros patrimoniais existentes têm garantido o suficiente controle e a salvaguarda destes itens do patrimônio público, cresce a necessidade da permanente atualização dos profissionais envolvidos com este departamento, bem como a constante reavaliação dos procedimentos adotados nesta área. Com efeito, embora as atividades do controle patrimonial sejam caracterizadas como de apoio administrativo, uma gestão eficiente dos ativos pode oportunizar economias ou priorizações orçamentárias, tendo em vista que a escassez de recursos e as demandas crescentes da sociedade têm requerido dos gestores públicos

um grande esforço no sentido de adequar estas necessidades às possibilidades financeiras da administração.

COMPETÊNCIAS DO SETOR DE PATRIMÔNIO

Atender a instrução normativa no 205/88, inventário físico é o instrumento de controle para a verificação dos equipamentos e materiais permanentes, em uso no órgão ou entidade;
Realizar inventário físico de bens móveis, que, por lei, deve ser feito anualmente;
Realizar o ajuste dos dados escriturais de saldos e movimentações dos estoques com saldo físico real das instalações;
Realizar análise do desempenho das atividades do encarregado do controle através dos resultados obtidos no levantamento físico;
Realizar levantamento da situação dos equipamentos e materiais permanentes em uso e das suas necessidades de manutenção e reparos e/ou constatação de que o bem móvel é ou não necessário em cada unidade.
Recebimento da documentação pertinente à incorporação dos bens;
Cadastramento dos bens no Sistema de Patrimônio;
Emissão do termo de responsabilidade;
Identificação física do bem, com a fixação de plaqueta patrimonial, observada a padronização de etiqueta de código de barras, gerada pelo Sistema de Patrimônio.

Características do inventário a ser utilizado no UPA:

- Inicial: realizado no início do contrato de gestão, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade.
- Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa da gestão da ou por iniciativa do órgão fiscalizador.
-Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor do acervo patrimonial de cada unidade gestora existente em 31 de dezembro de cada exercício, constituído do inventário anterior e das variações patrimoniais ocorridas durante o exercício.
- De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança de uma unidade gestora.
- De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação do UPA.

O inventário que será realizado, no início deste contrato, será os denominados Inicial e Anual, e seu objetivo será comprovar a quantidade dos bens patrimoniais do acervo componente do UPA. Ele é obrigatório e deve representar as informações relativas ao exercício. Espera-se que, ao final desse trabalho, os gestores do UPA possam:
- Ter uma visão da real situação dos bens existentes no UPA;
- Identificar os bens não inventariados e tomar as providências necessárias;
- Identificar os bens ociosos e em disponibilidade redistribuindo-os a outras unidades gestoras;
- Identificar os bens inservíveis tomando as devidas providências para seu desfazimento;
- Identificar os bens particulares presentes nas unidades gestoras.

Observação:
- Os inventários físicos de cunho gerencial deverão ser efetuados por comissão designada pelo Supervisor Administrativo/Financeiro, ressalvados aqueles de prestação de contas, que deverão se subordinar às normas do Sistema de Controle Interno.

Agentes do Inventário:

Para a realização do inventário é necessário a cooperação entre os diversos agentes envolvidos com o patrimônio. Esses agentes são: o gestor, a comissão inventariante, o setor de patrimônio, e os responsáveis por guarda de bens. A seguir apresentamos as atribuições de cada agente no processo de inventário:

• O Gestor será o dirigente máximo do setor, a ele competirá:
-Designar a Comissão de Inventário, bem como acompanhar o desenvolvimento de seu trabalho;
-Ratificar o relatório final de inventário elaborado pela Comissão de Inventário;
-Encaminhar os relatórios financeiros;
-Encaminhar cópia dos relatórios final de inventário e financeiros para a auditoria geral.
-Tomar providências para saneamento de bens inservíveis.
-Comissão Inventariante: deverá ser implantada e definida as atribuições no primeiro mês de contrato.

Setor de Patrimônio
Na atividade de Inventário, o Setor de Patrimônio terá a função de apoio e de atualização das informações. Dentre as suas atribuições destaca-se:
- Emitir a relação de bens para inventário do exercício;
- Executar o tombamento de bens não tombados;
- Executar a transferência dos bens com localização indevida;
- Atualizar as informações cadastrais dos bens, quando sua insensibilidade, existência e emplaquetamento;
- Emitir relatórios finais para elaboração de relatório final;
- Emitir os relatórios financeiros para o gestor da unidade;
- Emitir os termos. de responsabilidade atualizados após a abertura do próximo exercício.

Responsável por Guarda:
Na atividade de Inventário, o responsável pela guarda e conservação de bens patrimoniais tem a função de:
Zelar pelo bom uso e manutenção da conservação dos bens sob sua responsabilidade;
Prestar ao setor de patrimônio informações acerca dos bens sob sua responsabilidade;
Manter constantemente atualizadas as informações relacionadas aos bens sob sua responsabilidade;
Verificar se as informações dos bens constantes da relação de bens se correspondem à realidade de seu local de guarda;
Preencher o relatório "bens existentes" quando identificar que algum bem presente no local não está discriminado na relação de bens;
Preencher o relatório bens de particulares, coletando a assinatura do proprietário do bem no local apropriado;
Receber do setor de patrimônio o termo de responsabilidade renovado relativo a cada exercício;
Proceder à conferência do termo de responsabilidade e manifestar-se por escrito ao setor de patrimônio caso existam divergências quanto aos bens relacionados;
Assinar o termo de responsabilidade renovado dos bens sob sua guarda;
Entregar uma via do termo de responsabilidade renovado ao setor de patrimônio para arquivamento e guardar a outra via para eventuais conferências.

O Instituto encaminhará mensalmente junto com a prestação de contas um relatório atualizado com a relação de todos os bens móveis do UPA, para acompanhamento e ciência, principalmente de equipamentos, para análise de conservação e estado de uso.

FLUXO PARA O SETOR DE PATRIMÔNIO

ORDEM DO PROCEDIMENTO	UNIDADE RESPONSÁVEL	O QUE FAZER
1º	Patrimônio	Recebe uma via do processode compras.
2º	Fornecedor	Recebe a solicitação de compras.
		Efetua a entrega do material solicitado.
3º	Almoxarifado	Realiza a conferência da solicitação de compras, com a Nota Fiscal do fornecedor,conferi todos os dados, e se o material entregue foi o mesmo solicitaçio pelo INVISA.
		Caso não seja compatível com a solicitação de compras, devolve o material ao fornecedor e aguarda nova entrega.
		Caso seja compativel com a solicitação encaminha para o setor de Patrimônio .
4º	Patrimônio	Realiza a conferência do material;
		Registra o bem imóvel no sistema patrimonial;
		Gera número de etiquetamento ao bem imóvel;
		Encaminha o bem para setor ,solicitante;
		Informa ao Setor de Engenharia Clinica caso seja algum equipamento para acompanhamento
		Informa ao setor financeiro o número de patrimônio

d.4) Manual de Procedimentos de Bens Patrimoniais

Visando estabelecer uma padronização dos procedimentos no que diz respeito à guarda, tombamento, transferências, baixas, incorporações e dentre outras ações pertinentes à área de Patrimônio é que se faz necessário o estabelecimento de um instrumento que venha normatizar todos os procedimentos necessários para uma boa gestão dos bens patrimoniais do Unidade de Pronto Atendimento - UPA.

Objetivo:
- Definir conceitos e competências, estabelecendo procedimentos para toda a movimentação física e contábil dos bens patrimoniais, próprios e de terceiros, sob a responsabilidade do UPA.

Definições e Conceitos:
Alienação: procedimento de transferência da posse e propriedade de um bem, por intermédio de venda, doação ou permuta. A alienação de bens da administração pública obedece às disposições contidas no artigo 17, Inciso II da Lei Federal 8.666/93.
Baixa Patrimonial: procedimento de exclusão de bens do ativo permanente do UPA.
Bens de Terceiros/Cessão de Uso: transferência gratuita da posse/de um bem público de uma entidade ou órgão para outro, a fim de que o cessionário o utilize nas condições estabelecidas, no respectivo termo, por tempo certo ou indeterminado. É ato de colaboração entre repartições públicas em que aquela que tem bens desnecessários aos seus serviços cede o uso a outra que está precisando.

Bens de Terceiros/Permissão de Uso: ato negocial com ou sem condições, gratuito ou remunerado, por tempo certo ou indeterminado, sempre modificável e revogável; unilateral, discricionário e precário, através do qual a administração faculta ao particular a utilização individual de determinado bem, desde que, também de interesse da coletividade.
Bens de Terceiros: é todo material permanente ingressado na unidade através de contrato de Cessão de uso/depósito, ou quando o órgão financiador é o detentor do bem.
Bens do Ativo Permanente: classificado quanto a sua natureza do ponto de vista do patrimoniamento, valendo-se, para a adequada classificação, da assessoria de órgãos técnicos e/ou unidades interessadas.
Comodato: é todo empréstimo gratuito de bem infungíveis (duráveis) que devem ser restituídos no tempo convencionado, ou recebidos por doação.
Convênio: acordo entre dois ou mais órgãos públicos, onde são realizadas aquisições de bens patrimoniais com recurso do órgão concedente do convênio podendo ou não ser doado para o UPA.
Depósito: local de "trânsito" de bens permanentes, onde se guarda o bem até sua destinação final.
Disponibilidade: procedimento pelo qual o usuário informa o desuso/inservibilidade do bem.
Distribuição: processo de entrega, recebimento e posse de um bem.
Doação: entrega gratuita de direito de propriedade para o UPA, constituindo-se em liberalidade do doador.
Doação Clausulada: entrega gratuita de direito de propriedade para o UPA, constituindo-se em liberalidade do doador, cuja utilização e/ou destinação encontra- se estabelecida no respectivo termo de doação.
Plaquetagem: identificação física do bem através da atribuição de número patrimonial, por meio de plaqueta. Sempre que possível, deve-se fixar a plaqueta em lugar visível e outra oculta, como medida de segurança, tendo a precaução necessária para que não seja afetado o funcionamento do bem. Quando não for possível a fixação da etiqueta, adotar outros meios para identificação do bem: como pintura, gravação, etc. Nenhum bem incorporado ao patrimônio deve ficar sem número de identificação.
Levantamento Físico/Inventário: Levantamento e identificação dos bens e locais, visando comprovação de existência física, integridade das informações contábeis do usuário responsável.
Localização Física: prédio, andar, sala ou outra edificação situada ou não nas instalações do UPA, registrado no seu cadastro de bens imóveis, onde se encontram os bens móveis.
Patrimônio: conjunto de bens, direitos e obrigações suscetíveis de apreciações económicas, obtidas através de compra, doação ou outra forma de aquisição, devidamente identificado e registrado.
Responsável Coletivo: aquele que detém a guarda dos bens de uso comum.
Mudança de Local: procedimento pelo qual se transfere um bem de um setor para outro, dentro da mesma Unidade.
Mudança de Responsabilidade: procedimento pelo qual se transfere a responsabilidade sobre os bens, nas mudanças de seus detentores.
Transferência: procedimento pelo qual se desloca, fisicamente, um bem de uma Unidade para outra.
Usuário Responsável ou Detentor: aquele que detém o bem sob sua guarda.

Normas e Procedimentos:
1. Compra: incorporação de bem patrimoniável adquirido via empenho.
- Documentação necessária: nota fiscal, nota de empenho, solicitação de compra.
-Autuar toda documentação em processo administrativo. A nota fiscal deverá estar em conformidade com a nota de empenho.
2. Convênio: incorporação de bem adquirido com verbas de Convênios.
- Documentação necessária relativa a cada convênio: cópia do instrumento de convênio; nota fiscal, relação detalhada dos bens, respectivos valores e em caso de importações, declaração de importação. O processo necessita de autorização do diretor geral, através de emissão de termo de doação.
3. Doação:
As incorporações devem ser efetuadas das seguintes formas:
Doação de Instituições:

- Documentação necessária: termo de doação, termo de aceitação e transferência de domínio e relação dos bens com os respectivos valores, declaração de importação em caso de bens importados.

- Doação Pessoa Física:

- Documentação necessária: termo de doação constando CPF, descrição e valor do bem, ou nota fiscal. O processo necessita de aprovação do Diretor Geral.

4. Em Poder de Terceiros, Convênios e Outros: registro de um bem patrimoniado utilizado por terceiros fora do UPA.

- Documentação necessária: instrumento do convênio ou termo de permissão de uso ou termo de comodato. O processo necessita de autorização do diretor geral. No termo deverá constar· o período, e o tipo de vínculo (Empréstimo, Comodato ou contrato).

5. Fabricação Própria ou de Terceiros: procedimento para incorporar um bem patrimoniável fabricado na própria unidade ou em outro local.

- Documentação necessária: guia de produção, documento que comprove a fabricação do bem emitido pelo executor no caso de fabricação própria, nota fiscal no caso de fabricação de terceiros. O processo necessita autorização do diretor geral.

6. Passagem de Bens (Transferência): utiliza-se desta ação para se transferir um bem patrimoniado de uma Instituição para outra.

- Documentação necessária: ofício demonstrando o interesse pelo bem. O processo necessita de autorização do diretor geral.

7. Reincorporação: incorporação de um bem baixado.

- Documentação necessária: autuar processo com o oficio de solicitação da referida incorporação. Necessita de autorização do chefe imediato da área requerente.

8. Migração de Bens: migração de um bem patrimoniado e um centro de custo, ou de uma sala, prédio ou UPA.

9. Inventário Físico: procedimento adotado anualmente com a designação de uma comissão de patrimônio, nomeada pelo diretor geral.

Competências do Usuário:

Os colaboradores, técnicos e administrativos serão, pessoalmente, responsáveis pelos bens do UPA, de qualquer espécie, postos sob sua guarda, assim como toda movimentação de bens (troca de responsável, mudança de local, solicitação de recolhimento, transferência) deverá ser comunicada ao Patrimônio. Serão de suas competências:

Solicitar a manutenção de bens sob sua responsabilidade ao Setor de Patrimônio quando necessário;

Quando do seu desligamento da unidade, o responsável deverá entregar a carga patrimonial sob sua responsabilidade ao setor de patrimônio que emitirá um nada consta;

Providenciar a lavratura do boletim de ocorrência quando houver furto ou extravio de bens sob sua responsabilidade e a enviar cópia para o setor de Patrimônio.

Ter relação de bens sob sua guarda (Termo de Responsabilidade).

Responsabilidade e Indenização:

Todo colaborador poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento do material que lhe for confiado, para guarda ou uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer material, esteja ou não sob sua guarda.

-Será dever do colaborador comunicar imediatamente, a quem de direito, qualquer irregularidade ocorrida com o material entregue aos seus cuidados.

-O documento básico para ensejar exame do material e/ou averiguação de causas da irregularidade 'havida com o mesmo será a comunicação do responsável pelo bem, de maneira circunstanciada, por escrito, sem prejuízo de participações verbais, que, informalmente, antecipam a ciência, pelo administrador, dos fatos ocorridos;

-Recebida a comunicação, o dirigente do Departamento de Administração ou da unidade equivalente, após a avaliação da ocorrência poderá:

-Concluir que a perda das características ou avaria do material decorreu do uso normal ou de outros fatores que independem da ação do consignatário ou usuário;
- Identificar, desde logo, o (s) responsável (eis) pelo dano causado ao material, sujeitando-o(s) às providências cabíveis;
- Designar comissão especial para apuração da irregularidade, cujo relatório deverá abordar os seguintes tópicos, orientando, assim, o julgamento quanto à responsabilidade do (s) envolvido(s) no evento:
A ocorrência e suas circunstâncias;
Estado em que se encontra o material;
Valor do material, de aquisição, arbitrado e valor de avaliação;
Possibilidade de recuperação do material e, em caso negativo, se há matéria-prima a aproveitar;
Sugestão sobre o destino a ser dado ao material; e,
Grau de responsabilidade da(s) pessoa (s) envolvida (s).
- Caracterizada a existência de responsável(eis) pela avaria ou desaparecimento do material, ficará(ão) esse (s)responsável (eis) sujeito (s), conforme o caso e além de outras penas que forem julgadas cabíveis:
Arcar com as despesas e recuperação do material; ou
Substituir o material por outro com as mesmas características; ou
Indenizar, em dinheiro, esse material, a preço de mercado, valor que deverá ser apurado· em processo regular através de comissão especial designada pelo dirigente do departamento de administração ou da unidade equivalente.
-Da mesma forma, quando se tratar de material cuja unidade seja "jogo", "conjunto", "coleção", duas peças ou partes danificadas deverão ser recuperadas ou substituídas por outras com as mesmas características, ou na impossibilidade dessa recuperação ou substituição, indenizadas, em dinheiro, de acordo com o disposto no subitem acima.
-Em se tratando de material de procedência estrangeira, a indenização será feita com base no valor da aquisição (considerando-se a conversão ao câmbio vigente na data da indenização).
-Quando não for (em) de pronto identificado(s) responsável(eis) pelo desaparecimento ou dano do material, o detentor da carga solicitará ao chefe imediatas providência para abertura de sindicâncias, por comissão incumbida de apurar responsabilidade pelo fato e comunicação ao órgão de Controle Interno, visando assegurar o respectivo ressarcimento;
-Não deverá ser objeto de sindicância, nos casos de extravio, o material de valor econômico.
-Todo colaborador ao ser desvinculado do cargo, função ou emprego, deverá passar a responsabilidade do material sob sua guarda a outrem, salvo em casos de força maior, quando:
- Impossibilitado de fazer, pessoalmente, a passagem de responsabilidade do material, poderá o colaborador delegar a terceiros essa incumbência;
- Não tendo esse procedido na forma da alínea anterior, poderá ser designado colaborador do setor, ou instituída comissão especial pelo dirigente do departamento de administração ou da unidade equivalente, nos casos de cargas mais vultosas, para conferência e passagem do material.
- Caberá ao setor cujo colaborador estiver deixando o cargo, função ou emprego, tomar as providências preliminares para a passagem de responsabilidade, indicando, inclusive, o nome de seu substituto ao setor de controle do material permanente.
- A passagem de responsabilidade deverá ser feita obrigatoriamente, à vista da verificação tisica de cada material permanente e lavratura de novo Termo de Responsabilidade.
- Na hipótese de ocorrer qualquer pendência ou irregularidade caberá ao dirigente da administração ou da unidade equivalente adotar as providências cabíveis necessárias à apuração e imputação de responsabilidade.

Material Permanente e Material de Consumo: Será evidenciado distinção entre material de consumo e material permanente. Para efeito deste contrato, 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 n. 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:
Critério da Durabilidade: Se em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;
Critério da Fragilidade: Se sua estrutura for quebradiça, deformável ou danificável, caracterizando sua irrecuperabilidade e perda de sua identidade ou funcionalidade;
Critério da Perecibilidade: se está sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou se deteriore ou perca sua característica pelo uso normal;
Critério da Incorporabílidade: se está destinado à incorporação a outro bem, e não pode ser retirado sem prejuízo das características do principal. Se com a incorporação houver alterações significativas das funcionalidades do bem principal e/ou do seu valor monetário, será considerado permanente;
Critério da Finalidade: se o material foi adquirido para consumo imediato ou para distribuição gratuita; e Critério da Transformabilidade: se foi adquirido para fim de transformação.

Classificação de Materiais de Consumo e Permanente, Material de Consumo e Material Educativo:
Material de Expediente: agenda, alfinete de aço, almofada par/ carimbos, apontador de lápis, bandeja para papéis, bloco para rascunho bobina papel para calculadoras, borracha, Caderno, caneta, capa e processo, carimbos em geral, cartolina, classificador, clipe cola, colchete, corretivo, envelope, espátula, estêncil, estilete, extrator de grampos, fita adesiva; fita para máquina de calcular, goma elástica, grafite, grampeador, grampos, guia para arquivo, guia de endereçamento postal, impressos e formulário em geral, intercalador para fichário, lacre, lápis, lapiseira, limpa tipos, livros de ata, de ponto e de protocolo, papéis, pastas em geral, percevejo, perfurador, pinça, placas de acrílico, plásticos, porta-lápis, registrador, régua, tesoura e afins.
Material de Processamento de Dados: cartuchos de tinta, capas plásticas protetoras para micros e impressoras, CD-ROM virgem, mouse PAD peças e acessórios para computadores e periféricos, recarga de cartuchos de tinta, toner para impressora lazer, cartões magnéticos e afins.
Material de Acondicionamento e Embalagem: arame, barbante, caixas plásticas, de madeira, papelão cordas, engradados, fitas de aço ou metálicas, garrafas e potes, linha, papel de embrulho, papelão, sacolas, sacos e afins.
Material de Cama, Mesa e Banho: Cobertores, colchas, colchonetes, fronhas, lençóis, toalhas, travesseiros, almofadas e afins.
Material de Copa e Cozinha: abridor de garrafa, açucareiros, artigos de vidro e plástico, bandejas, coadores, colheres, copos, facas, farinheiras frigideiras, garfos, garrafas térmicas, paliteiros, panelas, panos de cozinha, papel alumínio, pratos, ' recipientes para água, suportes de copos para cafezinho, tigelas, xícaras e afins.
Material de Limpeza e Produção de Higienização: cesto para lixo, desinfetante, mangueira, papel higiênico, sabonete, álcool gel 70%, repelente protetor solar e afins.
Material para Manutenção de Bens Imóveis: amianto, aparelhos sanitários, arames liso e farpado, areia, basculante, boca de lobo, boia, brita, brocha, cabo metálico, cal, cano, cerâmica, cimento, condutores de fios, conexões, curvas, esquadrias, fechaduras, ferro, gaxetas, grades, impermeabilizantes, isolantes acústicos e térmicos, janelas, joelhos, ladrilhos, lavatórios, lixas, madeira, marcos de concreto, massa corrida, niple, papel de parede, parafusos, pias, pigmentos, portas e portais, pregos, rolos solventes, sifão, tampa para vaso, tampão de ferro, tanque, tela de estuque, telha, tijolo, tinta, torneira, trincha, tubo de concreto, válvulas, verniz, vidro e afins.
Material para Manutenção de Bens Móveis: cabos, chaves, cilindros para máquinas copiadoras, compressor para ar condicionado, peças de reposição de aparelhos e máquinas em geral e afins.
Material Elétrico e Eletrônico: benjamins, bocais, calhas, capacitares e resistores, chaves de ligação, circuitos eletrônicos, condutores, componentes de aparelho eletrônico, diodos, disjuntores, eletrodos,

eliminador de pilhas, espelhos para interruptores, fios e cabos, fita isolante, fusíveis, interruptores; lâmpadas e luminárias, pilhas e baterias, pinos e plugas, placas de baquelite, reatores, receptáculos, resistências, starts, suportes, tomada de corrente, controle p/portão eletrônico. Controle p/ TV e DVD e afins.

Material de Proteção e Segurança: cadeados, capacetes, chaves, oritos, coletes, dedais, guarda-chuvas, lona, luvas, mangueira de lona, máscaras, recargas de extintores e afins.

Material para Áudio, Vídeo e Foto: álbuns para retratos, alto-falantes, antenas internas, lâmpadas especiais, molduras, pen drive e afins.

Sementes, Mudas de Plantas e Insumos: adubos, argila, plantas ornamentais, bulbos, enxertos, fertilizantes, mudas envasadas ou com raízes, sementes, terra, tubérculos e afins.

Material Laboratorial: bastões, bico de gás, cálices, corantes, filtros de papel, fixadoras, frascos, funis, garra metálica, lâminas de vidro para microscópio, lâmpadas especiais, luvas de borracha, pinças, rolhas, vidraria, tais como: balão volumétrico, Becker, conta-gotas, Erlemeyer, pipeta, proveta, termômetro, tubo de ensaio e afins.

Material Hospitalar: algodão, compressa de gaze, esparadrapo, luvas, termômetro clínico, ataduras e afins.

Ferramentas: alicate, broca, caixa para ferramentas, chaves em geral, enxada, espátulas, martelo, pá, picareta, serrote, tesoura de podar, trena e afins.

Manutenção e Conservação de Equipamentos: serviços de reparos e consertos de máquinas e equipamentos de processamento de. dados e periféricos, máquinas e equipamentos gráficos e afins.

Manutenção e Conservação de Bens Imóveis: pedreiro, carpinteiro e serralheiro, pintura, reparos em instalações elétricas e hidráulicas, reparos, recuperações e adaptações de biombos, carpetes, divisórias e lambris e afins.

Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos: Equipamentos hospitalares, equipamentos de proteção e segurança e afins.

Serviços Gráficos: confecção de impressos em geral, encadernação de livros jornais e revistas, impressão de jornais, boletins, encartes, folder e assemelhados e afins.

Material Permanente:

Aparelhos e Equipamentos de Comunicação: antena parabólica, aparelho de telefonia, central telefônica, interfone, rádio receptor e afins.

Aparelhos e Utensílios Domésticos: aparelhos de copa e cozinha, batedeira, botijão de gás, cafeteira elétrica, chuveiro ou ducha elétrica, circulador de ar, condicionador de ar (móvel), conjunto de chá/café/jantar, escada portátil, enceradeira, exaustor, faqueiro, filtro de água, fogão, forno de micro-ondas, geladeira, grill, liquidificador, máquina de 'lavar louca, secador de prato, torneira elétrica e afins.

Coleções e Materiais Bibliográficos: álbum de caráter educativo, coleções e materiais bibliográficos informatizados, dicionários, enciclopédia, ficha bibliográfica, jornal e revista (que constitua documentário), livro, mapa, material folclórico, partitura musical, publicações e documentos especializados destinados a bibliotecas e afins.

Equipamento de Proteção, Segurança e Socorro: extintor de incêndio, para raio, sinalizador de garagem, porta giratória, circuito interno de televisão e afins.

Máquinas e equipamentos os gráficos: para encadernação, copiadora, cortadeira elétrica, costuradora de papel, grampeadeira, guilhotina e afins.

Equipamentos para Áudio, Vídeo e Foto: amplificador de som, caixa acústica, data show, filmadora, máquina fotográfica, televisor, tela para projeção e afins.

Máquinas, Utensílios e Equipamentos Diversos: aparador de grama, aparelho de ar condicionado, bebedouro e afins.

Equipamentos de Processamento de Dados: caneta óptica, computador, data show, impressora, kit multimídia.

Mobiliário em Geral: armário, arquivo de aço ou madeira, balcão (tipo ~ atendimento), banco, banqueta, base para mastro, cadeira, cama, carrinho fichário.

Peças não Incorporáveis a Imóveis: biombos, carpetes (primeira instalação), cortinas, divisórias removíveis, estrados, persianas, tapetes, grades e afins.

Responsabilidades do Setor de Patrimônio sobre Bens.
Bens Móveis:
Receber nota fiscal;
Verificar se todos os documentos da empresa estão em dia e também o cabeçalho na nota fiscal (destinatário, CNPJ, endereço, natureza da operação etc.);
Conferir os bens com a nota fiscal;
Estando correto, receber e armazenar os bens;
Consultar todos os dados da solicitação de compras;
Com todas as informações em mãos lançar a nota fiscal;
Cadastrar a carga patrimonial.
Movimentar a carga para o setor requisitante.
Autorizar a movimentação e imprimir o termo de responsabilidade,
Emplaquetar os bens com o número do tombamento correspondente.
Encaminhar os bens e o termo de responsabilidade para o setor requisitante.
Ao receber o termo de responsabilidade o setor deve proceder à conferência dos bens o mais rápido possível.
Arquivar o termo assinado e também cópia da nota fiscal.
Realizar o balanço mensal (fechamento do fluxo financeiro e fechamento das notas fiscais)
Encaminhar relação atualizada para a contratante, para acompanhamento.
Realizar, mensalmente, a depreciação dos bens móveis do UPA.

Bens Imóveis:
Alimentar o Sistema de Patrimônio.
Fazer a validação dos bens imóveis de acordo com as obras e reformas concluídas, em datas pré-agendadas.

Bens com Defeito (na garantia):
O requisitante deverá providenciar o laudo técnico com descrição do defeito.
Encaminhar para o fornecedor o equipamento com o laudo para as devidas providências.

Bens com Defeito (fora da garantia):
O requisitante deverá providenciar o laudo técnico com a descrição do defeito.
Providenciar, no mínimo, 3 (três) orçamentos.
Solicitar recursos e tomar as devidas providências.
Os procedimentos acima descritos não são de competência do setor de Patrimônio e sim do setor de manutenção e/ou engenharia clínica, que deverá com1:micar ao setor de patrimônio.
Bens Danificados sem Condições de Uso:
Encaminhar o bem ao setor de patrimônio, acompanhado de memorando solicitando a baixa do equipamento, com exceção de equipamento de informática.
O setor de patrimônio abrirá um processo de baixa e encaminhará ao Financeiro para a regularização, como também a SESA/ES.

Bens em Desuso:
Comunicar, por escrito, ao setor de patrimônio a existência de todo mobiliário ou equipamento em desuso.
Essa comunicação deverá ser feita antes de qualquer envio de material ao mesmo.
O patrimônio fará uma consulta para detectar ·demandas e providenciará a transferência e/ou baixa do referido material, e encaminhar para a contratante com a devida documentação necessária.

Incorporação de Patrimônio:
O setor de Patrimônio, ao receber a mercadoria oriunda de doação, mediante nota fiscal e/ou termo de repasse:
Providenciar abertura de processo;
Lançar as doações no sistema;
Encaminhar o processo ao diretor geral e informar a secretaria de saúde para incorporação do patrimônio;
Imprime termos de responsabilidade;
Emplaquetar os materiais;
Encaminhar os termos e as doações ao setor contemplado;
O setor deve devolver uma via do termo, assinada pelo responsável, mediante carimbo, o mais rápido possível, .ao setor de patrimônio.
Termo de Responsabilidade:
O Gestor da Unidade Administrativa solicitante dos materiais deverá se responsabilizar pela utilização do bem e pela indenização à instituição, em caso de extravio e perda, na forma e nos casos previstos na legislação em vigor.
Após a assinatura do Termo de Responsabilidade pelo responsável do UPA deverá atentar que é expressamente proibido o remanejamento de qualquer material constante no referido termo sem a autorização do setor de patrimônio.

e) Apresentar Proposta de Educação em Saúde/ Capacitação

Destaca-se que a Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e a Capacitação em Saúde podem incentivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, sanando as dificuldades existentes na realidade de ensino dos enfermeiros, pensando numa enfermagem com objetivos coletivos que devem ser alcançados por todos os integrantes da equipe.
Para tanto, a Educação Permanente, Continuada e a Capacitação em Saúde, podem motivar o profissional e incentivá-lo a mudança, e assim buscar minimizar as dificuldades nas práticas de ensino, objetivando uma enfermagem com propósitos que almejem serem alcançados por todos da equipe.
A partir das definições acima, vimos à importância da educação na saúde e principalmente como esses conceitos se complementam e interagem entre si. Portanto, todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde, e a Educação Permanente, Continuada e Capacitação em Saúde são ferramentas para essa construção.
A Educação Permanente em Saúde e Capacitação é voltada ao cotidiano do trabalho, à necessidade de construção de processos de trabalho mais eficientes e ao aprimoramento das práticas visando à melhoria da assistência e satisfação dos usuários.
Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da "Educação Permanente em Saúde", o INSTITUTO VIDA E SAÚDE coloca a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, como informação capaz de contribuir para pôr em evidência os "encontros rizomáticos" que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carregando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

A educação permanente é alcançada por meios que necessitam ser atendidos concretamente. Para tanto, se faz necessário à constituição de ações palpáveis, tais como:
Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;
Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;
Criar um ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;

Proporcionar forma de registro de avaliação de aprendizagem do conhecimento técnico-científico, com vistas a monitorar progresso e garantir a qualificação do corpo de saúde;
Viabilizar a padronização das condutas entre os diversos serviços de Saúde por meio da gestão do INSTITUTO VIDA E SAÚDE, de forma que possibilite o alinhamento entre valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;
Gerenciar os espaços físicos, equipamentos e agendamentos destinados aos eventos; viabilizar atividades de extensão científica na área da saúde;
Promover a saúde por intermédio de cursos, palestras, eventos e campanhas para informação sobre temas relacionados;
Promover estratégias para atualização e aprimoramento dos profissionais da área de saúde por meio da aplicação de recursos tecnológicos interativos;
Articular, conjuntamente, com os profissionais da unidade, ações de treinamento e desenvolvimento profissional.

Após 16 anos da implementação e implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no SUS, podemos observar muitos avanços nas formas de elaboração das ações de formação e qualificação dos trabalhadores. O foco que anteriormente estava na qualificação estrita do trabalhador através da oferta de cursos e capacitações, segue em direção à construção de estratégias de educação em saúde voltadas para a melhoria dos processos de trabalho e assistência à saúde da população. Contudo, muitos desafios permanecem nesse campo, dentre os quais podemos destacar o planejamento, monitoramento e a avaliação dos processos de educação em saúde.

Tal política prevê que a definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, , regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de 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. A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de 21 serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo- se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações

Com base nas diretrizes da supracitada Política Nacional, a Comissão de Educação Permanente previsto prevista neste projeto atuará no UPA.

Assim a Comissão deverá elaborar um Plano específico de Educação permanente m Saúde para o hospital com os seguintes pontos:

• Caracterização da região de saúde – definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e implementação de serviços de saúde.
• Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descritores.
• Caracterização da necessidade de formação em saúde – identificar a necessidade de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde.
• Atores envolvidos – identificar os atores envolvidos no processo a partir da discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada.
• Relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde – identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas; formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si.
• Produtos e resultados esperados – estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazo.
• Processo de avaliação do plano – identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução.
• Recursos envolvidos para a execução do plano – analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis.

O plano conterá as capacitações a serem aplicadas aos profissionais atuantes na unidade de acordo com o diagnóstico realizado e descreverá por curso:

• Nome de ação educativa;
• Justificativa da Ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
• Objetivo da Ação;
• Público-alvo.
• Metodologia utilizada;
• Duração e cronograma de execução;
• Plano de Metas/Indicadores;
• Resultados esperados;
• Titulação a ser conferida (se for o caso);
• Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
• Dados da instituição executora
• Dados da instituição beneficiária
• Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

CRONOGRAMA

Na proposta do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE** para a Educação Continuada, as ações serão divididas em fases. Abaixo consta o cronograma para a implantação e a execução destas atividades. As fases serão as que seguem:

Fase 1: realizaremos um diagnóstico situacional das necessidades e problemas do cotidiano do trabalho e implantaremos o Serviço de Educação Continuada.

Fase 2: realizaremos ações de Educação Continuada e elaboração dos Protocolos de Atendimento, Protocolos de Fluxo e Procedimentos Operacionais Padrão.

CRONOGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA												
ATIVIDADE	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Fase 1	X	X										
Fase 2			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Da forma como montamos as ações, acreditamos que a aplicação constituir-se-á num constante aperfeiçoamento dos profissionais das Unidades de Saúde geridas. Nesse sentido, as ações propostas serão organizadas de forma a garantir efetivamente as condições necessárias e indispensáveis ao desempenho, com qualidade de todas as etapas para os profissionais multidisciplinares, dispondo de estratégias de ensino e aprendizagem, orientadas por uma metodologia participativa e dialógica, na abordagem dos conteúdos e estratégias de formação de pessoal.
As diretrizes para as ações desenvolvidas serão calçadas na oferta de cursos que visem o aperfeiçoamento profissional e pessoal, traduzindo-se então em melhoria na prestação dos serviços de saúde. Propomos que sejam realizadas atividades que contemplem alguns perfis, como segue:

PERFIL I – Curso introdutório destinado a todos os profissionais da saúde, enquanto capacitação inicial para o início do trabalho e para implantação da nova metodologia de trabalho nos respectivos territórios.
PERFIL II – Curso destinado a médicos e enfermeiros das equipes de saúde para capacitação técnica desses profissionais para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Projeto que será desenvolvido.
PERFIL III – Curso destinado aos demais profissionais para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Projeto que será desenvolvido.
PERFIL IV – Curso destinado a todo o conjunto dos trabalhadores.

O cronograma das ações será baseado em problemas aferidos nas práticas do dia-a-dia, mensurados através de indicadores de produção, metas, taxas e outros apontados na Proposta de Técnica.
Tais ações ocorrerão através de intervenções diagnósticas das Comissões constituídas, chefias imediatas, colaboradores e usuários. O setor de Educação Continuada do INSTITUTO VIDA E SAÚDE apoiará os programas realizados no **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**, buscando construir novas práticas de trabalho, pautadas no trabalho em equipe, supervisões, planejamento participativo e alcance das metas pactuadas.

MÊS	TEMA	PÚBLICO ALVO
3º MÊS	ESTUDO SOBRE LAVAGENS DE MÃOS	EQUIPE DE ENFERMAGEM E MEDICOS
	INTRODUÇÃO PRATICA PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	EQUIPE ENFERMAGEM
4º MÊS	TREINAMENTO SOBRE AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE	EQUIPE ENFERMAGEM
	REUNIÃO IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DIGITAL	COLOBORADORES
	ATUALIZACAO DA ROTINA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAL NÃO CRITICO	EQUIPE DE ENFERMAGEM
	IMPLANTANÇAO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADOS ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	EQUIPE DE ENFERMAGEM / EQUIPE MÉDICA
	IMPLANTAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS PARA VISITANTES/ ACOMPANHANTES	EQUIPE DE ENFERMAGEM/ ADMINISTRATIVO
	CUIDADOS E MANEJOS COM PACIENTE EM SURTO PISICOTICO (CONTEÇÃO FISICA)	EQUIPE ENFERMAGEM

MÊS	*TEMA*	*PÚBLICO ALVO*
4º MÊS	REVISÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MANCHESTER)	EQUIPE DE ENFERMAGEM
	REFORMULAÇÃO DO PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ENFERMAGEM	ENFERMEIROS / EQUIPE DE ENFERMAGEM
	BRIGADA DE INCÊNDIO	EQUIPE BRIGADA E DEMAIS PROFISSIONAIS
	REVISÃO PROTOCOLO PRATICA HIGIENE DAS MÃOS	EQUIPE DE ENFERMAGEM
5º MÊS	PREVENÇAO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	EQUIPE DE ENFERMAGEM
	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
	ABORDAGEM NO PACIENTE DA SEPSE	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
5º MÊS	TREINAMENTO DE BIOSSEGURANÇA	EQUIPE DE ENFERMAGEM
6º MÊS	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA UNIDADE	ENFERMAGEM /AUX.LIMPEZA

	RECICLAGEM E TREINAMENTO SOBRE NR 32	EQUIPE DE ENFERMAGEM
7° MÊS	PRATICA DESCARTE DE LIXO CORRETAMENTE	EQUIPE DE ENFERMAGEM / AUX. DE LIMPEZA
8° MÊS	REVISÃO E RECICLAGEM DOS TREINAMENTOS DE IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	EQUIPE DE ENFERMAGEM
9° MÊS	GESTÃO DE EQUIPES	COORDENADORES DE EQUIPES
10° MÊS	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	EQUIPE DE ENFERMAGEM
11° MÊS	PALESTRA TEMA A DEFINIR	EQUIPE TECNICA
12° MÊS	REFORMULAÇÃO DO NOVO CODIGO DE ETICA	ENFERMEIROS / FARMACEUTICA

PROPOSTA PARA CAPACITAÇÃO EM PRIMEIRO ATENDIMENTO, ORIENTAÇÃO E APOIO SOCIAL PARA PESSOAS EM RISCO SOCIAL, PECIENTES COM NECESSIDADES EPECIAIS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES, IDOSOS, MULHERES VITIMAS DE VIOLENCIA E PUBLICOS VULNERÁVEIS EM UNDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Objetivo
Desenvolver e implementar um programa abrangente de capacitação e desenvolvimento para equipes de saúde em unidades de pronto atendimento, visando aprimorar habilidades técnicas, éticas e de comunicação para o atendimento eficaz e empático de populações vulneráveis.

Estrutura do Programa

Módulo 1: Conhecimento em Políticas Públicas e Direitos
- Objetivos: Compreender as legislações e normativas relativas aos direitos de grupos vulneráveis e integrá-las no atendimento.
- Conteúdo: Estudo detalhado de políticas públicas relevantes, análise de casos práticos, discussões sobre direitos humanos e saúde.
- Metodologia: Aulas teóricas, workshops interativos, estudos de caso.

Módulo 2: Ética Profissional e Sensibilização para Diversidade
- Objetivos: Desenvolver uma compreensão profunda sobre a ética no atendimento e a sensibilidade para com questões de gênero, raça e diversidade cultural.
- Conteúdo: Códigos de ética em saúde, treinamentos sobre diversidade e inclusão, técnicas de comunicação culturalmente sensíveis.
- Metodologia: Palestras, role-playing, grupos de discussão.

Módulo 3: Primeiro Atendimento e Sensibilização para Grupos Vulneráveis
- Objetivos: Capacitar profissionais em técnicas avançadas de primeiro atendimento e sensibilização para as necessidades específicas de grupos vulneráveis.
- Conteúdo: Protocolos de primeiro atendimento, reconhecimento de sinais de abuso ou negligência, comunicação efetiva em situações de crise.
- Metodologia: Simulações práticas, treinamento prático, avaliações de competência.

Módulo 4: Desenvolvimento de Habilidades em Escuta Qualificada

- Objetivos: Aprimorar habilidades de escuta ativa e comunicação empática para compreender e atender melhor às necessidades dos pacientes.
- Conteúdo: Técnicas de escuta ativa, empatia, reconhecimento de linguagem não verbal.
- Metodologia: Workshops, exercícios práticos, feedback de pares.

Módulo 5: Supervisão e Apoio Profissional
- Objetivos: Estabelecer sistemas de supervisão e apoio para promover o bem-estar dos profissionais e prevenir a exaustão.
- Conteúdo: Técnicas de manejo de estresse, estratégias de autocuidado, dinâmicas de grupo para suporte profissional.
- Metodologia: Sessões de supervisão regulares, grupos de apoio, programas de bem-estar.

Implementação

- Fase 1 - Preparação e Desenvolvimento do Currículo: Consulta com especialistas, desenvolvimento de conteúdos e materiais didáticos.
- Fase 2 - Piloto e Avaliação: Implementação de um programa piloto, coleta de feedback, ajustes no currículo.
- Fase 3 - Implementação Completa: Lançamento do programa para todas as equipes, com sessões regulares de treinamento e atualização contínua.
- Fase 4 - Avaliação Contínua e Melhoria: Monitoramento do impacto do treinamento, coleta de feedback para melhorias contínuas.

Resultados Esperados

- Melhoria na qualidade do atendimento a populações vulneráveis.
- Maior confiança e competência das equipes no manejo de situações complexas.
- Ambiente de trabalho mais empático e eticamente responsável.
- Redução nos níveis de estresse e burnout entre os profissionais.

Esta proposta visa criar um ambiente de atendimento inclusivo e sensível, capacitando profissionais para responder eficazmente às necessidades de todas as populações vulneráveis atendidas em unidades de pronto atendimento

3. – CRITÉRIO QUALIDADE

3.1 QUALIDADE OBJETIVA

a) Comissão de Ética Médica

i) Proposta de Constituição (membros, finalidade).

As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.
As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.
Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos.

Compete à Comissão de Ética Médica:

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;
b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
l) Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

ii) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1°. A Comissão de Ética Médica doravante referida como CEM constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito da unidade.
Art. 2°. A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da unidade, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 3º. Os atos da Comissão de Ética são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 4º. A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos.
Art. 5º. A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

CAPÍTULO III
DA COMPETÊNCIA DA COMISSÃO DE ÉTICA

Art. 6º - Compete à Comissão de Ética Médica, no âmbito da unidade:
a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA DO PRESIDENTE, SECRETÁRIO, MEMBROS EFETIVOS E SUPLENTES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.

Art. 7º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:
a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas;
Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.
Art. 8º - Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:
a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
d) Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.
Art. 9º - Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:
a) Eleger o presidente e o secretário;

b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6° deste regimento.

CAPÍTULO V
DAS ELEIÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 10°. A escolha dos membros da Comissão de Ética será feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõe o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.
Art. 11°. Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.
Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.
Art. 12°. São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.
Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.
Art. 13°. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.
Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.
Art. 14°. 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 Regional de Medicina.
Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.
Art. 15°. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.
Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.
Art. 16°. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3° da Resolução CFM N° 2.152/2016 e no artigo 4° deste regimento.
§1°. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.
§2°. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.
Art. 17°. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.
Art. 18°. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral. Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.
Art. 19°. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 20º. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina.
Art. 21º. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

iii) Cronograma de Atividade Anual e Metas.

MÊS	Atividade
1 e 2	1. Identificar, entre os profissionais médicos da unidade, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral. 3. Realizar treinamento - Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral). 4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral). 5. Realizar a inscrição das chapas (Responsável: Comissão Eleitoral). 6. Realizar a eleição, publicar o resultado. 7. Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Medicina. 8. Elaborar um Plano de Ações para o mandato em curso.
3	1. Validação, pela Comissão, da proposta de 'Regimento Interno. 2. Realizar reunião ordinária. 3. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
4	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
5	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
6	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
7	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
8	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
9	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
10	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
11	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
12	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária, 3. Realizar treinamento - Palestra.

b) Comissão de Ética em Enfermagem

i) Proposta de Constituição (membros, finalidade).

A Comissão de Ética de Enfermagem - CEEn - é um órgão representativo do COREN no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem e tem como finalidade:
A) Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição.
B) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
C) Notificar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

A CEEn deverá ser constituída por no mínimo, 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Técnico em Enfermagem e 1 (um) Auxiliar de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:
I – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional.
II – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de vínculo empregatício com a entidade.
III – Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.
IV – Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos.
V – Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

ii) Proposta de Regimento Interno

Capítulo I
Da natureza e finalidades

Art. 1° - A Comissão de Ética de Enfermagem- CEEn, atende a Resolução do COFEN n° 172/94 que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.
Art. 2° - A CEEn é um órgão representativo do COREN no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.
Art. 3° - A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.
Parágrafo único - A CEEn agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.
Art. 4° - A CEEn reger-se-á por este regimento.

Capítulo II
Da composição e organização

Art. 5° - A CEEn deverá ser constituída por no mínimo, 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Técnico em Enfermagem e 1 (um) Auxiliar de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:
I – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional.
II – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de vínculo empregatício com a entidade.
III – Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.
IV – Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos.

V – Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.
Art. 6º - A CEEn será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos - 02 (dois) Técnicos em enfermagem e 02 (dois) Auxiliares de enfermagem e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da referida instituição.
Parágrafo único - O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.
Art. 7º - O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEEn da respectiva instituição.
Art. 8º - O tempo de mandato da CEEn será de 02 (dois) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.
Art. 9º - O afastamento dos membros integrantes da CEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.
Parágrafo único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do ES.
Art. 10º - É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 02 (dois) anos de gestão.
Art. 11º - É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da Comissão afastar-se por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.
Parágrafo único - A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEEn, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.
Art. 12º – É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão. Parágrafo único - A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.
Art. 13º - É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEn, dar-se-á por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.
§1 º - A destituição ocorrerá nos seguintes casos: a) Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas. b) Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.
§2 º - A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEn.
Art. 14º - A substituição dos integrantes da CEEn se processará da seguinte maneira:
I - A vacância por término de mandato, atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento.
II - Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.
Parágrafo único - A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:
a) Por escolha dos membros da CEEn.
b) Ou indicado pelo Gerente de Enfermagem, Coordenador de Unidade, cabendo a CEEn avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo.
III - Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluir o mandato do desistente ou destituído.

Capítulo III
Das competências

Art. 15º - Compreende as competências gerais da CEEn:
a) Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEn na instituição e de seus respectivos membros;
b) Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN;
c) Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN;

d) Colaborar com o COREN nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;
e) Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN;
f) Assessorar a gerencia de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;
g) Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;
h) Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;
i) Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;
j) Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
k) Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;
l) Comunicar formalmente ao COREN indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;
m) Comunicar formalmente ao COREN ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;
n) Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Gerencia de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN para providencias conforme norma própria;
o) Encaminhar anualmente ao COREN e a Gerencia de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso, até o dia 15 do mês de janeiro do ano seguinte;
p) Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN quando necessário;
q) Solicitar ao Presidente do COREN apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEn;
r) Propor e participar à Comissão de Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;
s) Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;
t) Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional.
Art. 16º - Competências privativas ao Presidente da CEEn:
a) Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;
b) Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEEn;
c) Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;
d) Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;
e) Encaminhar relatório final da sindicância à Gerencia de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN, para julgamento e providências cabíveis;
f) Representar a CEEn na Instituição e no COREN, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição;
g) Encaminhar decisões da CEEn ao setor competente, de acordo com a situação;
h) Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 15 (quinze) de janeiro cada ano, à Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN;

i) Representar o COREN em eventos, segundo solicitação do órgão.

Art. 17º - Compreende as competências dos membros titulares da CEEn:

a) Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

b) Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEn;

c) Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEEn ou por outras entidades;

d) Representar a CEEn quando solicitado pelo Presidente.

Parágrafo único: O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEEn, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEEn nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 18º - Compreende as competências dos membros suplentes da CEEn:

a) Participar das reuniões promovidas pela CEEn;

b) Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;

c) Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEn.

Capítulo IV
Do funcionamento

Art. 19º - A CEEn deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

Parágrafo único - a Comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN.

Art. 20º - Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas. Parágrafo único - Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 21º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 22º - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

Art. 23º - Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§1 º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

§2 º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.

§3 º - os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Art. 24º - Qualquer membro que deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14º.

Art. 25º - As decisões/deliberações da CEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o "voto Minerva" em caso de empate.

§1º - Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§2º -Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

§3°-É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.
Art. 26° - Os atos da CEEn relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.
Art. 27° - A sindicância deverá ser instaurada mediante:
a) Denuncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
b) Denuncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
c) Deliberação da própria CEEn;
d) Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.
Art. 28° - Para execução da sindicância o Presidente da CEEn nomeará e convocará 03 (três) membros: 01 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 01 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem para função de Secretário e 01 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem para função de Vogal.
Art. 29° - A comissão de sindicância constituída terá como atribuições: convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais 15 (quinze) dias sob justificativa apresentada ao Presidente da CEEn.
Art. 30° - Aberta a sindicância para esclarecimentos à Comissão de Sindicância, deverá:
a) Comunicar o fato aos principais envolvidos;
b) Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 05 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEn.
§1° - Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEn até 48 hs (quarenta e oito horas) após a referida data.
§2° - Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 03 (dias).
§3° - Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEn deverá comunicar o fato ao COREN-PB, para análise.
Art. 31° - Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo. Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEEn, preservando assim o sigilo.
Art. 32° - O presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.
Art. 33° - Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.
§1 ° - Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.
§2 ° - Caso necessário, a CEEn poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos. Art. 34° – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Presidente da CEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN, para tramitação competente.
Art. 35° – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEEn poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN.
§1° - Ocorrendo à conciliação, a CEEn lavrará tal fato em ata específica.
§2° - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.
Art. 36° – Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEEn, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 37º - Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da comissão.
Art. 38º - Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO V
Do processo eleitoral

Art. 39º - O escrutínio para eleição de membros da CEEn será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.
Art. 40º - A CEEn vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.
Art. 41º - A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros da CEEn, elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário.
Parágrafo único - É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a comissão seguinte.
Art. 42º - Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Gerência de Enfermagem da respectiva instituição, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.
Art. 43º - O edital para a eleição de novos membros para CEEn, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN e do Responsável Técnico da instituição, com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.
Parágrafo único - O Presidente da CEEn deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN- ES, no mesmo dia em que for publicado na instituição.
Art. 44º - Os profissionais de Enfermagem deverão constituir Chapas, e apresenta-las à missão Eleitoral, considerando o período de no mínimo 15 (quinze) dias antes da eleição.
§1 º - Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 01 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN, não estando envolvido em processo ético no COREN, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.
§2 º - Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN.
§3 º - As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos: Grupo I – correspondente ao Quadro I da categoria de Enfermeiros, devendo ser composto por 04 (quatro) Enfermeiros, sendo 02 (dois) membros titulares e 02 (dois) suplentes. Grupo II – correspondente aos Quadros II e III, respectivamente da categoria Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, devendo ser composto por 08 (oito) profissionais, sendo 04 (quatro) de cada categoria para ocupar posições de titulares e seus respectivos suplentes, em igual número.
§4 º - Cada Chapa poderá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de Enfermagem da instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.
§5 º - a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação das Chapas inscritas, com identificação de seus candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, e em seguida realizar o processo de divulgação da eleição.
Art. 45º - Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.
Art. 46º - Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.
Parágrafo único - O COREN fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.
Art. 47º - O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a gerência de Enfermagem da Instituição.
Art. 48º - A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Art. 49º - A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício com a instituição.
Parágrafo único - Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.
Art. 50º - A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.
Art. 51º - Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou dubia interpretação serão considerados válidos.
Art. 52º - Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.
Art. 53º - Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de atuação na instituição.
Art. 54º - As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN.
Art. 55º - Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN.
Parágrafo único: O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEEn vigente e ao Gerente de Enfermagem da instituição, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.
Art. 56º - A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.
§ 1º - A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados na Instituição.
§ 2º - A lista deverá informar sobre:
a) O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN.
b) O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN.
c) O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN.
Art. 57º - A CEEn enviará ao COREN, o resultado do pleito no prazo de 05 (cinco) dias.
Art. 58º - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior a 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCEn e, por último, à instância superior – o COREN.
Parágrafo único - O(s) recurso(s) será(ão) analisado pela Comissão Eleitoral e enviado ao departamento jurídico do COREN- ES para os devidos julgamentos, em um período de 05 (cinco) dias.
Art. 59º - Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN.
Parágrafo único - Somente após a homologação pelo Plenário do COREN, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEEn estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.
Art. 60º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN.

CAPÍTULO VI
Das disposições gerais

Art. 61º - A CCEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN.
Art. 62º - Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEEn, do Gerente de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN.
Parágrafo único - A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEEn da instituição e à homologação da Plenária do COREN.

Art. 63° - O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEn.
Art. 64° - Este regimento interno entra em vigor na data da publicação

iii) Cronograma de Atividade Anual e Metas.

MÊS	Atividade
1 e 2	1. Identificar, entre os profissionais médicos da unidade, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral. 3. Realizar treinamento - Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral). 4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral). 5. Realizar a inscrição das chapas (Responsável: Comissão Eleitoral). 6. Realizar a eleição, publicar o resultado. 7. Informar o resultado da eleição ao Conselho de Enfermagem do Estado. 8. Elaboração de um Plano Anual de Ações da Comissão.
3	1. 'Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. 2. Realizar reunião ordinária. 3. Reunião com o Corpo de Enfermagem para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão:
4	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
5	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
6	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
7	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
8	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica 3. Realizar treinamento - Palestra
9	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
10	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
11	1. Reunião mensal 2. Emissão de Relatório para a Diretoria Técnica
12	1. Elaboração de relatório mensal. 2. Realizar reunião ordinária. 3. Realizar treinamento - Palestra 4. Fazer Relatório Anual de atividades da Comissão.

c) Comissão de Farmácia e Terapêutica

i) Proposta de Constituição (membros, finalidade).

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (C.F.T.) do UPA será composta por equipe multidisciplinar e terá como objetivo formular e implementar políticas institucionais relacionadas com seleção, prescrição e uso racional de medicamentos, num processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar terapêutica eficaz e segura e melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

ii) Proposta de Regimento

Capítulo I
Da Constituição e da Competência.

Art. 1° - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é órgão de assessoria da Diretoria Técnica sendo de sua competência:
1.Elaborar e manter atualizada a Relação de Medicamentos Padronizados (REMED) selecionando os medicamentos para o uso na unidade;
2.Promover a divulgação e a observância da referida Padronização visando o uso racional dos medicamentos pelo corpo clínico;
3.Disciplinar a aquisição de medicamentos não padronizados;
4.Promover o desenvolvimento de protocolo de uso de medicamentos;
5.Estabelecer critérios para inclusão ou exclusão de medicamentos na Padronização.

Capítulo II
Da Composição.

Art. 2° - A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por equipe multidisciplinar.
Parágrafo 1° - os membros da CFT serão indicados pelo departamento e nomeados pelo Diretor Técnico do UPA.
Parágrafo 2° - o Presidente será um dos membros da CFT indicado nomeado pelo Diretor Técnico.
Parágrafo 3° - O mandato de cada representante será de 4(quatro) anos, a contar da data de sua posse, permitindo-se reeleição.
Parágrafo 4° - Os membros da CFT poderão ser substituídos pelo Diretor Técnico em qualquer tempo.
Capítulo III
Das Atribuições.
Art. 3° - Do Presidente:
1. Convocar e presidir as reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
2. Dirigir os trabalhos da Comissão;
3. Representar a Comissão perante à Diretoria da unidade;
4. Assinar toda a documentação da Comissão;
5. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.
Art. 4° - De todos os membros da Comissão:
1. Comparecer às reuniões convocadas;
2. Colaborar com os trabalhos da Comissão.

Capítulo IV
Das Reuniões

Art. 5º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica se reunirá mensalmente de acordo com a convocação de seu presidente.
Art. 6º - As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo presidente ou por, pelo menos, quatro de seus membros, através de memorando protocolado.
Art. 7º - O quórum das reuniões será atingido com a presença do presidente ou um membro da CFT indicado para representar o mesmo e 03 (três) de seus membros.
Art. 8º - As reuniões serão secretariadas pela Secretaria das Comissões a quem compete receber e expedir a documentação da Comissão, bem como a elaboração das atas.

Capítulo V
Da inclusão ou exclusão de medicamentos e compra de Medicamentos Não Padronizados.

Art. 9º - Os membros do corpo clínico da unidade poderão pleitear a inclusão ou exclusão de medicamentos, encaminhando solicitação por escrito, observando as seguintes normas:
I - Pedido de inclusão com informação sobre:
a) nome do princípio ativo básico;
b) apresentação, dosagem e indicação do medicamento;
c) considerações sobre a ação terapêutica e uso clínico, baseando em saúde e evidencias;
d) justificativa ou motivo da escolha do princípio ativo sugerido, em relação a outro similar ou substituto, já incluído na Padronização, baseando em evidencias, revisões sistemáticas;
e) previsão de consumo para um período determinado;
f) data e assinatura legível do responsável (chefia da disciplina ou serviço) pela solicitação.
II - Pedido de exclusão, com informações sobre:
a) nomes dos medicamentos padronizados que se mostraram tóxicos ou ineficazes;
b) nomes dos medicamentos que poderão ser substituídos, com vantagens, pela inclusão de outros;
c) data e assinatura legível do responsável pelo pedido ou sugestão.
III - Protocolar a solicitação na Secretaria da Comissão.
IV - Após a data do protocolo a Comissão terá um prazo de trinta dias para iniciar o julgamento. Parágrafo 1º - Não havendo unanimidade na decisão sobre inclusão ou exclusão de medicamentos, o assunto será encaminhado a uma consultoria que deverá emitir o parecer técnico.
Parágrafo 2º - O consultor de que trata o parágrafo anterior terá um prazo de 20 (vinte) dias para emitir o parecer técnico solicitado.
Parágrafo 3º - De posse do parecer técnico, a Comissão terá um prazo de 15 (quinze) dias úteis para deliberar sobre o assunto. Medicamentos não-padronizados (MNP) são medicamentos que não estão incluídos na lista de padronização de medicamentos do HC. Tendo em vista a frequente solicitação de novos medicamentos para fornecimento emergencial, e considerando que o Hospital é uma instituição pública federal, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) estabelece as seguintes diretrizes para a rotina de disponibilização de MNP na instituição:
1. Critérios para disponibilizar MNP.
1.1. Toda solicitação de compra de MNP deve ser encaminhada a Gerência da Farmácia para verificação.
1.2. Após verificação da solicitação de MNP pelo médico, o (a) Farmacêutico (a) avaliará se há alternativa terapêutica disponível na lista de padronização de medicamento e fará contato com médico. Não sendo aceita a substituição o(a) farmacêutico(a) munido dos dados do caso e dos custos, encaminhará a solicitação para avaliação da CFT que, por sua vez, poderá autorizar ou não a compra.
1.3. Autorizada a compra do medicamento, o mesmo será adquirido obedecendo aos trâmites legais previstos na legislação. Este tempo será de, 5 dias úteis a 30 dias úteis.
1.4. Para medicamentos de alto custo é necessário da autorização prévia da Direção.
1.5. Somente se efetuará a compra de medicamento com registro na Anvisa.
Art. 10º - Quando o médico necessitar prescrever algum medicamento que não conste da Padronização, deverá solicitá-lo em formulário próprio acompanhado de justificativa da impossibilidade de substituição

da referida medicação por outra constante na Padronização. O representante da clínica solicitante na Comissão será consultado e a aquisição de tal medicamento será baseada neste parecer e posteriormente submetido à apreciação na reunião ordinária da Comissão.

Capítulo VI
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11° - Este regulamento poderá ser modificado por proposição do Diretor Técnico ou dos membros da própria Comissão, mediante a aprovação em reunião convocada para esta finalidade.
Art. 12° - Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em reunião para este fim. Art. 13° - Revogam-se as disposições em contrário. Este Regimento entrará em vigor após aprovação da Presidência.

iii) Cronograma Anual de Atividades e Metas.

MÊS	Atividade
1 e 2	1. Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão. 3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. 4. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. 5. Realizar reunião ordinária.
3	1. Redigir o formulário de padronização de medicamentos; 2. Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos; 3. Selecionar os medicamentos para uso da unidade; 4. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; 5. Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados; 6. Avaliar a exclusão de medicações da padronização. 7. Realizar reunião ordinária
4	1. Divulgar informações sobre o uso de medicamentos; 2. Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos, materiais e equipamentos; 3. Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados 4. Realizar reunião ordinária
5	1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária; 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.
6	1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária; 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para

	30% das áreas específicas.
7	1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária; 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.
8	1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária; 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.
9	1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária; 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 80% das áreas específicas.
10	1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; 2. Elaboração de relatório mensal; 3. Realizar reunião ordinária; 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 100% das áreas específicas.
11	1. Realizar reunião ordinária. 2. Realizar palestras educativas.
12	1. Elaboração de relatório anual de atividades da comissão; 2. Realizar reunião ordinária.

3.2. QUALIDADE SUBJETIVA

a) Acolhimento

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Acolhimento humanizado

Um ambiente de trabalho humanizado permite ao profissional entender a sua importância no processo de produção de saúde e ser reconhecido e considerado como sujeito. Já para o usuário, um espaço humanizado proporciona o diálogo e a expressão dos seus sentimentos. Isso caracteriza a humanização das relações interpessoais, pois envolve profissionais, usuários, família e instituição.
Humanizar significa reconhecer o usuário como sujeito de direito, ofertando um atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Sendo assim, a humanização não é um ato isolado, mas uma construção coletiva caracterizada por princípios e diretrizes que se transformam em ações de saúde nas mais variadas esferas deste sistema, constituindo a humanização como uma vertente orgânica do SUS.

l) Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio social aos usuários e familiares na Emergência conforme Classificação de Risco se encontram no ANEXO II.

A Indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme Classificação de Risco, Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Pacientes se encontra no ANEXO II e seguirá os parâmetros descritos a seguir.

O Instituto se compromete a manter o funcionamento do sistema de Classificação de Risco, com o Protocolo de Manchester.

1. Humanização no Atendimento

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que· persistem sem solução, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracteriza, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com consequente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com várias lacunas. Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços saúde é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto se destaca a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

Considerando este cenário atual e visando amenizar as lacunas existentes relativas à humanização dos processos assistenciais, o INVISA implantará no UPA a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde - "Humaniza SUS".

Princípios Norteadores da Política de Humanização do UPA:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde;
- Estabelecimento. de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fermentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção à saúde;

- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores· da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Resultados esperados com a Política de Humanização do UPA:

- Reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e oferta de atendimento acolhedor e resolutivo;
- Todos os usuários dos diversos serviços prestados pelo UPA saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- Garantia dos direitos dos usuários, asseguradas e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- Gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos;
- Serão implementadas atividades de valorização é cuidado aos trabalhadores da saúde.

Assim, o INVISA desenvolverá ações em busca dos resultados esperados através da valorização do profissional de saúde, com constantes treinamentos e busca por um ambiente de trabalho em harmonia ações que ficarão sob a guarda e responsabilidade dos Serviços de RH, Educação Permanente e Qualidade.

Estratégias de implementação do Programa de Humanização UPA:

A implantação do programa de humanização pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pelos profissionais dos diversos serviços institucionais.

1. No eixo da gestão do trabalho, serão desenvolvidas a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando e motivando, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
2. No eixo do financiamento, propõe se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, quantificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores;
3. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;
4. No eixo da educação permanente, propõe-se a criação de um Programa de Educação Permanente que favoreça o desenvolvimento contínuo dos profissionais;
5. No eixo da gestão, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento especifico na perspectiva da Humanização do SUS.

Parâmetros para implementação de ações na Urgência e Emergência:

- Demanda acolhida através de critérios. de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantida a referência e contra referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;

- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

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.

Ambiência:
- Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidas pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Deve-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

Apoio matricial ou temático:
- Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.

Avaliação de Risco (ou 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. Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.

Atenção especializada/serviço de assistência especializada:
Unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e/ou outras especialidades da área de saúde, que acompanha os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

Educação permanente:
- Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Eficácia/eficiência (resolubilidade):
- A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde.
-A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

Equipe de referência/equipe multiprofissional:
Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes interdisciplinar e transdisciplinar, organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço da unidade, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço.

Gestão participativa:
Construção de espaços coletivos em que é feita a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços está incluída a sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos diversos serviços da unidade.

Igualdade:
O acesso às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, deverá basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

Integralidade:
Garantia ao usuário dos serviços do UPA o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade, até atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, compreendendo a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

Sistema de Referência e Contra referência:
Assegurar a atenção integral aos usuários, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: Intra equipes de saúde, Inter equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

Sujeito/subjetividade:
Entendimento da Identidade pessoal como resultado de um processo de produção de subjetividade coletiva, histórica e determinada por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, etc.

Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH):
- Aceitação e difusão do conceito de Humanização. No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e aos corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.
O compromisso ético-estético político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.
A seguir se encontram enumerados os procedimentos e instruções com Indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares.
O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

Profissionais da Recepção:
Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na unidade.
Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;

Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

Técnico de Enfermagem do A&CR:
Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser chamado;
Aferir sinais vitais do paciente;
Encaminhar a usuária para atendimento;
Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames;
Estar alerta se houver algum imprevisto
Encaminhar usuário para Serviço Social e Psicologia quando for ocaso;
Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Enfermeiro do A&CR:
Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável;
Chamar o paciente pelo nome;
Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
Registrar dados da classificação na ficha de atendimento;
Registrar classificação no mapa do A&CR;
Orientar o paciente de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
Estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário;
Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

Serviço Social:
Prestara apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;

Serviço de Vigilância:
Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
Zelar pela segurança do patrimônio;
Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade;

Coordenação Médica e de Enfermagem:
Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
Apoiar a equipe sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

Para toda a equipe:

Ter representantes nos colegiados das unidades e da maternidade, para as discussões dos processos de trabalho.
O acolhimento humanizado requer uma recepção técnica com escuta qualificada por enfermeiro especialista, para atender a demanda espontânea e programada que chega à unidade, com o objetivo de identificar as necessidades de saúde do usuário/família e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução dos problemas detectados. Dessa maneira, após o conhecimento das necessidades dos usuários, alguns serão direcionados aos serviços especializados.
Todos os profissionais envolvidos neste processo deverão ser capacitados para realizar o acolhimento, responsabilizando-se pelo usuário mesmo quando encaminhado para outros serviços na Policlínica. A capacitação dos profissionais deverá ser contínua para acompanhar as possíveis mudanças no protocolo, visto que o mesmo é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade.

Caberá a toda equipe de saúde:
Procurar manter a calma nos casos aparentemente de urgência/emergência (se acaso tiver algum caso) obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar, a paciente que chega em sofrimento agudo.
Um acompanhante ou paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe. Uma técnica muito eficaz e preventiva é levá-lo imediatamente a uma sala onde você possa, demonstrando calma, interesse e segurança, convidá-lo a sentar-se e a colocar seu problema. Muitos pacientes que chegam agressivos e ofendendo os funcionários querem "plateia", querem demonstrar força, e quando convidados a sentar-se numa sala para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade, ou ainda acionar a Assistente Social.
Responsabilizar-se pelo paciente mesmo quando encaminhado a outros serviços da unidade.

Caberá ao técnico de enfermagem:
Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço;
Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação;
Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;
Comunicar ao enfermeiro quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas.

Caberá ao enfermeiro:
Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;
Receber as pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários.

Caberá ao médico:
Atender às pacientes encaminhadas para consulta médica em seu período de trabalho;
Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;
Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

II) Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Pacientes em observação.

Descrição do serviço de recepção e portaria:
Serão denominados como "porteiros" os responsáveis pelo controle de acesso e como "recepcionistas" os responsáveis pelo cadastramento, orientação e endereçamento dos transeuntes, exceto pacientes.

As atividades de portaria serão realizadas em sistema de rodízio de postos de trabalho. O funcionamento da unidade ocorre durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia.
O serviço de recepção a ser oferecido pelo INSTITUTO VIDA E SAÚDE no UPA consiste no processo de identificação, cadastramento e autorização de acesso de usuários gerais nas dependências do referida unidade, autorizando o acesso aos locais previamente aprovados.

Organização do Serviço
Pacientes e acompanhantes são recepcionados pelo controlador de acesso;
Paciente recebe uma senha;
Paciente é encaminhado à recepção para fazer ficha de Atendimento, retornando na sala de espera;
Paciente é chamado pela equipe técnica e levado a sala de exame conforme a prescrição e agendamento;
Os pacientes são continuamente monitorados e acompanhados clinicamente durante o processo dos exames pela equipe (enfermeiros e médicos) que atuam em conjunto, garantindo o bem estar do paciente.
O acompanhante aguarda na sala de recepção;
Assim que o exame é realizado o paciente retorna à sala de recepção e é entregue para o acompanhante com alta e com o retorno para pegar o resultado do exame;
Paciente que for submetido a exame de colonospopia ou endoscopia é encaminhado a sala de recuperação pós-anestésica, e logo após recebem alta.

INSTRUÇÃO DE DEFINIÇÃO DE FORMAS ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, CONFORME PREVISÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Como proposta para implantação do acolhimento na UPA, o paciente que seja idoso, portadores de deficiência, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida tem direito a estar acompanhado por pessoa por ele, indicada em consultas e exames, ou procedimentos, somente pode ser restrito se for justificável, nos casos em que prejudicar claramente o paciente ou submeter a risco o acompanhante.
É recomendável que o Hospital possua uma sala de espera para pacientes e acompanhantes, que pode ou não ser compartilhada com a de outras unidades diagnósticas. Devem existir sanitários separados para homens e mulheres, que permitam acesso aos portadores de necessidades especiais e que atendam ao número esperado de pacientes e seus acompanhantes.

Fundamento legal:
Artigo 2º, inciso XV, da Lei nº 10.241/99; Artigo 4º, §único, incisos V e VI da Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde; Parecer nº 74.870/01 do CREMESP:
Idosos, adolescentes e pessoas com necessidades especiais têm direito amparado por lei a acompanhante, demais situações serão avaliadas pela equipe da unidade;

Deveres do acompanhante:
Permanecer junto à paciente, prestando o cuidado necessário.
Usar a roupa do acompanhante para sua identificação.
Preservar a higiene do Local.
Seguir as orientações da equipe de saúde.
Informar à equipe de saúde alterações importantes que ocorram com a paciente.
Lavar as mãos para prevenir infecção hospitalar.
Utilizar somente as cadeiras disponíveis para os acompanhantes.
Não trazer preocupação à paciente.
Evitar o uso do celular próximo ao local de Exames.
Portar sapatos fechados.

Não é permitido

Utilizar o celular no local.
Fumar nas dependências da Policlínica.
Transitar pela Policlínica. Em caso de saída, não será autorizado o retorno.
Filmar ou fotografar, sem autorização da equipe da unidade.

ORIENTAÇÕES PARA VISITANTES

ACESSO DE VISITANTES

Critérios para liberar a entrada:
-Não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga etc.);
- Não estar portando gêneros alimentícios de nenhum tipo;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar abalada emocionalmente de forma a prejudicar o cliente;
- Não trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros para a unidade de saúde;
- Uso obrigatório de crachá;
- Portar o crachá (fornecido pela portaria) à altura do peito em local bem visível.

Medidas De Orientação:
- É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes nos leitos, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos/ antebraços e utilização de capotes conforme rotina de cada setor;
- É vetada área utilização de procedimentos hospitalares por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal;
- Direito / Revezamento entre Acompanhantes: O cliente terá direito a um acompanhante, segundo determina a legislação (ECA, entre outras), ou de acordo com determinação da equipe multiprofissional.
- O revezamento entre acompanhantes deverá ser realizado no horário das 08:00h e às 20:00h ou no horário de visita;
-Em situações extraordinárias, fica a critério da equipe multiprofissional responsável pela unidade liberar o revezamento em outro horário;
- O revezamento deverá ocorrer na Recepção Principal, Recepção do Pronto Socorro, conforme o caso.
- Os acompanhantes, para terem acesso, deverão obedecer aos critérios mencionados acima.

Proibições:
- Fica terminantemente proibida a entrada de acompanhantes/visitantes com qualquer espécie de alimento. Em situações especiais deverá ser solicitada autorização do Serviço de Nutrição e Dietética, o qual fará a avaliação adequada e fornecerá, conforme o caso, uma autorização formal;
- Visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores da unidade.
- Lavar roupas pessoais ou. dos clientes, na enfermaria, ou mesmo a secagem nas dependências/ enfermaria.
- Sentar-se nos leitos dos clientes.

Procedimentos Gerais da Recepcionista:
- Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre às normas e rotina da unidade;

- Conferir a listagem de clientes para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles e dos enfermeiros responsáveis;
- Identificar o visitante / acompanhante.
- No caso de visita normal (anotar os dados de todos os visitantes, para cada cliente internado no "Controle de Visitas Normais".
- No caso de substituição de acompanhante e/ou de visita extra (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem), anotar os dados no. "Controle de Acompanhantes e Visitas Extras".
- Após a identificação "do visitante, entregar o crachá correspondente à sua categoria (visitante ou acompanhante);
- Encaminhar os visitantes aos porteiros/ vigilantes, para liberação da entrada;
- Após o horário de visitas verificar se todos os crachás de identificação foram devolvidos na recepção;
- Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes autorizados pelo enfermeiro responsável por cada unidade.
- Caso falte algum crachá. comunicar imediatamente ao Serviços Social.

Procedimentos Gerais dos Porteiros e Vigilantes:
- Somente permitir a entrada de visitantes/ acompanhantes nas dependências da unidade, quando devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria correspondente - observar que o crachá está posicionado no peito, em situação visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente;
-Conferir o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;
- Na Portaria da emergência será permitida a entrada de acompanhantes para pacientes em situações extraordinárias que requererem, após avaliação da equipe multidisciplinar, um acompanhante;
- Para visitação, todos os visitantes. deverão passar pela portaria, exceto portadores de necessidades especiais e com impedimento de ordem física, aos quais o espaço seja insuficiente para ter acesso ao local desejado;
- Informar aos visitantes que o hospital não se responsabilizará pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências das unidades;
- Indicar a localização de cada enfermaria a ser visitada;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas, inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitir a entrada de aparelhos eletroeletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem, portando a via do "documento autorizativo";
- Permitir trocas ou revezamento de acompanhantes, somente nos horários definidos pela coordenação de Serviços Assistenciais ou quando autorizado pelo enfermeiro responsável, o que somente poderá ocorrer na Recepção ou Portaria;
- Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;
- Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás, os quais deverão ser devolvidos à recepção;
- Verificar, na saída, se algum visitante não porta o crachá. Neste caso, buscar o motivo da não utilização do crachá e, em casos suspeitos, chamar a polícia;
- Não permitir a saída de visitante portando algum pacote, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal;
- Impedir a saída de qualquer cliente internado quer sozinho, com o visitante ou acompanhante. O cliente somente poderá sair do leito/enfermaria acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado, após confirmação da chegada de algum membro da família e transporte adequado, caso sejam necessários;

- Elaborar relatório de ocorrências, caso existam, qualquer irregularidade durante o horário de visita comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata.

Procedimentos Gerais do Visitante e/ou Acompanhante:
- Seguir as normas e rotinas previstas nas orientações e informes oferecidos pelos colaboradores do UPA;
- Utilizar permanentemente o crachá de identificação, trazendo-o à altura do peito, em local bem visível;
- Devolver o crachá, ao deixar as dependências da unidade;
- Não fumar nas enfermarias e corredores da unidade;
- Não levar alimentos de nenhum tipo para os pacientes ou profissionais;
- Não levar flores de nenhum tipo para os pacientes;
- Sempre que necessário, lavar as mãos e ter outros procedimentos de higiene para evitar a infecção hospitalar;
- Cuidar de sua higiene pessoal, para evitar a contaminação no ambiente hospitalar.
- Não tocar nos aparelhos, a não ser que seja solicitado ou autorizado por alguém da equipe médica ou de enfermagem;
- Preocupar-se com os seus pertences, pois o hospital não se responsabilizará por eles, em caso de furto, sumiço, etc.
- Não interferir no tratamento do cliente, pois a equipe da unidade está sempre fazendo o melhor para ele. Caso tenha dúvidas procurar os profissionais da equipe assistencial;
- Respeitar os direitos dos outros pacientes, especialmente os que estão internados no mesmo ambiente hospitalar;
- Sair das dependências da unidade dentro dos horários previstos nos informes e orientações das equipes.

Procedimentos Gerais da Equipe de Enfermagem:
- Recepcionar os visitantes e acompanhantes com respeito, realizando as devidas orientações sobre a rotina da enfermaria;
- Orientar sobre a higienização das mãos e. utilização de coletes de proteção para o vestuário, nos setores em que houver necessidade;
- Explicar aos visitantes e acompanhantes como devem comportar-se durante a permanência ao lado dos pacientes;
- Informar sobre quais os pertences pessoais que podem permanecer junto aos pacientes;
- Contribuir com o fluxo de revezamento dos visitantes;
- Tirar as dúvidas dos visitantes e acompanhantes dentro de sua área de competência;
- Conversar com a família sobre os cuidados que estão sendo prestados aos clientes internados;
-Proposta de Pesquisa Periódica / Contínua de Satisfação do Servidor, com definição de uso das informações.
-Proposta para implantação do sistema de contra referência à atenção primária.
- Autorizar encaminhamento ao Serviço de Recepção de permissão para entrada de religiosos;
- Relatar aos porteiros sobre algum tumulto ocorrido e outras situações adversas ao sistema de segurança.

Normas Gerais:
-A visita deverá ser aberta aos pacientes internados na Instituição diariamente, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde.
-O horário de acesso dos visitantes à enfermaria será das 14h às 18h.
-O pai e a mãe do paciente menores de idade terão acesso livre para visitar o seu filho em qualquer horário.
-O perfil dos visitantes serão todos os cidadãos, maiores de 12 anos, sem restrição judicial para realizar a visita ao paciente.
- Os profissionais da Instituição deverão orientar os pacientes e visitantes a portarem algum documento de identificação pessoal para a apresentação, quando se fizer necessário.

- As demais possibilidades de visitas deverão ser avaliadas pela equipe profissional e autorizadas pelo Assistente Social.
- O regulamento sobre a visita aos pacientes deverá ser amplamente divulgado, por meio de quadros de avisos e orientação pelos profissionais da Instituição.
- O informe deverá conter as formas de acomodação e condutas para os acompanhantes, conforme a legislação vigente.

III) Proposta para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco .

O manual se encontra no **Anexo II** deste projeto e seguirá os seguintes parâmetros:

Acolhimento com Classificação

O INSTITUTO VIDA E SAÚDE buscará primar pela qualidade de seus serviços desde a "porta de entrada", executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS. Abordaremos a seguir as principais diretrizes do Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR).
Segundo a Política Nacional de Humanização "*acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário*" (PNH/MS, 2006).
Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares dos Pacientes.
Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes "internas", "externas", multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.
O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de "bondade" e "favor" por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.
Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de corresponsabilização e de produção de vínculo.
A implantação do A&CR passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:
Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços;
Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
Informação aos Pacientes e familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.
Os procedimentos, ações, equipe, e outros, propostos neste capítulo foram pautados pelo Manual de Acolhimento e Classificação de Risco, do Ministério da Saúde. O passo a passo e recomendações para

implantação do A&CR constam no MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO desta Proposta Técnica.

Acolhimento do usuário\ família na porta de entrada
Abaixo descrevemos o principal caminho de admissão dos pacientes no UPA.

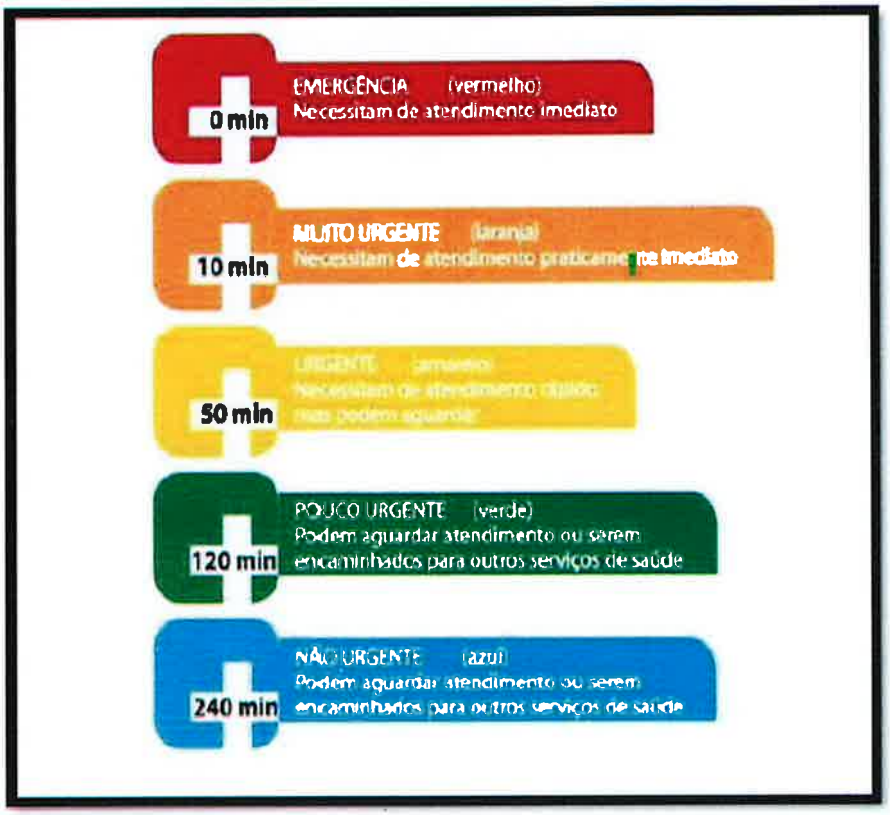
FLUXO DE ADMISSÃO DOS PACIENTES
Os pacientes são recepcionados pelo controlador de acesso, ele olha o pedido de exame e retira uma senha, com isso as recepcionistas faz a triagem, e as enfermeiras o encaminham para as respectivas salas.

O profissional destinado à realização deste acolhimento será o Enfermeiro classificador plantonista.

Proposta de implantação do acolhimento dos usuários na unidade
Nas Policlínicas e em serviços de saúde que realizam exames, a adequação da ambiência refere-se a reformas em seus espaços físicos com o objetivo de qualificá-los para favorecerem e facilitarem os processos e relações de trabalho. Também se refere à aquisição de mobiliários e equipamentos adequados, de acordo com as boas práticas e a humanização, o INSTITUTO VIDA E SAÚDE buscará proporcionar as melhores adequações possíveis da estrutura física do UPA para atender as orientações do Ministério da Saúde quanto a este quesito.
Orientações do MS para adequação da ambiência nas Portas de Entrada dos Serviços que realizam os exames.

Prever espaços que favoreçam o acolhimento do paciente e sua rede social;
Criar sala de atendimento próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera quanto para o interior da unidade, facilitando o atendimento e a monitoração dos usuários;
Criar ambiente confortável na Sala de Espera para os usuários e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda;
Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento dos usuários no momento da sua recepção;
Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
Prever sistema de telefonia pública de modo a atender às necessidades dos usuários;
Atender a NBR 9050 para acessibilidade.

Tempo alvo para atendimento



b) Atendimento.

I) 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.

Abaixo segue **MODELO DE INFORMATIVO PARA ENTREGAR AOS ACOMPANHANTES** no item anterior

INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

Prezado Acompanhante,

A sua presença é muito importante para a recuperação do paciente, porém, é necessário que algumas normas sejam cumpridas durante sua permanência na unidade. Com a sua ajuda e compreensão poderemos atingir melhores resultados.

VISITAS:
Diariamente de 14h00min as 18h00min horas.
Os pais de pacientes menores de idade têm livre acesso para as visitas.
Os filhos e irmãos menores de 12 anos poderão realizar visitas, entretanto, é necessário a autorização do Serviço Social. As visitas subsequentes poderão ser acompanhadas por outros profissionais da equipe, mediante autorização.
IDENTIFICAÇÃO:

Obrigatório o uso da pulseira de identificação pelos acompanhantes, devendo devolvê-la na recepção, no caso de troca de acompanhante ou após a alta Hospitalar.

PARTICIPAÇÃO:

O acompanhante deve apoiar e seguir as normas da unidade.

Não é permitido ao acompanhante realizar qualquer procedimento de enfermagem, como manusear o cateter de infusão venosa, abrir ou fechar o soro.

Lembre-se que o acompanhante está aqui para confortar e ajudar o paciente, portanto deve permanecer junto ao leito do mesmo, evitando circular nas enfermarias, corredores e escadas, e em outras dependências da unidade.

Qualquer dúvida chame a equipe de Enfermagem.

VESTIMENTAS:

Somente é permitido circular nas enfermarias de calça comprida, saia ou vestido.

ALIMENTAÇÃO:

Não é permitido trazer alimentos e lanches para as enfermarias.

OBJETOS/ UTENSÍLIOS:

Só é permitido, nas enfermarias:

Objetos de higiene pessoal dos pacientes.

Uma muda de roupa do paciente.

Durante a permanência na unidade, evite trazer objetos pessoais de valor. O hospital não se responsabilizará pelos mesmos.

SILÊNCIO:

O silêncio é muito importante para a recuperação do paciente.

Evite o uso de celular dentro das enfermarias.

É proibido trazer aparelhos de som, TV e ventiladores.

REPOUSO:

O acompanhante deve descansar nas cadeiras da enfermaria.

Não é permitido dormir no chão ou na cama do paciente.

DIREITO AO ACOMPANHANTE:

Terá direito a acompanhante os pacientes menores de 18 anos e os portadores de deficiência. Em nenhum destes casos será permitida a presença de acompanhante menor de idade.

A autorização de acompanhante deverá ser entregue pela Enfermeira no momento da internação para que este se encaminhe ao Serviço Social a fim de a pulseira de identificação.

TROCA DE ACOMPANHANTE:

Só será permitido 01(um) acompanhante por paciente, sendo sua troca realizada nos seguintes horários: 07h00min h às 10h00min h / 16h00min h às 20h00min h

HORARIO DAS REFEIÇÕES PARA ACOMPANHANTES:

Café da Manhã: 07h30min às O8h00min

Almoço: 13h00min às 13h30min

Jantar: 18h30min às 19h00min

As refeições serão servidas no refeitório da unidade para os acompanhantes de todos os setores.

As senhas para refeições são distribuídas no Serviço Social no horário das 08h às 10h mediante a apresentação da pulseira de identificação.

SERVIÇO DE LAVANDERIA:

Não é permitido armazenar ou lavar roupas nas enfermarias.

Contamos com sua colaboração.

Grata!

II) Proposta de fluxo para atendimento na Recepção de pacientes

Recepção e Portaria

A Recepção e Portaria é a unidade de serviço responsável pelo controle dos acessos, circulação e acolhimento dos usuários da unidade sejam clientes, acompanhantes, visitantes, fornecedores e até mesmo colaboradores.
A condição de bom funcionamento deste serviço é que define a primeira impressão quanto à imagem da instituição, desde que, as pessoas que vão a uma unidade de assistência a saúde quase sempre estão fragilizadas diante um problema de saúde, seu, ou de familiar, amigo ou dependente, premido por dificuldades que influem no seu emocional.
A impressão do usuário quando interagindo na unidade para atender as suas necessidades, sentindo-se ou não apoiado pela estrutura funcional da recepção é que se reproduz como a imagem idealizada da instituição na comunidade.
É fundamental compreender que atender o usuário não se resume apenas a trata-lo bem, com cortesia, mas acrescentar benefícios aos serviços, objetivando superar as suas expectativas, com a oferta de informações corretas, completas, atualizadas e compreensíveis, de modo que sirvam de referência para que todos falem "a mesma língua" e haja a satisfação das necessidades do usuário.
A implantação de um serviço de Recepção e Portaria orientado para a prestação de serviços aos usuários implica em comprometimento da instituição, a começar por aqueles que determinam os rumos e as estratégias maiores da instituição. Nesse contexto, é necessária a compreensão de como atender ao cliente da unidade evitando privilégios e prerrogativas não previstas na Lei, acolhendo-o com respeito e dignidade, sem discriminação, atento ao atendimento preferencial para idosos, pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, como àquelas acompanhadas por crianças de colo.

Competências do Serviço de Recepção e Portaria:
- Informar aos usuários de relação à instituição, missão valores e serviços;
- Direcionar os clientes para os consultórios e serviços de forma humanizada;
- Assegurar o ordenamento na recepção priorizando no atendimento às pessoas deficientes e idosos.
- Fazer articulação entre clientes, profissionais e serviços;

Procedimentos Gerais da Recepcionista:
- Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina da unidade;
- Conferir a listagem de clientes para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles e dos enfermeiros responsáveis;
- Identificar o visitante / acompanhante:
No caso de visita normal (anotar os dados de todos os visitantes, para cada cliente internado no "Controle de Visitas Normais".
No caso de substituição de acompanhante e/ou de visita extra (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem), anotar os dados no "Controle de Acompanhantes e Visitas Extras".
- Após a identificação do visitante, entregar o crachá correspondente à sua categoria (visitante ou acompanhante);
- Encaminhar os visitantes aos porteiros/ vigilantes, para liberação da entrada;
- Após o horário de visitas verificar se todos os crachás de identificação foram devolvidos na recepção;
- Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes autorizados pelo enfermeiro responsável por cada unidade.
- Caso falte algum crachá, comunicar imediatamente ao Serviços Social.

Procedimentos Gerais dos Agentes de Portaria:
- Somente permitir a entrada de visitantes/ acompanhantes nas dependências da unidade, quando devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria

correspondente - observar que o crachá está posicionado no peito, em situação visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente;
- Conferir o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;
- Na Portaria da emergência só será permitida a entrada de acompanhantes para adultos portadores de necessidades especiais, e situações extraordinárias que requererem, após avaliação da equipe multidisciplinar, um acompanhante;
- Para visitação, todos os visitantes deverão passar pela portaria, exceto portadores de necessidades especiais e com impedimento de ordem física, aos quais o espaço seja insuficiente para ter acesso ao local desejado;
- Informar aos visitantes que o hospital não se responsabilizará pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências das unidades;
- Indicar a localização de cada enfermaria a ser visitada;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitir a entrada de aparelhos eletroeletrônicos, salvo se devidamente· autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem, portando a via do "documento autorizativo";
- Permitir trocas ou revezamento de acompanhantes, somente nos horários definidos pela coordenação de Serviços Assistenciais ou quando autorizado pelo enfermeiro responsável, o que somente poderá ocorrer na Recepção ou Portaria do OS;
- Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;
- Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás, os quais deverão ser devolvidos à recepção;
- Verificar, na saída, se algum visitante não porta o crachá. Neste caso, buscar o motivo da não utilização do crachá e, em casos suspeitos, chamar a polícia;
- Não permitir a saída de visitante portando algum pacote, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal;
- Impedir a saída de qualquer cliente internado quer sozinho, com o visitante ou acompanhante. O cliente somente poderá sair do leito / enfermaria acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado, após confirmação da chegada de algum membro da família e transporte adequado, caso sejam necessários;
- Elaborar relatório de ocorrências, caso existam, e qualquer irregularidade durante o horário de visita comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata;
- Receber correspondências e outros documentos fazendo o devido protocolo de recebimento e providenciando encaminhamento;
- Coibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhado às instalações, sem que este esteja devida e previamente autorizado pela Unidade de Saúde Assistencial;
- Controlar o número permitido de visitantes por paciente internado;
- Assumir o posto, devidamente uniformizados, e com aparência pessoal adequada;
- Comunicar imediatamente a Unidade Assistencial, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Ambiental, da Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, dos responsáveis pela administração da instalação e outros interesses;
- Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao estabelecimento Assistencial;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando á manutenção das condições de segurança;

- Colaborar nas ocorrências de ordem policial por fatos ocorridos dentro das instalações da unidade facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres;
- Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, assim como bens particulares de empregados ou de terceiros;
- Comunicar a segurança a existência de aglomerações de pessoas junto ao posto;
- Repassar para os colegas que estão assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações.

Perfil desejado para a contratação de Agentes de Recepção e Portaria:

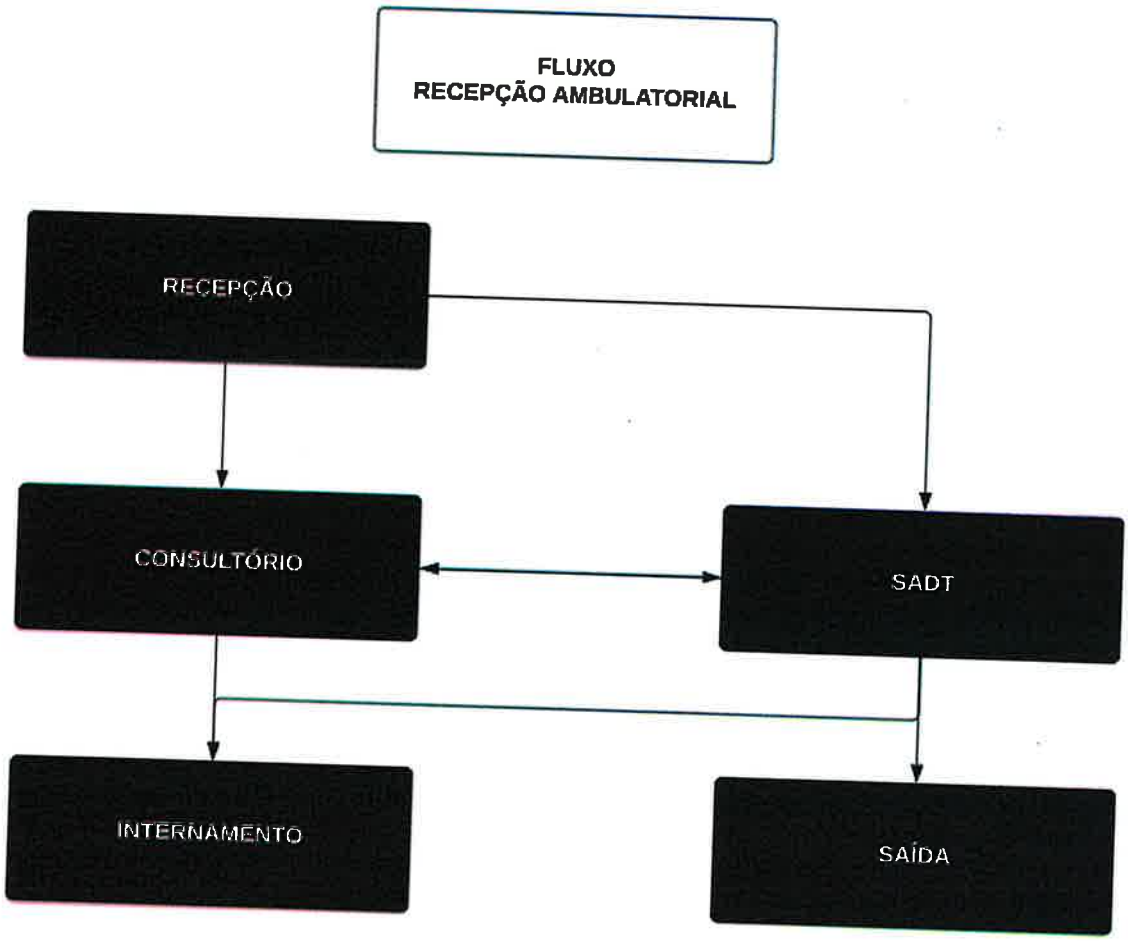
- Experiência na área de Saúde Hospitalar, ensino médio completo, possuir boa comunicação oral, carisma, simpatia, leitura fluente, habilidade para lidar com pessoas, agilidade, flexibilidade, raciocínio rápido, capacidade de organização e disciplina.

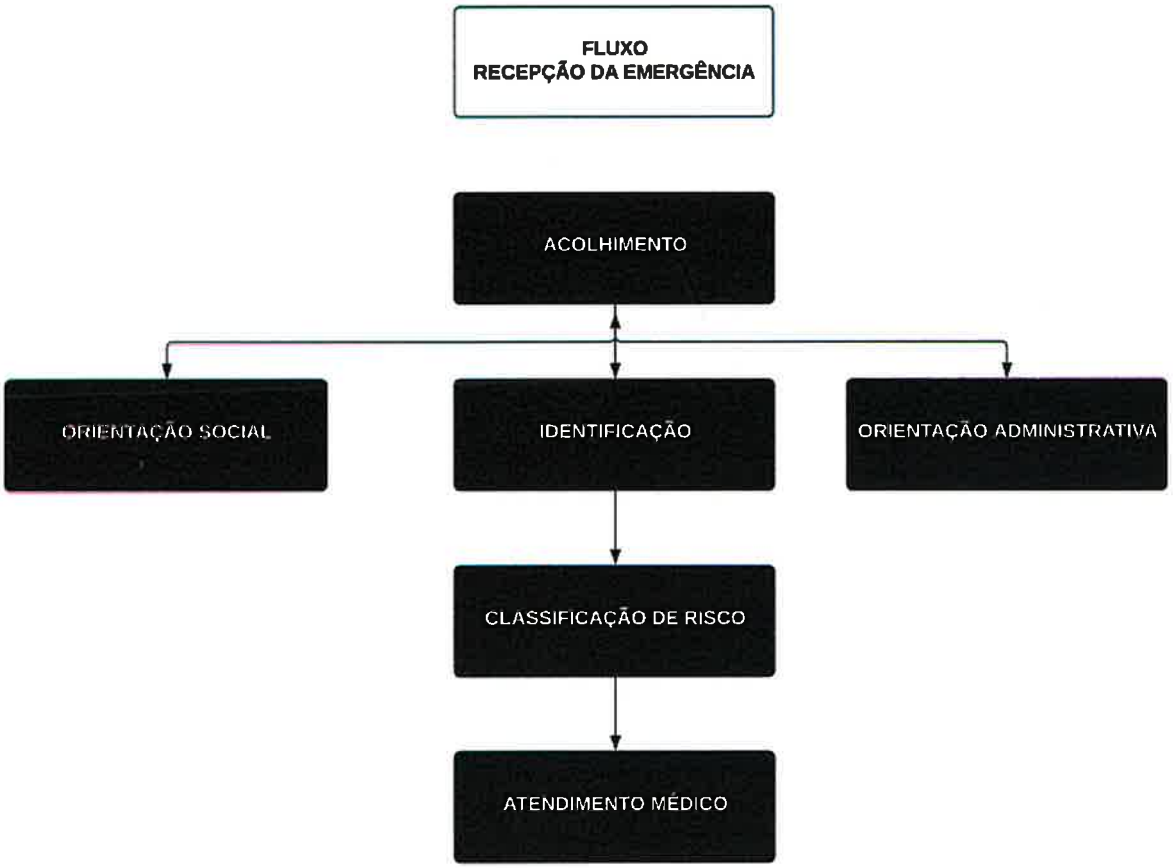
Definição dos postos:

Os postos de Recepção e Portaria caracterizam-se por serem locais de acesso de colaboradores, prestadores de serviço, pacientes, acompanhantes, fornecedores e visitantes em geral. O número de postos, seu horário de funcionamento e o número de pessoas que ocuparão cada posto serão previamente definidos pela Unidade de Serviço e submetido à aprovação do Gerente da Área.

Recursos Materiais e Técnicos:
O Serviço de Recepção e Portaria, para atender as funções a que se destina, disporá de área física, recursos materiais e tecnológicos, sinalização de segurança, entre outros específicos, para os diversos setores e postos de trabalho de recepção e portaria. Incluem-se os uniformes e equipamentos de proteção - EPI(s) que serão definidos e incorporados a pratica de cada um dos colaboradores, com as devidas orientações e capacitações necessárias.

FLUXOS DE ATENDIMENTOS


FLUXO
RECEPÇÃO AMBULATORIAL
RECEPÇÃO
CONSULTÓRIO
SADT
INTERNAMENTO
SAÍDA



Movimentação de Correspondências e Documentos Interna:
Ainda se caracteriza como parte da recepção e portaria as atividades de registro e movimentação de correspondências e documentos interna e externamente, mediante a utilização de sistema para a gestão e controle de informações mínimas como remetente, destinatário, data, prioridade e assunto.
No desenvolvimento dessa atividade observa-se a seleção, cadastro, reprodução, arquivamento, distribuição interna e externa de documentos, correspondências, encomendas, execução de serviços externos, serviços de correios devidamente registrados e autorizados.

- Documentos recebidos de origem externa: o setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam ao hospital e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificado o documento. Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo de documentos constando os seguintes dados: data recebimento; destinatário; remetente; assinatura do recebedor.
- Documentos recebidos de origem interna: os documentos de origem interna
seguirão fluxo próprio e específico de cada serviço.

O Serviço de Recepção e Portaria implantará manuais de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas, conforme modelo abaixo.

INVISA	Procedimento Operacional Padrão para Elaboração de Rotinas Operacionais do Serviço de Recepção e Portaria	Serviço / Setor: Recepção e Portaria POP: (R P + Nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /

ROTINAS OPERACIONAIS:
OBJETIVO:
INDICAÇÕES:
PROCEDIMENTOS:
LOCAL DE EXECUÇÃO:
EXECUTANTE:
DESCRIÇÃO TÉCNICA:
CUIDADOS ESPECIAIS:
PROCEDIMENTOS EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

Elaborado por (nome/função)	Revisado por (nome/função)	Aprovado por (nome/função)

iii) Ouvidoria

Entendendo o cliente como a razão de ser de suas atividades, o INSTITUTO VIDA E SAÚDE implantará no UPA um serviço específico para atendimento ao usuário, que será o canal de comunicação entre o hospital e seus clientes. Será preparado para colher sugestões e reclamações, fornecer informações e esclarecer dúvidas. Mais do que isto, é através do serviço e com a participação do usuário que a organização adaptará e aprimorará os serviços ofertados.

Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta do usuário em geral, com espaço de recepção das manifestações dos usuários, para melhor qualificar a gestão. A implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário, estruturada e articulada com a participação do usuário, contribuirá para o fortalecimento da gestão participativa.

O processo de escuta do usuário se dá individualmente, porém, o serviço tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

A implantação do SERVIÇO segue os seguintes passos:

- Mobilização para a criação do serviço:
- A primeira etapa para implantação do serviço é a de definição de sua necessidade dentro da unidade ao qual estará vinculada. Segue-se o apoio em sua efetivação, para que possa cumprir seu papel com legitimidade e autonomia. Para isso, os gestores de saúde, bem como seus funcionários e a comunidade alvo, devem estar conscientes para Implantação de serviço, das atribuições do serviço e dispostos a colaborar com seu trabalho. Assim, pode organizar palestras e oficinas internas com essa finalidade.
- Definição do organograma;
- Clareza quanto aos objetivos de implantação do serviço:
- Trata-se dos propósitos a serem alcançados pelo serviço, podendo ser relacionados. Ampliar a participação dos usuários na gestão.
- Possibilitar à instituição a avaliação contínua da qualidade das ações e dos serviços prestados.
- Subsidiar a gestão nas tomadas de decisões e na resolução da informação do usuário.
- Estruturação do serviço (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho).

Estrutura Física: deve-se observar:

- Espaço físico determinado.
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao usuário.
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados).
- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço.
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.
- Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

Portanto, o local escolhido deve ser adequado para a execução das funções, tais como acolhimento das manifestações, incluindo espaço específico e adequado para o atendimento presencial, análise e acompanhamentos das manifestações e gestão dos dados do serviço. Sugere-se a criação de um espaço reservado para garantir um acolhimento privativo ao usuário.
No processo de escolha do local, é importante que os responsáveis pela implantação do serviço estejam atentos a acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais, como rampa de acesso, entre outros.
Para a adequação do espaço ao trabalho do serviço que o local possuirá mobiliário, mínimo, como cadeira, mesa, armário (material de escritório em geral), computador, impressora, aparelho telefônico e divulgação do serviço dos usuários.

Estrutura de fluxo de trabalho:
O fluxo de trabalho aqui entendido envolve o caminho percorrido pela manifestação do usuário internamente e externamente ao serviço. Fluxo de trabalho interno refere-se aos processos de recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento, resposta e fechamento das demandas.

OUVIDORIA.

Ouvidoria é um mecanismo que favorece a comunicação dos usuários com a instituição, apoiada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Humanização (PNH). Surge como uma estratégia na consolidação desta nova cultura nas instituições de saúde como um dos peritos abordados pelo PNH. Destacando que a humanização busca a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), como eixo estruturante idas práticas de saúde em todas as instâncias do SUS.

Assim sendo, entendemos que a Ouvidoria é um instrumento para o fortalecimento da cidadania e do trabalho interdisciplinar apoiado num processo pedagógico, educativo e prepositivo. A atividade da Ouvidoria se caracteriza por receber do usuário suas dúvidas, sugestões, possíveis críticas e elogios. Além disso, diagnostica e agiliza mudanças pertinentes a demanda recebida, ou mantém determinadas condutas visando garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos. O trabalho da Ouvidoria consiste, portanto, em possibilitar ao usuário do serviço o exercício da cidadania através da transparência na realização das ações dentro das instituições públicas, proporcionando a cada cidadão dar o seu parecer a respeito do atendimento, sendo ele positivo ou negativo. Assim sendo, podemos entender a ouvidoria como um agente permanente em defesa da cidadania e por isso deve se instrumentalizar de conhecimentos multidisciplinares para poder, enfrentando complexo desafio de representar o usuário dentro de uma instituição, com o objetivo de aprimorar o relacionamento entre a instituição e o usuário.

Na prestação do serviço de atendimento ao usuário, o INVISA propõe a implantação do Serviço de Ouvidoria, que prestará informações a respeito do atendimento aos pacientes e acompanhantes, além de ser o setor dedicado ao registro, encaminhamento e retorno das demandas desses Usuários. Assim, a Ouvidoria do UPA será uma, célula de trabalho de apoio para a administração, responsável por atender queixas, sugestões, críticas e elogios dos usuários, objetivando melhorias tanto na qualidade de assistência quanto nas relações de trabalho. Assim sendo, constitui-se em um canal de comunicação imparcial, democrático e ético da unidade e os usuários do serviço de saúde que, de forma humanizada permeia o. diálogo e promove a melhoria dos processos de trabalho.

A implementação da Ouvidoria do UPA irá encontrar suas bases nos princípios do SUS de democratização, envolvimento, e da desburocratização institucional e também na Política Nacional de Humanização - PNH, do Ministério da Saúde do Brasil.

Horário de Funcionamento:

O Serviço de Ouvidoria funcionará de Segunda à Sexta-Feira, dás 07:00 às 18:00 horas.

Finalidades:

1. Introduzir a voz do usuário dentro da unidade constituindo assim o controle social na instituição;
2. Melhorar a gestão administrativa, aprimorando a qualidade de atendimento prestado no UPA através de seus profissionais, estrutura e funcionamento.
3. Servir como ferramenta no processo de gestão visando à descentralização administrativa e o desenvolvimento dos postulados democráticos no interior da instituição.

4. Interpretar os dados de cada atendimento para propor a modificação de alguns serviços e, em outras vezes, contribuir na formulação de novas políticas públicas, ou até mesmo o replanejamento do processo de trabalho, promovendo uma reflexão por parte do profissional envolvido na situação;

Para tanto o INVISA buscará atender a Portaria no 2.416, de 07 de novembro de 2014, que estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema único de Saúde (SUS) e suas atribuições, conforme descrito abaixo:

> "Art. 2° - Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS.
> Art. 3° - A organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS observarão as seguintes diretrizes:
> I - Defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência;
> II- Reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;
> III - objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS;
> IV - Zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS;
> V - Defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os Cidadãos;
> VI - Sigilo da fonte quando o interessado solicita a preservação de sua identidade; e
> VII - identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.
> Art. 4° Os serviços de ouvidoria do SUS serão estruturados nos âmbitos Federal, Distrital, e Municipal.
> Parágrafo único. Os serviços de ouvidoria do SUS poderão ser estruturados no âmbito de ouvidorias gerais, de acordo com a oportunidade e conveniência dos respectivos entes federativos.
> Art. 5° Compete aos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo:
> I - Analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS;
> II - Detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes;
> III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias;
> IV - Realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante;
> V - Informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde;
> VI - Informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e
> VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão.
> Art. 6° Os gestores de saúde deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta para· o estabelecimento de estratégias da melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS.
> Art. 7° Com a finalidade de melhor proteger os direitos fundamentais dos cidadãos, os serviços de ouvidoria deverão, sempre que possível, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão.

Para tanto o INVISA montará no UPA uma estrutura com profissionais, devidamente treinados pela Secretaria da Saúde do Estado, no sistema **OUVIDORSUS**, com as atribuições de atendimento presencial, e coleta diária de reclamações no sistema; que deverão ser encaminhadas para os respectivos departamentos, para coletar informações e responde-las em tempo hábil.

A Ouvidoria do UPA terá características próprias, a saber:

Eixos Organizacionais:

Os eixos organizacionais da Ouvidoria da unidade estão assim constituídos:

1. Organização Burocrática: Esse eixo visará à desburocratização das ações da Ouvidoria melhorando o fluxo de papéis, otimizando o processamento da demanda com o objetivo de diminuir o tempo entre a entrada da demanda e sua resolução. Com base nisso, será pensado um fluxograma como instrumento para refletir as ações que devem ser implementadas. Assim sendo, haverá avanços significativos neste eixo no que diz respeito ao processamento imediato da demanda (contatos telefônicos, resposta imediata aos e-mails, entre outros).

Será realizado um mapeamento identificando quais setores demoram em responder as solicitações e assim serão construídas estratégias individuais com cada um deles.

2. Organização da Estrutura: Esse eixo visa pontuar as questões de infraestrutura que diretamente afetam o processo de trabalho como: falta de equipamento, espaço físico, entre outros.

3. Organização Técnico-Política: Esse eixo pressupõe o arranjo institucional no espaço de saberes constituído pelos conhecimentos que fazem parte do processo de produção de saúde, no desejo de mudanças e na busca de um trabalho e uma gestão mais humanizada. Está relacionado aos grupos instituídos que se operacionalizam entre si, nos movimentos que ocorrem entre eles e do poder exercido pelos diferentes setores.

Ressaltando que as relações entre os setores que operam dentro de uma organização são naturalmente cheias de ruídos onde a ouvidoria pode contribuir através da ressignificação da comunicação.

Desta forma, o objetivo é estabelecer diálogos e pactos, construindo assim uma rede de aliados com os diferentes grupos que atuam dentro da instituição e fora dela instigando a reflexão sobre os processos de trabalho e os relacionamentos da instituição.

4. Organização da Comunicação Social: Este eixo terá como finalidade conscientizar/sensibilizar os usuários, tanto internos quanto externos, do papel da Ouvidoria como um espaço de participação social com o objetivo de legitimar a Ouvidoria como um instrumento de cidadania, dignidade, respeito e acessibilidade aos serviços de saúde.

5. Organização de Intervenção das Demandas: Esse eixo tem como objetivo construir estratégias que diminuam o prazo entre o recebimento da demanda e a devolução do resultado ao usuário. Desta forma, a estratégia construída consiste no primeiro momento em levantar o total de demandas com a mesma característica de cada serviço/disciplina com atenção a frequência de casos. Em um segundo momento, a Ouvidoria buscará soluções e parcerias junto a cada setor, firmando acordo para esses casos de forma que os reincidentes que procurarem a ouvidoria sejam encaminhados diretamente às referidas áreas.

6. Organização do Arranjo Institucional e seus Atores e Sujeitos: Esse eixo terá como objetivo a construção da relação formal e informal da Ouvidoria com os atores e sujeitos que constituem a instituição. Para o desenvolvimento de um trabalho adequado a Ouvidoria necessita da junção desses poderes, ou seja, é preciso que a Ouvidoria tenha um significado (um motivo para existir) não só para a Diretoria Geral como também para os setores/sujeitos que fazem parte da unidade. Portanto, esse eixo tem como objetivo a atuação interna da Ouvidoria nos diferentes espaços institucionais (Fórum dos Ambulatórios, das Unidades de Internação, Reunião de Avaliação de Desempenho).

Fluxograma do Atendimento:

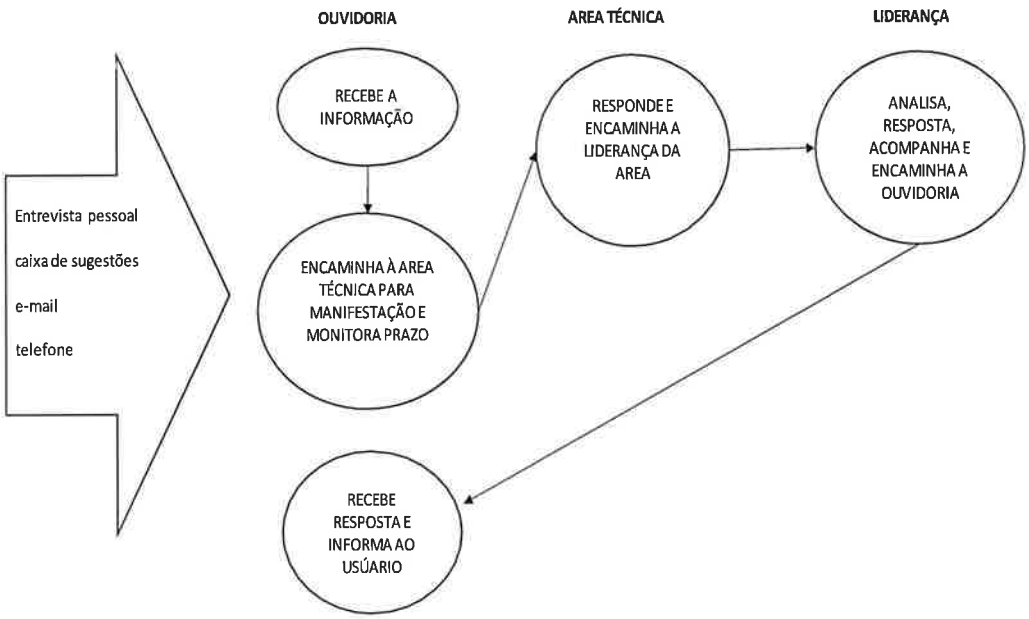
A Ouvidoria prestará atendimento aos usuários da unidade que são classificados em:

- Usuários internos: colaboradores dos todos níveis e categorias;
- Usuários externos: pacientes, familiares e responsáveis.

O acesso desses usuários a Ouvidoria ocorre através dos seguintes canais de comunicação:

- Entrevista pessoal
- E-mail
- Telefone
- Caixa de Sugestões, espalhadas no interior da unidade,

A Ouvidoria estipulará prazo para respostas às áreas e profissionais envolvidos. A seguir encaminha a liderança para ciência e encaminhamentos/providências necessárias de forma ética e humanizada com acompanhamento. Ao receber as respostas, analisa detalhadamente e as devolve ao usuário.



Processo de Tramitação Interna:

- Registro: Todas as manifestações recebidas serão registradas pela Ouvidoria.
- Análise/Encaminhamento: As informações serão analisadas e encaminhadas aos respectivos coordenadores dos serviços.
- Posicionamento: Os coordenadores dos serviços envolvidos deverão informar a Ouvidoria das ações tomadas.
- Acompanhamento: O trâmite será acompanhado e monitorado, respeitando-se os prazos previstos.
- Resposta: A Ouvidoria recebe o retorno das manifestações com as informações das providências adotadas. Caso seja necessário, a manifestação poderá ser encaminhada para esclarecimentos adicionais.
- Informe: O usuário é informado sobre a providência adotada, devendo a Ouvidoria zelar para que o retorno ocorra dentro do prazo estabelecido.
- Arquivo: Todas as informações obtidas durante o processo serão arquivadas no momento em que o usuário receber o retorno.
- Prazo dos Retornos: Zelar por um prazo não superior a 04 (cinco) dias úteis para que os responsáveis encaminhem à Ouvidoria as respostas referentes aos registros efetuados. Em caso de retardo não justificável, solicitar providências junto à direção e dar a resposta ao usuário em um prazo não superior a 10 (dez) dias úteis, a contar da data do registro, desde que o interessado identifique-se fornecendo o endereço/telefone.

MODELO DE INFORMATIVO PARA ACOMPANHANTES	
Horário de Funcionamento	De segunda à sexta-feira, das 07:00 às 18:00 horas
O que é?	A Ouvidoria é um serviço que preza pelos direitos fundamentais do cidadão, sendo um instrumento oficial e facilitador na comunicação formal entre o usuário e o Hospital.

Para que serve?	Para os usuários apresentarem elogios, sugestões e críticas como também esclarecer dúvidas.
Como funciona?	A Ouvidoria recebe as manifestações e encaminha para .as chefias dos setores responsáveis, cobrando soluções e respondendo ao usuário dentro de um prazo previamente estabelecido.
Como proceder	Os elogios, sugestões; denúncias ou reclamações poderão ser feitos das seguintes formas: - Contato Pessoal; - Telefone/Fax; - Internet; - Caixas de Sugestões espalhadas pela Instituição; - Formulário de Avaliação do Usuário (entregue no momento da alta Hospitalar e nos Atendimentos Ambulatoriais, onde os usuários poderão expressar sua opinião em relação aos diversos serviços oferecidos).

iv) Proposta de Pesquisa Periódica / Contínua de Satisfação do Usuário, com definição de uso das informações.

Um objetivo comum a todas as empresas é fornecer soluções para necessidades de seus clientes. Para fazer com que isso aconteça é necessário contar com técnicas e ferramentas que permitam, primeiramente, identificar quais são os requisitos desejados pelos clientes e em seguida, medir e monitorar como estão sendo atendidos. Assim, a satisfação do cliente, junto com a melhoria contínua, torna-se os objetivos mais importantes de qualquer sistema de gestão da qualidade.
Percebemos a qualidade não como uma opção, mas, como uma questão de sobrevivência para qualquer organização. Para isso, necessitamos saber exatamente quais às expectativas do cliente e em seguida quais as suas percepções em relação ao cumprimento dessas expectativas. Como as expectativas e as percepções são dinâmicas por serem essencialmente subjetivas e mutantes e, portanto, difíceis de validar, esta é uma missão que se constituí um grande desafio. Desde 1991, o Programa de Qualidade no Serviço Público (PQSP) vem se destacando como uma ação efetiva na indução da melhoria da qualidade da gestão das organizações públicas brasileiras, determinando o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento e realização de avaliação de satisfação do usuário por todos os órgãos e entidades da administração pública direta, indireta que atendem diretamente ao cidadão. Um de seus objetivos é a Avaliação da satisfação do Usuário dos Serviços Públicos, ou seja: Orientar as organizações para a realização de pesquisa de satisfação do usuário, com uma homogeneidade de critérios, metodologias e

procedimentos, de forma a prover uma consistência necessária para o funcionamento do Sistema Nacional de Avaliação da Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos.
Diante disso, o INVISA que tem uma filosofia voltada para a humanização dos Serviços de Saúde e melhoria constante das relações entre usuários do serviço e os profissionais que prestam assistência, irá implantar no UPA o Serviço de Atendimento aos Usuários para buscar, através da pesquisa de satisfação, poder realizar uma análise e adotar medidas: de melhorias diante de sugestões, queixas e reclamações, oferecendo respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis.
Os resultados serão encaminhados juntamente com a prestações de contas constando todas as informações de sugestões, queixas e reclamações, e medidas adotadas para melhoria.
O Serviço de atendimento irá trabalhar baseando-se na Portaria no 1.820/2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, na qual destacamos alguns artigos, conforme descrito abaixo:

"Art.3° Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde."
Parágrafo único: "é direito de a pessoa ter atendimento adequado, com qualidade; no tempo certo com a garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: [...] atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;"
"Art. 4°' Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos"

Processo de Avaliação da Satisfação do Usuário

Finalidades:
1. Avaliar o grau de satisfação dos usuários do serviço;
2. Monitorar o desempenho do UPA ao longo do tempo;
3. Compreender os aspectos de maior impacto para a satisfação dos usuários;
4. Avaliar a sintonia entre a direção da empresa e a expectativa dos seus clientes;
5. Definir estratégia de melhoria de qualidade a partir dos pontos fortes e dos pontos a desenvolver em relação ao grau de satisfação dos usuários do serviço;
6. Otimizar os investimentos a partir da definição precisa de estratégia de qualidade.

Tipo de Pesquisa:
Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa.
Local do Estudo:
A ser desenvolvido no UPA, nas unidades de internação, urgência/emergência e ambulatório geral.
População/Sujeito:
A população (amostra) será constituída pelos pacientes do UPA que saírem de alta hospitalar, no mês de período proposto. A amostra será delineada a partir da representatividade das diversas unidades utilizando-se o Instrumento· Padrão, com nível de confiança de 94% e margem de erro de 3% nas unidades em estudo.
Coleta de dados:
A coleta de dados será realizada através do preenchimento do questionário pelos usuários dos serviços. O questionário será entregue no momento da admissão do paciente e devolvido pelo mesmo no momento da alta hospitalar. A pesquisa de satisfação será aplicada a cada mês e as informações levantadas digitadas no sistema IPPS. Com o resultado da pesquisa serão identificadas às oportunidades de melhorias e elaborados os Planos de Ação para a implementação das melhorias identificadas.

Tabulação dos dados:

Os questionários preenchidos devem ser entregues ao Setor de Qualidade, o qual ficará responsável por orientar e supervisionar a tabulação dos dados. A tabulação é feita pela equipe da Qualidade.

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO COM O RESULTADO DA PESQUISA:

Finda a tabulação dos dados, o Setor de Qualidade elabora o relatório com o resultado da pesquisa, qual deve conter os gráficos com os índices de satisfação de cada questão avaliada, um gráfico com o comparativo dos índices entre as questões e a estratificação de cada questão por setor. O relatório é apresentado durante a Avaliação de Desempenho para todos os encarregados/coordenadores.

ATENDIMENTO

Instrução de Definição de Formas de Acomodação e Conduta para os acompanhantes, conforme previsão da legislação vigente.

Proposta p/ Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.

Proposta de Pesquisa Periódica / Contínua de Satisfação do Usuário, com definição de uso das informações.

ELABORAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO/SISTEMATIZAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS:

Identificadas as oportunidades de melhorias, os coordenadores dos serviços avaliados terão um prazo de um mês para elaborar um plano de ação, definindo os responsáveis pelas ações e prazos. Para elaborar o plano de ação, deve observar as questões que apresentaram o maior índice de insatisfação. Enviar o plano de ação para o Setor de Qualidade. O Setor de Qualidade acompanhará o cumprimento da implementação do plano de ação definido pelos respectivos coordenadores de serviços. As ações, prazos e responsáveis, poderão ser alterados, mediante análise de cada serviço.

invisa
Instituto
vida e saúde

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PELOS USUÁRIOS

Diretrizes: Baseado na sua experiência como usuário dos serviços de saúde da Unidade _____, pedimos a gentileza de preencher a primeira parte deste questionário que visa medir a sua expectativa, ou seja, o que você espera de um serviço de alta qualidade (Coluna "O que espero") e a sua percepção, ou seja, o que você verificou em relação ao serviço prestado pelo equipamento (Coluna "O que a unidade oferece"). Utilize a escala numérica abaixo, circulando o número (de 1 a 5) que melhor expressa a sua opinião.

Escala Numérica

- 1 – Discordo plenamente. Isto é irrelevante.
- 2 – Não Concordo. Isso tem pouca importância.
- 3 – Indiferente. Se possuir é bom, mas se não tiver não faz falta.
- 4 – Concordo. Isso tem muita importância.
- 5 – Concordo plenamente. Isso é fundamental.

	SENTENÇAS	O QUE ESPERO					O QUE OFERECE				
		☹		😐		☺	☹		😐		☺
1	Possui equipamentos modernos, ambiente limpo e organizado.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	As instalações físicas são apropriadas, bem iluminadas, externamente sempre limpo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Os funcionários estão sempre uniformizados, com vestimenta e com aparência limpa.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Os materiais associados com o serviço (impressos) devem ser claros e pertinentes a área.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Quando prometem fazer algo em certo tempo, deve fazê-lo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Quando um usuário tem um problema, demostram sincero interesse em resolvê-lo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Os funcionários realizam orientações corretas desde o primeiro contato.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Os funcionários fornecem seus serviços no momento em que prometeu fazê-lo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	A unidade deve ter registros atualizados e sem erros.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Os funcionários devem orientar aos usuários sobre os prazos para conclusão dos serviços.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Os funcionários devem oferecer um pronto atendimento aos usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Os funcionários devem estar sempre dispostos a orientar os usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Os funcionários devem estar sempre dispostos a responder às perguntas dos usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	O comportamento dos funcionários fornece confiança aos usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Os usuários da unidade devem se sentir seguros com o serviço oferecido.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Os funcionários são gentis e educados com os usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Os funcionários detêm conhecimentos para orientar os usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Os funcionários devem dar atenção individual para os usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	A unidade tem horário de funcionamento conveniente para todos os usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20	A unidade deve possuir funcionários que dão atenção especial aos usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21	Os funcionários devem ter como prioridade os usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22	Os funcionários devem entender as necessidades específicas dos usuários.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

v) Proposta de Pesquisa Periódica / Contínua de Satisfação do Servidor, com definição de uso das informações.

Objetivo

Elaborar uma sistemática de pesquisa ao servidor, com nível de satisfação com as definições de uso das informações. O trabalho que apresentamos tem relação com a necessidade da busca por maior eficácia e eficiência na gestão dos recursos públicos e com a profissionalização da administração de unidades de saúde.

No ambiente organizacional a satisfação da equipe reflete no clima organizacional. Tanto os gestores quanto a equipe de Recursos Humanos devem sempre trabalhar para manter os profissionais motivados, alinhados com os valores da empresa e satisfeitos com os benefícios e com o ambiente de trabalho como um todo.

A pesquisa de satisfação dos funcionários do UPA será baseada nos seguintes pilares:
Incentivo à participação
Garantia de confidencialidade
Não obrigatória a participação
Divulgação dos resultados
Planejamento de ações diante dos resultados da pesquisa
Pesquisa periódica
Envolvimento da diretoria
Entrevista de desligamento
Avaliações de eventos realizados com os funcionários

É importante que as pesquisas de clima sejam feitas periodicamente, para que os resultados das ações possam ser medidos e avaliados. Com pesquisas periódicas, fica fácil identificar quando alguma mudança não é bem aceita pelos colaboradores e tomar ações antes de ter uma equipe desmotivada ou, o que é pior, ter perdas no time.

Uso das informações: A partir dos resultados das pesquisas a Direção do UPA juntamente com o setor de RH planejarão medidas e ações que busquem a melhora de satisfação dos profissionais e aumento da produtividade. A seguir o modelo de formulário de pesquisa a ser enviado via e-mail aos colaboradores.

invisa
instituto vida e saúde

SATISFAÇÃO DO SERVIDOR - MODELO DE QUESTIONÁRIO

1- Há quanto tempo você trabalha no UPA?
( ) Há menos de 1 ano ( )Entre 1 e 2 anos ( )Entre 2 e 3 anos ( )Entre 3 a 5 anos ( )Há mais de 5 anos

2- Pensando em uma escala de 1 a 5, onde 1 é não gosto nada e 5 é gosto muito, o quanto você gosta de trabalhar aqui?

3- Você sabe quais são as expectativas que a empresa tem em relação ao seu trabalho?
( ) Não tenho a mínima ideia ( )Nunca me disseram, mas eu imagino quais são as expectativas
( ) Nunca pensei sobre isso ( )Já conversaram comigo sobre as expectativas, mas eu ainda tenho algumas dúvidas ( )Sim, tenho total certeza de quais são as expectativas

4- Você tem à sua disposição os materiais e recursos necessários para desempenhar um bom trabalho? Escolha um número na escala de 1 a 5, onde 1 é não tenho nenhum material e recurso necessário, e 5 é tenho todos os materiais e recursos necessários.

5- Você tem autonomia para tomar decisões relacionadas às suas próprias tarefas?
( )Não tenho nenhuma autonomia ( )Tenho alguma autonomia ( )Tenho autonomia

( )Tenho muita autonomia ( )Tenho total autonomia

6- Em geral, o seu trabalho é estressante?
( )Nem um pouco estressante ( )Muito pouco estressante ( )É estressante ( )É bastante estressante
( )É extremamente estressante

7- Você costuma fazer hora extra?
( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Com muita frequência ( )Sempre

8- Em geral, as suas tarefas são rotineiras ou diversificadas?
( )São totalmente rotineiras ( )Na maioria, são rotineiras ( )Não é nem muito rotineiro, nem muito diversificado ( )Na maioria, são diversificadas ( )São totalmente diversificadas

9- Você sente que o seu trabalho é importante para a empresa como um todo?
( )Sinto que o meu trabalho não é nem um pouco importante ( )Sinto que meu trabalho é muito pouco importante ( )Sinto que meu trabalho é um pouco importante ( )Sinto que meu trabalho é muito importante
( )Sinto que meu trabalho é extremamente importante

10- Como é a sua relação de trabalho com o seu gerente, supervisor ou coordenador?
( )Muito tranquila ( )Um pouco tranquila ( )Nem tranquila nem conturbada ( )Um pouco conturbada ( )Muito conturbada

11- Seu gerente, supervisor ou coordenador costuma dar apoio ao seu trabalho?
( )Não me dá nenhum apoio ( )Me dá um pouco de apoio ( )Me dá algum apoio ( )Me dá muito apoio ( )Me dá total apoio

12- Como é a relação de trabalho com os seus colegas?
( )Muito tranquila ( )Um pouco tranquila ( )Nem tranquila nem conturbada ( )Um pouco conturbada ( )Muito conturbada

13- Pensando em uma escala de 1 a 5, em que 1 é nada competente e 5 totalmente competente, como você avalia, em geral, os seus colegas de trabalho?

14- Como é o seu ambiente de trabalho? Considere a sua mesa, a sua sala, sala de reunião, banheiro etc.
( )Muito desconfortável ( )Um pouco desconfortável ( )Nem confortável nem desconfortável
( )Um pouco confortável ( )Muito confortável

15- No último ano, você teve alguma oportunidade de crescimento e/ou aprendizado dentro da empresa?
( )Sim ( )Não

16- Você está satisfeito com os benefícios que você recebe da empresa?
( )Totalmente insatisfeito ( )Insatisfeito ( )Nem satisfeito nem insatisfeito ( )Satisfeito
( )Totalmente satisfeito

17- Pensando na lista de benefícios abaixo, qual deles você preferiria que a empresa implantasse? Escolha apenas uma opção.
( )Clube de descontos em diversos estabelecimentos ( )Cursos de línguas ( )Massagem
( )Cursos relacionados à minha área de atuação ( )Folga no dia do aniversário ( )Vale-refeição (para compras em supermercados) ( )Ginástica laboral ( )Outros

18- Com relação a sua alimentação, você acha que a empresa poderia contribuir de alguma forma para que você se alimentasse melhor? ( )Sim, implantando um refeitório na empresa ( )Sim, implantando uma lanchonete na empresa ( )Sim, oferecendo uma estrutura de cozinha, com geladeira e micro-ondas para os colaboradores ( )Sim, oferecendo melhores condições de vale-refeição ( )Não ( )Não sei dizer ( )Outros

19- Pensando em uma escala de 1 a 5, em que 1 é nem um pouco informado e 5 é totalmente informado, você se sente informado do que acontece na empresa?

20- Você tem um conhecimento claro de qual é a missão e os valores da empresa?
( )Não tenho conhecimento nenhum ( )Tenho algum conhecimento ( )Tenho um conhecimento claro ( )Tenho muito conhecimento ( )Tenho total conhecimento

21- Você tem um conhecimento claro de quais são os objetivos e metas da empresa para os próximos seis meses?
( )Não tenho conhecimento nenhum ( )Tenho algum conhecimento ( )Tenho um conhecimento claro ( )Tenho muito conhecimento ( )Tenho total conhecimento

22- Qual dos adjetivos abaixo melhor caracteriza o seu trabalho hoje para você? Escolha apenas uma opção.
( )Estressante ( )Cansativo ( )Motivador ( )Entediante ( )Empolgante ( )Desafiador ( )Inovador
( )Estimulante ( )Indiferente ( )Prazeroso ( )Promissor ( )Importante ( )Descontraído

23- Você gostaria de deixar a sua opinião ou dar alguma sugestão para melhorar o ambiente da empresa como um todo?

vl) 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.

Em um mundo caracterizado por desigualdades sociais e desafios diversos, as unidades de pronto atendimento desempenham um papel crucial não apenas no tratamento de emergências médicas, mas também como pontos de acesso a suporte e orientação para populações vulneráveis. Esta proposta visa estabelecer um modelo abrangente de atendimento, orientação e apoio social em unidades de pronto atendimento, destinado especificamente a pessoas em risco social, pacientes com necessidades especiais, crianças, adolescentes, idosos, mulheres vítimas de violência e outros públicos vulneráveis. O objetivo é criar um sistema de atendimento que não só responda às necessidades médicas urgentes, mas também ofereça uma rede de suporte integrada, sensível às complexidades sociais e culturais destes grupos. Reconhecendo a diversidade dessas populações, o plano é desenhado para garantir que o atendimento seja inclusivo, acessível e alinhado às políticas públicas e normativas vigentes, promovendo assim uma abordagem de cuidado holística e humanizada.

Item 1: Adequação às Políticas Públicas e Normativas para Unidades de Pronto Atendimento

a. Conformidade Legal e Normativa com Foco na Diversidade

- Legislação Específica para Cada Grupo: Garantir a aderência às leis e normativas que protegem os direitos e necessidades de cada grupo vulnerável. Isso inclui o Estatuto da Criança e do Adolescente para

a proteção de menores, o Estatuto do Idoso para assegurar os direitos dos idosos, a Lei Brasileira de Inclusão para pessoas com deficiência, e a Lei Maria da Penha para a proteção de mulheres contra a violência doméstica.

- Acessibilidade e Inclusão: Implementar medidas que assegurem a acessibilidade total nas unidades, incluindo instalações físicas adaptadas, sinalização inclusiva e a disponibilidade de recursos de comunicação para pessoas com deficiências auditivas ou visuais.

b. Integração com Políticas de Saúde e Assistência Social

- Alinhamento com o SUS: Assegurar que todas as práticas estejam em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, garantindo um atendimento universal, integral e equitativo.

- Atendimento Especializado para Grupos Vulneráveis: Incorporar diretrizes de programas nacionais específicos, como aqueles voltados para a saúde da mulher, da criança, da pessoa idosa e outros, visando uma abordagem de cuidado integrada e especializada.

c. Respeito às Diversidades Culturais e Sociais

- Capacitação Cultural e Social das Equipes: Treinar as equipes para serem sensíveis às diversas realidades culturais e sociais dos pacientes, assegurando um atendimento respeitoso e inclusivo.

- Protocolos Específicos para Populações Indígenas e Quilombolas: Desenvolver e implementar protocolos de atendimento que respeitem as particularidades culturais e sociais destas comunidades.

Através desta abordagem detalhada e inclusiva, as unidades de pronto atendimento estarão melhor equipadas para oferecer um serviço que não apenas atende às urgências médicas, mas também aborda as necessidades sociais e emocionais **de todos os públicos vulneráveis**, assegurando um atendimento que é ao mesmo tempo eficiente, compassivo e alinhado às normativas e políticas públicas.

2. Infraestrutura e Acessibilidade

- Instalações Acessíveis: Garantir que todas as áreas sejam acessíveis, seguindo as normas de acessibilidade da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

- Equipamentos Adaptados: Providenciar equipamentos médicos e mobiliários adaptados para pessoas com deficiência.

3. Capacitação e Desenvolvimento de Equipes com Enfoque em Populações Vulneráveis

a. Treinamento Contínuo com Perspectiva Técnica e Humanizada

- Capacitação Especializada em Políticas Públicas e Direitos: Desenvolvimento de módulos de treinamento que abordem de maneira técnica as políticas públicas relevantes, com ênfase nas legislações e diretrizes que regem o atendimento a grupos vulneráveis. Isso envolve um entendimento detalhado do sistema legal, das normativas de saúde e dos direitos humanos aplicáveis.

- Ética Profissional e Sensibilização para Questões de Diversidade: Programas que enfatizem a ética no atendimento, com foco em questões de gênero, raça, diversidade cultural e social. Incluir também treinamentos específicos para o manejo ético de populações em privação de liberdade, ressaltando a importância da dignidade e dos direitos fundamentais nessas interações.

- Desenvolvimento de Competências em Comunicação e Sensibilidade Cultural: Fornecer capacitação avançada em técnicas de comunicação eficaz e sensível, adaptadas para atender às necessidades específicas de diversos grupos vulneráveis.

b. Treinamento Contínuo em Primeiro Atendimento e Sensibilização para Diversidade

- Capacitação em Protocolos de Primeiro Atendimento: Desenvolver e implementar programas de treinamento que enfatizem técnicas avançadas de primeiro atendimento, abrangendo desde a avaliação inicial até a estabilização de emergências e o encaminhamento adequado.

- Formação em Sensibilidade a Grupos Vulneráveis: Incorporar módulos que abordem de maneira aprofundada questões de gênero, raça e diversidade cultural, com o objetivo de preparar os profissionais para identificar e atender às necessidades específicas de diferentes grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes, idosos e mulheres vítimas de violência.

c. Desenvolvimento de Competências em Escuta Qualificada

- Treinamento em Comunicação Empática e Escuta Ativa: Implementar programas de capacitação que enfatizem a importância da escuta qualificada como parte do processo de atendimento, ensinando técnicas de comunicação empática e escuta ativa para entender melhor as necessidades e preocupações dos pacientes.

- Simulações e Práticas de Escuta Qualificada: Conduzir sessões práticas e simulações para reforçar as habilidades de escuta e comunicação, permitindo que os profissionais pratiquem em cenários que imitam situações reais enfrentadas em unidades de pronto atendimento.

d. Supervisão e Apoio aos Profissionais com Ênfase no Bem-Estar

- Sistemas de Supervisão e Feedback Regular: Estabelecer rotinas de supervisão que incluam revisões de casos e feedback sobre a prática da escuta qualificada, assegurando que os padrões de comunicação e atendimento sejam mantidos.

- Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Burnout: Oferecer recursos de apoio à saúde mental, como aconselhamento e técnicas de manejo de estresse, reconhecendo os desafios emocionais associados ao atendimento de situações críticas e ao uso intensivo de habilidades de comunicação empática.

- Oportunidades de Desenvolvimento Profissional Contínuo: Proporcionar formação contínua e atualizações regulares em áreas como primeiros socorros, cuidados emergenciais, técnicas de comunicação e escuta qualificada, garantindo que os profissionais estejam sempre equipados com as habilidades e conhecimentos mais recentes.

A incorporação da escuta qualificada neste plano de capacitação e desenvolvimento de equipes reflete o compromisso com um atendimento que não é apenas técnico e eficaz, mas também profundamente empático e centrado no paciente. Ao priorizar a comunicação empática e a compreensão das necessidades individuais, as equipes estarão mais bem preparadas para oferecer cuidados holísticos e sensíveis às populações vulneráveis.

Ao aprimorar o foco técnico e humanizado na capacitação e desenvolvimento de equipes, este plano assegura que os profissionais estejam equipados não apenas com habilidades técnicas, mas também com a sensibilidade e o conhecimento necessários para atender efetivamente a todas as populações vulneráveis, incluindo aquelas em situação de privação de liberdade. Este enfoque contribui para a prestação de cuidados de saúde holísticos, éticos e respeitadores dos direitos humanos.

4. Desenvolvimento de Protocolos de Atendimento Personalizado para Populações Vulneráveis em Unidades de Pronto Atendimento

Objetivo

Estabelecer protocolos de atendimento que proporcionem cuidados holísticos e individualizados, baseados em evidências científicas e melhores práticas, alinhados às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e que considerem as necessidades físicas, psicológicas e sociais dos pacientes.

Estrutura dos Protocolos

Protocolo 1: Avaliação Inicial Integrada

- Objetivo: Realizar uma avaliação inicial abrangente que identifique não apenas as necessidades médicas, mas também as sociais e psicológicas.

- Passos:

1. Triagem médica para avaliar condições físicas imediatas.

2. Avaliação psicossocial para identificar questões como violência doméstica, desabrigamento ou outras vulnerabilidades.

3. Registro de informações relevantes em sistema integrado.

Protocolo 2: Atendimento Personalizado para Grupos Específicos

- Objetivo: Fornecer atendimento especializado e adaptado para diferentes grupos vulneráveis.

- Grupos Incluídos:

1. Crianças e Adolescentes: Protocolos que considerem desenvolvimento infantil e consentimento dos pais.

2. Idosos: Avaliação de riscos como quedas, abuso e negligência.

3. Mulheres Vítimas de Violência: Protocolos para identificação de sinais de abuso e procedimentos de segurança e suporte.

Protocolo 3: Plano de Cuidados Integrados

- Objetivo: Desenvolver um plano de cuidados que integre **tratamento médico, suporte psicológico** e **assistência social.**

- Passos:

1. Criação de um plano de tratamento médico baseado na condição clínica.

2. Envolver profissionais de saúde mental para apoio psicológico, se necessário.

3. Coordenação com serviços sociais para assistência adicional, como abrigo, alimentação ou serviços legais.

Protocolo 4: Encaminhamento e Follow-up

- Objetivo: Garantir que os pacientes recebam cuidados contínuos e suporte após a alta da unidade de pronto atendimento.

- Passos:

1. Encaminhar pacientes para cuidados especializados, se necessário.
2. Organizar follow-ups para avaliar a progressão do tratamento e o bem-estar do paciente.
3. Estabelecer linhas de comunicação com outros serviços de saúde e assistência social.

Implementação e Monitoramento

- Treinamento da Equipe: Capacitar todos os profissionais envolvidos nos novos protocolos.

- Monitoramento e Avaliação: Realizar avaliações periódicas para medir a eficácia dos protocolos e fazer ajustes conforme necessário.

- Feedback dos Pacientes: Utilizar pesquisas de satisfação e feedback dos pacientes para aprimorar continuamente os protocolos.

Resultados Esperados

- Atendimento mais eficiente e humanizado, com foco nas necessidades individuais dos pacientes.

- Melhoria na qualidade do cuidado prestado e na satisfação dos pacientes e profissionais.

- Maior integração entre os serviços de saúde, psicológicos e sociais, proporcionando um cuidado mais holístico.

Todos os protocolos de atendimento personalizado para populações vulneráveis em unidades de pronto atendimento são meticulosamente elaborados em estrita conformidade com as diretrizes das políticas públicas vigentes. Esta abordagem assegura que cada aspecto do atendimento esteja alinhado com as normativas legais e éticas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e outras legislações relevantes. Ao aderir a esses padrões, garantimos que os protocolos não apenas atendam às necessidades médicas, psicológicas e sociais dos pacientes, mas também respeitem seus direitos e dignidade. Isso reflete o compromisso com a prestação de cuidados de saúde que são não apenas eficientes e eficazes, mas também profundamente humanizados e responsáveis, reforçando o princípio de que o atendimento de qualidade é um direito fundamental de todos.

Estes protocolos de atendimento personalizado visam garantir que todas as populações vulneráveis recebam um cuidado que é não apenas clinicamente eficaz, mas também sensível às suas necessidades e circunstâncias particulares, alinhado com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Para criar uma proposta que possa ser adaptada para um fluxograma em uma unidade de pronto atendimento voltada para populações vulneráveis, é importante detalhar os passos do processo de atendimento, desde a chegada do paciente até a conclusão do tratamento e o acompanhamento posterior. Aqui está um esboço de proposta:

Proposta de Fluxo de Atendimento em Unidade de Pronto Atendimento para Populações Vulneráveis

1. Recepção do Paciente
   - Chegada do paciente à unidade.
   - Registro inicial e coleta de informações básicas.

2. Triagem Inicial
   - Avaliação rápida das condições do paciente.
   - Classificação da urgência e priorização do atendimento.

3. Avaliação Médica
   - Consulta com médico.
   - Diagnóstico inicial e plano de tratamento.

4. Tratamento de Emergência (se necessário)
   - Intervenções médicas imediatas para estabilização do paciente.

5. Avaliação Psicossocial
   - Avaliação por assistente social ou psicólogo.
   - Identificação de vulnerabilidades sociais ou psicológicas.

6. Caso de Situação de Risco Identificada
   - Avaliar a gravidade e tipo de risco (violência, abuso, negligência).
   - Decisão de ação:
     - Em risco iminente: Contato com autoridades/órgãos de proteção.
     - Em risco potencial: Plano de ação específico (aconselhamento, apoio jurídico).

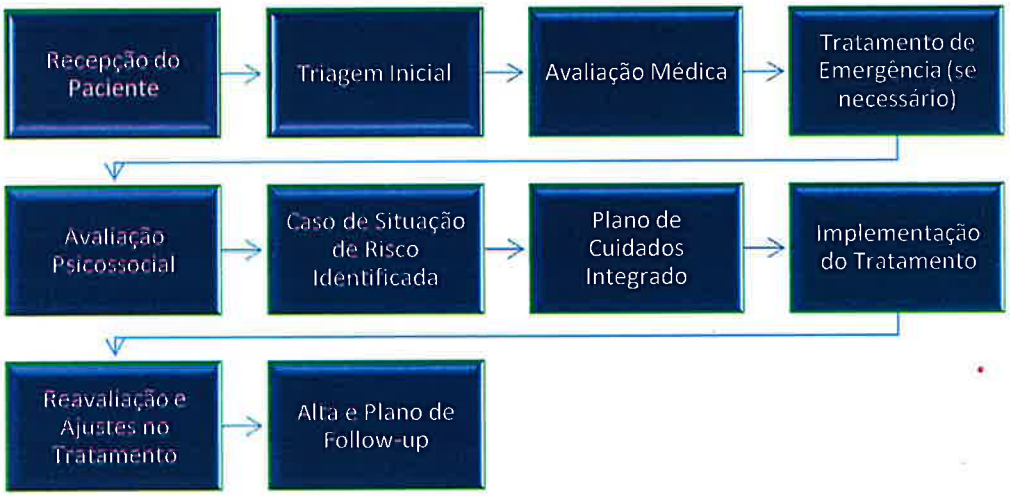
7. Plano de Cuidados Integrado
   - Desenvolvimento de um plano de cuidados que englobe aspectos médicos, sociais e psicológicos.

8. Implementação do Tratamento
   - Realização do tratamento médico.
   - Providência de suporte social e/ou psicológico conforme necessário.

9. Reavaliação e Ajustes no Tratamento

- Monitoramento da resposta ao tratamento.
- Ajustes no plano de cuidados conforme necessário.

10. Alta e Plano de Follow-up
- Preparação para alta.
- Organização do plano de acompanhamento e encaminhamentos adicionais.



Este fluxograma visa garantir um atendimento sistematizado e integral, que aborda as necessidades médicas, psicológicas e sociais dos pacientes, especialmente aqueles que pertencem a populações vulneráveis. A estrutura proposta facilita o acompanhamento contínuo e a adaptação do tratamento às necessidades específicas de cada paciente, assegurando um cuidado eficaz e humanizado.

5. Fortalecimento da Articulação com a Rede de Saúde e Assistência Social

a. Integração com Sistema de Referência e Contrarreferência Médica

- Objetivos: Reforçar a colaboração com o sistema de referência e contrarreferência estabelecido, assegurando que os pacientes recebam o cuidado necessário em diferentes níveis de complexidade e especialização.

- Ações:

- Estabelecer comunicação eficiente e protocolos claros com hospitais, clínicas especializadas e serviços de atenção primária para facilitar o processo de referência (encaminhamento para serviços mais especializados) e contrarreferência (retorno ao serviço de origem após o tratamento especializado).

- Implementar um sistema de registro compartilhado que permita o acompanhamento contínuo do paciente através dos diversos níveis de atendimento.

- Promover reuniões regulares de coordenação com representantes desses serviços para discutir casos, otimizar processos e compartilhar informações relevantes.

b. Fortalecimento da Rede de Proteção Assistencial

- Objetivos: Integrar eficazmente os serviços de assistência social na jornada de cuidado do paciente, garantindo acesso a suporte social, jurídico e psicológico conforme necessário.

- Ações:

- Estabelecer parcerias formais e canais de comunicação com CRAS, CREAS e outras entidades de assistência social para facilitar o acesso dos pacientes a serviços de proteção social, como abrigos, programas de alimentação, assistência jurídica e suporte familiar.

- Realizar treinamentos conjuntos e intercâmbio de informações entre profissionais da saúde e assistência social para promover uma compreensão mútua das necessidades dos pacientes e dos recursos disponíveis.

- Desenvolver um mecanismo de acompanhamento conjunto para assegurar que os pacientes recebam o suporte contínuo necessário após a alta médica.

c. Promoção de Cuidados Continuados e Integrados

- Objetivos: Assegurar um cuidado contínuo e integrado para os pacientes através da coordenação efetiva entre diferentes serviços e níveis de atendimento.

- Ações:

- Criar uma equipe multidisciplinar dentro da unidade de pronto atendimento, incluindo médicos, assistentes sociais e outros profissionais relevantes, para avaliar e planejar o cuidado dos pacientes de forma integrada.

- Utilizar mecanismos de acompanhamento e feedback para monitorar a eficácia dos encaminhamentos e o atendimento prestado pelos serviços de referência e contrarreferência.

- Organizar sessões de revisão de casos para discutir as trajetórias dos pacientes na rede de saúde e assistência social, identificando pontos de sucesso e áreas que necessitam de melhorias.

Esta abordagem focada no fortalecimento da integração com a rede de saúde e assistência social visa promover um sistema de cuidados mais coeso e eficaz, onde as necessidades dos pacientes são atendidas de maneira contínua e integrada, assegurando uma transição suave entre diferentes níveis e tipos de atendimento.

6. Programas de Educação e Prevenção

- Campanhas de Conscientização: Realização de campanhas periódicas sobre saúde preventiva, direitos sociais e combate à violência.

- Programas de Educação Continuada: Oferecer palestras e workshops para a comunidade sobre temas relevantes.

7. Avaliação de Impacto e Melhoria Contínua

- Coleta de Dados e Monitoramento: Implementar sistemas para coleta de dados e monitoramento de indicadores-chave.

- Avaliação Periódica: Realizar avaliações periódicas para medir a eficácia dos serviços e identificar áreas de melhoria.

Conclusão

Este plano representa um esforço abrangente para estabelecer um modelo de atendimento inovador e integrado, que não apenas esteja em sintonia com as políticas públicas, mas que também transcenda as práticas convencionais de cuidado. O foco está em fornecer um serviço que seja ao mesmo tempo eficiente e profundamente humanizado, especialmente direcionado para pessoas em situações de vulnerabilidade social. A eficácia deste modelo reside na sinergia entre os setores de saúde e assistência social, onde a colaboração e o compartilhamento de recursos e conhecimentos são fundamentais.

A capacitação contínua dos profissionais é um pilar crucial, assegurando que as equipes estejam equipadas com as habilidades e a sensibilidade necessárias para atender às complexidades e desafios únicos apresentados por populações vulneráveis. Além disso, a inclusão e o engajamento ativo da comunidade no processo de cuidado é vital, pois promove uma abordagem mais holística e responsiva às necessidades locais.

A implementação deste plano visa também promover a sustentabilidade a longo prazo, através da adoção de práticas eficientes de gestão de recursos e do estabelecimento de parcerias estratégicas com diversas entidades. Ao cultivar um ambiente de apoio mútuo e cooperação entre diferentes setores e a comunidade, este modelo não apenas eleva o padrão de atendimento, mas também fortalece o tecido social e a resiliência das comunidades atendidas.

Em última análise, o objetivo é não apenas tratar condições médicas, mas também abordar as questões sociais e emocionais que afetam as populações vulneráveis, oferecendo um cuidado que é verdadeiramente integral e transformador. Este plano, portanto, representa um passo significativo em direção a um sistema de saúde mais inclusivo, equitativo e compassivo.

4. CAPACIDADE GERENCIAL

4.1 EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES

Na documentação apresentada pelo INVISA é possível comprovar as experiências abaixo.

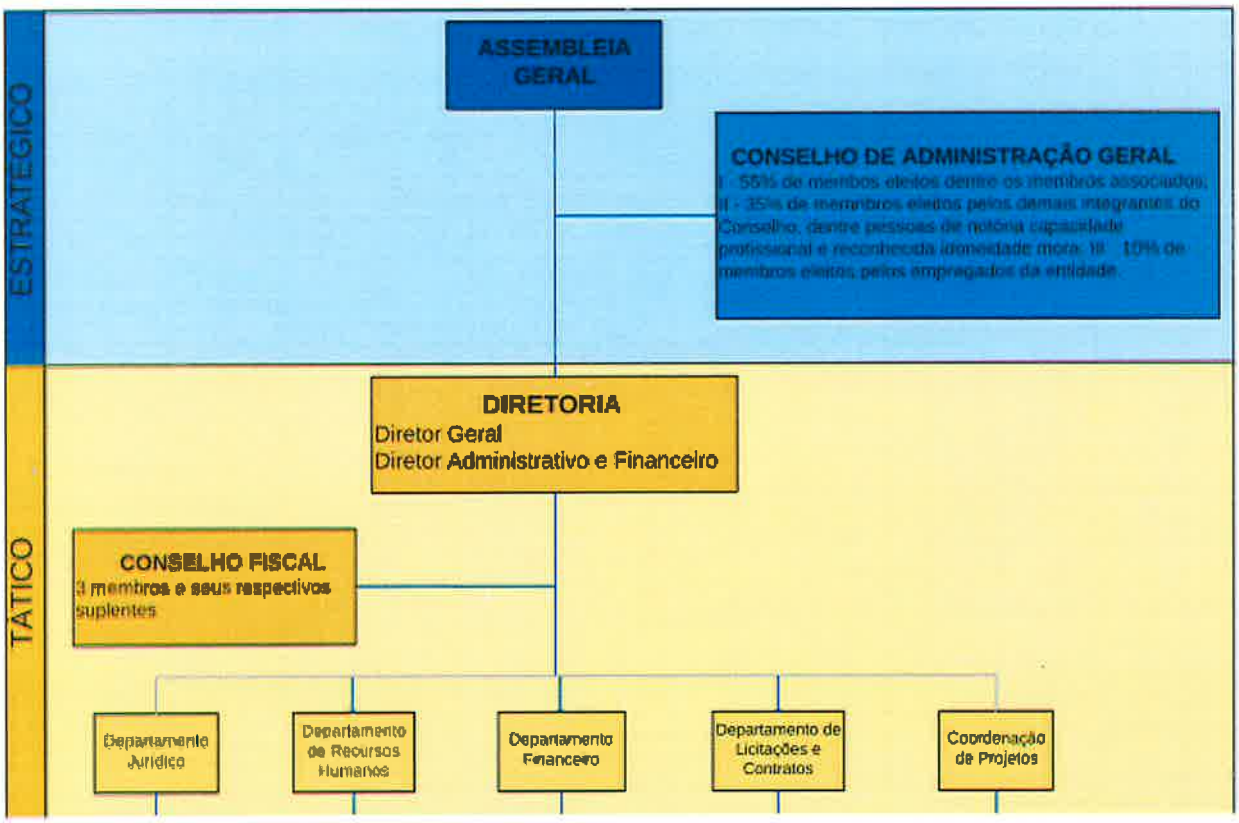
	EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES	PONTUAÇÃO (50 PONTOS)		
		POR ITEM	TOTAL	UNIDADES
	Comprovação de gestão de unidades de saúde com mais de 36 meses (p/ cada Comprovação vale 2,5 pontos reconhecidos à apresentação de até duas experiências).	5 pontos		- NINA RODRGIGUES - BACABAL - HTO
	Comprovação 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		- CACHOEIRAS DE MACACU - CARDOSO MOREIRA - PIRAPETINGA

	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	**25 Pontos**	- QUISSAMÃ - APERIBE - ARAUCARIA - MIRACEMA
	Comprovação de gestão de UPA´S (p/cada Comprovação vale 5,0 pontos reconhecidos à apresentação de até três experiências)	15 pontos		- ALMIRANTE TAMANDARÉ - ALFREDO CHAVES - PORCIÚNCULA - CAMBUCI - QUISSAMÃ

4.2 ESTRUTURA DA DIREÇÃO

a) Explicitação de Competências/atribuições bem definidas com apresentação em organograma do núcleo gestor.

ORGANOGRAMA NÚCLEO GESTOR



Segue as competências de cada membro diretivo que consta no Estatuto do INVISA.

Compete ao Diretor Geral:

I-Representar o INVISA judicial e extrajudicialmente.

II- Cumprir e fazer cumprir este Estatuto.
III- Presidir a Assembleia Geral e participar das reuniões do Conselho de Administraçao Geral e dos Conselhos de Administração Especificos.
IV-Convocar e presidir as reuniões da Diretoria.
V- Elaborar e submeter à Assembléia Geral e ao Conselho de Administração a proposta de programação anual da instituição
VI- Executar a programação anual de atividade da Instituição
VII- Elaborar e apresentar à Assembléia Geral o relatório anual.
VIII- Reunir-se com instituições públicas e privadas mútua colaboração em atividades de interesse comum.
IX- Contratar e demitir funcionários
X- Regulamentar as Ordens Normativas da Assembléira Geral e emitir Ordens Executivas para disciplinar o funcionamento interno da Instituição.
XI – Dar posse e exonerar os chefes de departamento.
XII- Pagar as contas e assinar em conjunto com o Diretor Administrativo e Financeiro.

Compete ao Diretor Administrativo e Financeiro:

I-Secretariar as reuniões da Diretoria e da Assembleia Geral e redigir as atas.
II- Publicar notícias das atividades da entidade.
III- Prestar, de modo geral, sua colaboração do Diretor- Geral.
IV- Arrecadar e contabilizar as contribuições dos associados, rendas, auxílios e donativos, mantendo em dia a escrituração da Instituição.
V- Apresentar relatórios de receitas e despesas, sempre que foram solicitados.
VI- Apresentar ao Conselho Fiscal a escrituração da Instituição incluindo os relatórios de desempenho financeiro e contábil e sobre as operações patrimoniais realizadas.
VII-Conservar, sob sua guarda e responsabilidade, os documentos relativos à tesouraria.
VIII- Manter todo o numerário em estabelecimento de crédito.
IX- Pagar as contas e assinar cheques em conjunto com o DiretorGeral.

b) 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.

Segue quadro com os profissionais funcionários do INVISA e a especialização para fins de atendimento ao edital, no envelope de documentação constam os documentos comprobatórios.

NOME DO PROFISSIONAL	FUNÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO
NORMA SUELY DUTRA MENDES	ENFERMEIRA-MBA EM GESTÃO DA SAÚDE E ADM HOSPITALAR
PABLO MAFRA SILVA	ENFERMEIRO - AUDITORIA E GESTÃO EM SAÚDE
IRENE SOUSA DA SILVA	ENFERMEIRA - MESTRA EM CIÊNCIA DA SAÚDE

MEIRE LUCY ARAÚJO FARIAS	ENFERMEIRA - MESTRE EM GESTÃO DE PROGRAMAD E SERVIÇOS DE SAÚDE)
RODRIGO LOPES SILVA	ADVOGADO - MBA EM GESTÃO JURIDICA DA ÁREA DA SAÚDE E HOSPITALAR
BRUNO SOARES RIPARDO	DIRETOR GERAL-ADVOGADO-MBA EM GESTÃO JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE E HOSPITALAR
LUCIANA VANELI GAMA	(ENFERMEIRA - MBA EM GESTÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE EM ADM HOSPITALAR)

4.3 IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR

a) Protocolos Assistenciais de Atenção Médica preferencialmente para: IAM, AVC, ARBOVIROSES e COVID19, Traumas (se encontram no **Anexo I**). Demonstrar de forma clara como a proponente operacionalizará/controlará os plantões médicos: escala de plantões e sobreavisos.

Os protocolos encontra-se no Anexo I deste projeto.

Controle de escala dos médicos será realizado por meio eletrônico. Um controle de ponto eficiente facilita no controle de escala do plantão médico. Uma forma de realizar isso é apostando em controles digitais, como um ponto digital biométrico. Com um relógio de ponto digital, há maior controle do banco de horas e, ainda, a possibilidade de acompanhar as escalas de trabalho. Ademais o Instituto adotará as seguintes estratégias:

Planejamento de escala:

O planejamento de uma escala de plantão médico deve considerar todas as atividades necessárias para o atendimento dos pacientes. Exemplo disso são a realização de exames, procedimentos médicos e altas.

Antes de iniciar o mês, a escala de plantão médico deve ser feita considerando fatores como folgas garantidas por lei, férias e licença dos plantonistas. O mesmo acontece a cada semana, sempre adequando a escala aos imprevistos que acontecem.

Médicos substitutos:

Algumas situações não podem ser previstas, como o adoecimento de algum dos médicos. Nesse caso, é preciso prever os substitutos eventuais antes mesmo que esse cenário se concretize.
Os substitutos devem ficar de sobreaviso, prontos para atuar. Assim, não se corre o risco de a unidade de saúde ficar sem nenhum profissional da área médica.

Acompanhamento de produtividade:

O código de ética Médica define como infração a ausência do médico designado ao plantão, bem como o abandono sem haver um substituto.

Nesse sentido, cabe ao departamento de RH comunicar aos profissionais as providências a serem tomadas em caso de falta de um dos plantonistas.

Além desse controle, também é necessário verificar o andamento do trabalho do médico. A satisfação dos usuários do serviço, a produtividade no trabalho, o número de pacientes atendidos e de casos solucionados podem ser alguns dos indicadores.

Com essas informações, é possível construir uma melhor escala de plantão médico, prevendo, por exemplo, a dinâmica que dá mais certo com os profissionais.

4.4 IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

a) Apresentação do Funcionamento e Regimento do Serviço Social

Serviço Social é uma profissão de caráter sócio político, crítico e interventivo. Utiliza como instrumental científico as Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da "questão social". Desempenha o papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais. Na área da saúde deve-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde/doença e cabe ao Serviço Social a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito social à saúde. O Assistente Social está capacitado, sob o ponto de vista teórico, político e técnico, para investigar, formular, gerir, executar, avaliar, e monitorar políticas sociais, programas e projetos na área de saúde.

Com o objetivo de propiciar um acolhimento mais humano, o **UPA** implantará o Serviço Social, que visa amparar, da melhor maneira, todos os pacientes, seja na indicação de serviços oferecidos, sejam tratando reclamação de usuários. O Serviço Social estará subordinado diretamente à Diretoria Técnica e atenderá em horários previamente definidos, de acordo com o perfil e/ou necessidade da unidade:

- Ambulatório: das 08:00 às 17:00 horas;
- Unidades de Internamento: das 07:00 às 19:00 horas;
- Emergência: das 07:00 às 19:00 horas;
- Reconhecimento da Liberdade como valor ético central da Democracia;
- Defesa dos Direitos Humanos;
- Respeito ao usuário e garantia dos direitos de cidadania;
- Defesa da Equidade e Justiça Social, garantindo aos usuários a universalidade de acesso aos bens e serviços da Instituição, bem como sua gestão democrática;
- Oposição a todas as formas de preconceito, preservando o respeito às diferenças quanto ao gênero, classe, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física;
- Respeito ao pluralismo de ideias e concepções teóricas;
- Garantia do compromisso com o constante aprimoramento profissional;

- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, articulando ações a outras categorias profissionais;
- Reconhecimento e respeito às instituições democráticas da sociedade;
- Resguardar os princípios do Código de Ética Profissional.
- Assessorar a Instituição na elaboração de planos, programas e projetos, visando contribuir para a melhoria da qualidade de assistência, assim como, desenvolver ações sócias educativas, que possibilitem aos usuários participar efetivamente do seu processo assistencial, mobilizando-o para o exercício da cidadania;
- Conhecer e trabalhar aspectos que estejam interferindo no tratamento do paciente, levando-os a remover bloqueios relacionados, com a situação de saúde;
- Estimular pacientes/acompanhantes a conhecer os diagnósticos e prognósticos relacionados a seus quadros clínicos;
- Assessorar pacientes e familiares no que diz respeito a direitos previdenciários, trabalhistas, assistenciais e legais, assim como dos recursos comunitários disponíveis.

Competências do Serviço:
1. Prestar orientação social, atendimento individualizado;
2. Realizar atendimento individualizado utilizando como instrumentos a entrevista social e o parecer social;
3. Registrar em prontuário a história social e o parecer social;
4. Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos), CRAS, entre outras;
5. Implantar programa de esclarecimentos, através da realização de reuniões com familiares; desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar;
6. Promover intercâmbio e manter articulação com instituições afins (público, privado, ONGs, etc.), buscando instrumentalizar a ação profissional;
7. Participar de reuniões e mobilizações sociais (inclusive criando o espaço de discussão) ligadas aos direitos dos usuários sempre que houver a possibilidade.
8. Desenvolver pesquisas, projetos, e programas sociais;
9. Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários e cursos voltados aos profissionais e usuários;
10. Viabilizar o retorno de 100% do usuário ao seu local de origem no momento das altas hospitalares.
11. Monitorar a remoção de saída dos veículos para as remoções de 100% dos pacientes internados.
12. Distribuir fichas para as refeições para 100% dos acompanhantes dos pacientes internados.
13. Prestar assessoria técnica à Direção, Coordenações e Equipes multiprofissionais em questões pertinentes a área de atuação do Serviço Social;
14. Participar de pesquisas médico-sociais que contribuam para maior conhecimento da realidade social, relações causa-efeito das enfermidades, avaliação da ação profissional e outros;
15. Elaborar e executar Planos, Programas e Projetos para o Serviço Social da Unidade;
16. Participar, junto à equipe interdisciplinar, da elaboração de Planos, Programas e Projetos, Normas e Rotinas operacionais da Unidade;
18.Assegurar a atualização da equipe de Serviço Social;
19. Realizar relatório mensal sobre as atividades do Setor.

O Serviço Social será composto pelos profissionais:
- Assistente Social Coordenador;
- Assistente Social de Assistencial;
- Auxiliar Administrativo.

Atribuições da Equipe:

Atribuições do Assistente Social Coordenador:
1. Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral do Serviço Social;
2. Planejar, coordenar e supervisionar as atividades do Serviço Social, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
3. Representar o Serviço Social junto aos órgãos competentes;
4. Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes de Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
5. Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;
6. Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias, afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades do Serviço Social;
7.Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativamente) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
8. Cumprir e fazer cumprir as Ordens de Serviços, Portarias e Regimento da Instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;
9. Estimular as atividades de pesquisa no campo de Serviço Social;
10. Garantir que o trabalho do Serviço Social se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;
11. Facilitar a participação da equipe do Serviço Social em atividades de cunho técnico-científico, visando o aprimoramento profissional;
12. Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;
13. Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional do Assistente Social:
Lei nº 8.662 de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.
Resoluções CFESS nº 594 de 2011, que dispõe sobre o Código de Ética dos Assistentes Sociais.

Atribuições do Assistente Social Assistencial:
Prestar orientação social aos usuários do serviço;
Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
Realizar atendimento individualizado utilizando instrumentos como: entrevista social, parecer social e visita domiciliar;
Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de saúde, assistência social e direitos humanos), CRAS, entre outras;
Realizar reuniões periódicas com grupos de usuários;
Desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar;
Manter articulação com instituições e movimentos sociais;
Desenvolver pesquisas, projetos, e programas sociais;
Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários, e cursos voltados aos profissionais e usuários;
Viabilizar o retorno do usuário ao seu local de origem no momento da alta hospitalar, providenciando recursos para passagens;
Organizar a liberação de transporte para as remoções de pacientes internados;
Discutir junto aos usuários e/ou seus responsáveis sobre questões que estejam interferindo na situação de saúde, respeitando o direito de tomarem suas próprias decisões;
Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
Discutir com o responsável e/ou familiar sobre a necessidade do seu apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente;
Proceder ao acompanhamento social do tratamento de saúde;
Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;

Informar e discutir com o usuário acerca dos direitos sociais (trabalhistas, previdenciários, assistenciais, legais, etc.), mobilizando-os para o exercício da cidadania;
Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da cidadania, face às situações sociais constatadas;
Discutir com os usuários os objetivos e normas de funcionamento dos serviços de saúde, avaliando sua eficiência, resolutividade e adequação aos seus interesses;
Discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre as questões relacionadas ao usuário, interpretando a situação social do mesmo;
Participar com os demais membros da equipe de saúde da preparação dos pacientes/familiares a serem submetidos à cirurgia mutiladora;
Participar do processo de transferência e encaminhamento no que se refere à orientação ao usuário/familiar, anexando relatório social, quando necessário, à documentação específica;
Participar com os demais profissionais da equipe de saúde dos avisos de óbito, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;
Realizar visitas domiciliares a fim de verificar aspectos sócio familiares "in loco" e adotar encaminhamentos pertinentes a cada situação;
Manter contatos com organizações institucionais e/ou comunitárias, com vistas ao tratamento de saúde dos usuários;
Estimular o processo de participação da população, no sentido de incorporação de suas demandas, pelos serviços de saúde;
Participar de projetos integrados com organizações institucionais e/ou comunitárias para uma ação preventiva da saúde;
Participar da elaboração, execução e avaliação dos programas de saúde, bem como dos programas de educação continuada;
Participar do desenvolvimento das ações de educação em saúde;
Participar da elaboração de Planos, Programas, Projetos e demais atividades de Serviço Social;
Participar de estudos e pesquisas sociais no seu campo de atuação, a fim de conhecer a realidade social e verificar a eficácia da ação profissional;
Registrar em prontuários, fichas e/ou livros específicos o atendimento de Serviço Social;
Elaborar relatórios sociais, estatística mensal, e dar pareceres sobre matérias específicas de Serviço Social;
Participar de reuniões técnico-científicas da equipe interdisciplinar.

Atribuições do Auxiliar Administrativo:
1. Recepcionar as pessoas que procurem a Coordenação de Serviço Social, estabelecendo os contatos necessários para o seu atendimento;
2. Organizar a liberação de transportes para as remoções dos pacientes internados;
3. Atender telefone, receber e transmitir recados e dar informações em relação ao serviço;
4. Distribuir fichas para as refeições dos acompanhantes dos pacientes internados.
5. Executar as tarefas que lhe forem atribuídas pela coordenação do serviço;
6. Examinar e providenciar o atendimento dos pedidos de material do consumo mantendo atualizada a previsão de estoque;
7. Receber, registrar e enviar correspondências;
8. Mensurar dados estatísticos mensais das atividades do Serviço Social,
registrando-os em impresso próprio, mantendo-os atualizados;
9. Digitar e encaminhar mensagens, comunicações, solicitações e outros, às unidades da unidade e externas quando solicitadas pelo Assistente Social;
10. Sugerir métodos e processos de trabalho para melhor execução dos serviços administrativos.

Atividades do Serviço Social;
As atividades discriminadas a seguir dizem respeito àquelas que o Serviço Social participa diretamente:

Transferência na Unidade de Internação:

Profissional:
Médico Assistente
Atividade:
Avalia o paciente;
Constata a necessidade de transferência;
Comunica e orienta o paciente / responsáveis;
Elabora relatório médico e entrega ao enfermeiro, comunicando a transferência;
Comunica ao serviço social.

Profissional:
Enfermeiro
Atividade:
Confere dados do relatório médico;
Encaminha relatório médico ao setor administrativo.
Prepara o paciente para transferência.

Profissional:
Assistente Social
Atividade:
Orienta o paciente/responsáveis a respeito da unidade para a qual será paciente encaminhado;
Verifica a documentação pessoal do paciente, necessária para a transferência;
Elabora relatório social quando necessário;
Obs: No caso de paciente desacompanhado, localiza e solicita a presença do responsável.

Setor administrativo:
Confirma a vaga na unidade de referência;
Comunica ao Enfermeiro;
Setor de transporte:
Comunica ao Enfermeiro a disponibilidade do veículo;
Enfermeiro:
Prepara o paciente para a saída.
Solicita ao técnico de enfermagem do setor o encaminhamento do paciente para o veículo.
Motorista:
Encaminha o paciente para a unidade referenciada

2. Transferência na Unidade de Urgências e Emergências:

Profissional:
Médico Assistente
Atividade:
Avalia o paciente;
Constata a necessidade de transferência;
Comunica e orienta o paciente / responsáveis;
Elabora relatório médico e comunica ao coordenador da emergência, serviço de enfermagem e serviço social.
Profissional:
Enfermeiro

Atividade:
Confere dados do relatório médico;
Encaminha relatório médico ao setor
administrativo.
Prepara o paciente para transferência.
Obs: Todos os pacientes graves deverão ser acompanhados por médico e técnico de enfermagem;
Profissional:
Assistente Social
Atividade:
Orienta o paciente/responsáveis a respeito da unidade para a qual será encaminhado;
Verifica a documentação pessoal do paciente, necessária para a transferência;
Elabora relatório social, quando necessário.
Obs: - No caso de paciente desacompanhado, localiza e solicita a presença do responsável.

Setor administrativo:
Confirma a vaga na unidade de referência;
Comunica ao Enfermeiro;
Setor de transporte:
Comunica ao Enfermeiro a disponibilidade do veículo;
Enfermeiro:
Prepara o paciente para a saída.
Solicita ao técnico de enfermagem do setor o encaminhamento do paciente para o veículo.
Motorista:
Encaminha o paciente para a unidade referenciada.

3. Rotina de alta:

Profissional:
Médico
Atividade:
Avalia o paciente;
Prescreve alta em Prontuário;
Comunica a alta ao paciente / responsável, realizando as orientações necessárias;
Elabora relatório de alta e receita médica quando necessário.

Profissional:
Enfermeiro
Atividade:
Entrega o relatório de alta médica ao paciente;
Realiza o relatório de alta de enfermagem, realizando as orientações necessárias;
Prepara o paciente para a saída;
Fornece ao paciente o formulário de autorização para saída da unidade;
Convoca a presença do maqueiro para conduzir o paciente que apresente dificuldade de locomoção, até a saída da unidade.
Registra a saída do paciente em prontuário, realizando a evolução de alta, com horário e nome do responsável que o acompanhou;
Registra a saída do paciente no censo diário, assim que o paciente sair encaminha relatório médico ao setor administrativo.

Profissional:
Assistente Social

Atividade:
Constata a alta prescrita em prontuário;
Mantém contato com o paciente/responsáveis a fim de verificar as condições necessárias para a saída do paciente e orienta quanto á prevenção em saúde e acompanhamento ambulatorial;
Realiza visita domiciliar, quando necessário;
Registra a alta e providências adotadas em
prontuário e livro de ocorrências.
Obs: - No caso de paciente desacompanhado, localiza e solicita a presença do responsável.
- Em caso de paciente procedente de via pública, identifica recursos da comunidade que possam acolher o paciente;
- Em caso de paciente de menor idade, identifica o responsável para proceder à liberação da saída.

Portaria:
Confere autorização de saída fornecida e libera o paciente.
4. Rotina de óbito:

Profissional:
Médico
Atividade:
Constata o óbito;
Registra no Prontuário do paciente a constatação e horário do óbito
Preenche todos os campos do atestado de óbito com letra legível e sem rasuras;
Comunica o óbito aos familiares presentes.
Obs: No caso de morte violenta ou causa ignorada, preenche a guia para necropsia.

Profissional:
Enfermeiro
Atividade:
Comunica o óbito ao Serviço Social;
Designa o Técnico de Enfermagem para realizar o preparo do corpo, resguardando a privacidade do mesmo;
Registra no prontuário do paciente a constatação e horário do óbito e providências adotadas;
Protocola o Atestado de Óbito, registrando também o número de série do mesmo.

Profissional:
Técnico de Enfermagem
Atividade:
Prepara o corpo do paciente conforme rotina;
Colocar a identificação do corpo constando: nome completo e por extenso, sexo, idade, data e horário do óbito (confeccionar duas etiquetas);
Prender a primeira identificação do corpo e a segunda no saco de óbito, para visualização

Profissional:
Enfermeiro
Atividade:
Confere dados da etiqueta, com identificação do paciente;
Solicita a presença do maqueiro para encaminhar o corpo.

Profissional:
Assistente Social

Atividade:
Realiza abordagem de apoio emocional aos familiares e/ou colaterais;
Orienta os familiares sobre o sepultamento e direitos sociais;
Registra o óbito e providências adotadas em prontuário e livros de ocorrências e de óbito.
Obs: - No caso de paciente desacompanhado, localiza e solicita a presença do responsável.
- Preenche a folha de encerramento do caso por óbito.

Profissional:
Maqueiro
Atividade:
Conduz o corpo até o necrotério, levando o Atestado de Óbito protocolado;
Confere a identificação do corpo com os dados contidos no Atestado de Óbito, junto com o colaborador do necrotério;
Assina no livro de Recebimento de Óbitos do setor;
Procede a entrega do corpo e acomoda-o na pedra.

Profissional:
Colaborador do necrotério
Atividade:
Recebe e confere a identificação do corpo com os dados contidos no Atestado de Óbito, junto com o maqueiro;
Registra em Livro de Recebimento de Óbitos do setor: data, horário do recebimento do corpo, nome por extenso, sexo, idade e procedência;
Assina o Livro de Recebimento de Óbitos, no campo destinado à ação de recebimento do corpo;
Solicita o maqueiro a assinar no campo destinado à ação de entrega do corpo.
Arquiva uma via do Atestado de Óbito em pasta específica para esse fim;
Recepciona os familiares e entrega o corpo e uma via do Atestado de Óbito, mediante a apresentação de documentação que o identifique como tal, registra o nº. de identidade e convida-o assinar em campo reservado a este fim, preservando a segurança das partes envolvidas: o hospital e os familiares.

Formulários Específicos:
O Assistente Social no desempenho de suas atividades, utiliza-se de impressos específicos, entre os quais:
Folha de Admissão;
Folha de Evolução;
Folha de Acompanhamento;
Folha de Visita Domiciliar;
Folha de Transferência;
Folha de Encerramento de Caso por Óbito;
Encaminhamento e Recursos da Comunidade;
Solicitação de Comparecimento Familiar;
Termo de Responsabilidade para Permanência de Recém Nascido na Unidade;
Autorização de Acesso;
Folha para Levantamento Estatístico;
Recibo do Serviço Social (liberação de verba para saída de paciente);
Autorização para saída de menor.

Normas Administrativas:
- Todos os dias serão realizadas visitas aos pacientes internados a fim de identificar as demandas dos pacientes para que sejam direcionados ao atendimento do grupo profissional (médicos, enfermeiros e auxiliares);

- É terminantemente proibido a todo colaborador lotado no Serviço Social, receber honorários, gratificações, taxas ou qualquer outro tipo de pagamento, praticado a qualquer título, por pessoa física ou jurídica;
- É proibido a todo colaborador lotado no Serviço Social, substituir ou ser substituído na sua jornada de trabalho por qualquer pessoa pertencente ou não ao quadro de pessoal da unidade. A permuta na jornada diária de trabalho será permitida, apenas, mediante autorização prévia do Coordenador do Serviço Social;
- O Serviço Social atenderá a todos os usuários/familiares que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;
- O Serviço Social procederá à entrevista inicial com pacientes/responsável, estabelecendo seu plano para intervenção;
- O Serviço Social manterá contato com os pacientes/familiares sempre que se fizer necessário;
- O Serviço Social participará do processo de alta a pedido, juntamente com o médico e enfermeiro, através da reflexão com o paciente/familiar das consequências desta solicitação, ressaltando a necessidade de assinatura do usuário/responsável em termo específico;
- O Serviço Social participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais da unidade;
- O Serviço Social deverá promover pesquisas sociais e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pelo Hospital;
- O Serviço Social elaborará Relatório Social em casos de transferência para outra unidade, de paciente que não seja bom informante e/ou desacompanhado, a exceção de pacientes que dão entrada pela Emergência e necessitem de transferência imediata;
- O Serviço Social realizará visita domiciliar quando identificada a necessidade;
- O Serviço Social deverá manter-se informado a atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade;

Normas do Serviço Social - Unidade de Internação:
- O Serviço Social disponibilizará assistência social em todas as de unidades assistenciais da unidade, sob a supervisão da Coordenação;
- A equipe encarregada desenvolverá suas atividades em todas as unidades de internação, considerando seguintes itens:
Observação de programas específicos de atendimento estabelecidos para as diversas clínicas de especialidades;
Estabelecimento de sistemática própria de trabalho com pacientes ou grupo de pacientes e de familiares;
Investigação, diagnóstico e intervenção junto aos pacientes e familiares, visando identificar e colaborar na solução dos aspectos que estejam afetando a saúde;
Redução da sensação de isolamento do paciente/familiar e promoção da sua adaptação ao hospital;
Participação na visita médica, quando possível;
Realização de entrevista social inicial e/ou subsequente para estabelecimento do plano de intervenção e acompanhamento dos casos;
Realização de trabalho de educação em saúde com pacientes e/ou familiares, visando à melhoria dos hábitos higiene e outros aspectos que interfiram na saúde individual e coletiva;
Avaliação e controle das atividades desenvolvidas.

- Observando-se as diversas especialidades médicas, poderão realizadas abordagens em grupo considerando-se:
O perfil dos usuários de serviço, identificado a partir da realização de pesquisa;
Aspectos psicossociais que estejam interferindo na recuperação do paciente;
Dificuldades enfrentadas pelos usuários decorrentes das peculiaridades da sua patologia;
A necessidade de informar os usuários/familiares sobre as normas gerais e sobre o funcionamento da Unidade;

Normas do Serviço Social - Unidade Urgências e Emergências:

- Na Emergência, o Serviço Social realizará uma abordagem imediata com vistas à redução de tensões, trabalhando situações, emergenciais apresentadas pelos usuários/familiares efetuando providências e encaminhamentos pertinentes a cada situação;
- Serviço Social procederá à entrevista com os pacientes/familiares da Emergência com solicitação para internamento;
- O usuário será inicialmente atendido pelo agente administrativo lotado no Serviço Social;
- Em caso de paciente com nome e endereço ignorado serão utilizados recursos comunitários: disponíveis como anúncios em rádios e jornais locais;
- O Serviço Social participará com demais membros da equipe de saúde do encaminhamento de paciente e/ou responsável para outras instituições a fim de dar continuidade do tratamento.

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A instrução normativa do Serviço Social tem por objetivo dispor sobre as diretrizes gerais de composição e funcionamento do serviço, bem como estabelecer as atribuições dos (as) Assistentes Sociais lotados no serviço hospitalar. Têm por finalidade o enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais, mediante estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde.
O Serviço Social, dentro das instituições hospitalares é responsável pelo desenvolvimento de propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos. Assim, faz-se necessário buscar a sintonia com a forma de gerenciamento e novas exigências.

Composição do serviço e área de atuação:
Trata-se de um serviço vinculado a área assistencial e de funcionamento de segunda a sexta-feira no período diurno, vinculada a Gerencia de Gestão do Cuidado. O Serviço Social é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes) e a rede de apoio social, nos seguintes serviços: Pronto Socorro, Unidade de Terapia Intensiva, UADC, e demais unidades de internação.

Rotinas e Atribuições gerais:
As atribuições e competências das(os) Assistentes Sociais sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados.
Compete ao Assistente Social que exerce suas atribuições na área assistencial da unidade:

- Pronunciamento em matéria de sua especialidade;
- Realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.
- Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas à saúde e manifestações sociais do paciente e trabalhador, para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde;
- Realizar acolhimento aos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) e a rede de apoio social nas Unidades de Internação;
- Atender e acompanhar sistematicamente os usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;

- Identificar a situação sociofamiliar (habitacional, trabalhista e previdenciária) dos usuários (pacientes e famílias) com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivencia juntamente com o paciente seu processo de saúde e doença;
- Realizar visitas domiciliares, quando necessário, com o objetivo de conhecer as condições e dinâmica de organização familiar do paciente, quando identificadas fragilidades emocionais e sociais, bem como pouca adesão ao tratamento e compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes);
- Realizar acompanhamento social de trabalhadores e pacientes, buscando alternativas de enfrentamento individual e coletivo;
- Localizar familiar(es) de pacientes não identificados e/ou em situação de abandono;
- Viabilizar o direito de acompanhante aos pacientes respaldados por Lei;
- Orientar familiares e/ou responsável que necessitem de local para pernoitar;
- Atender e orientar o usuário (paciente, família e acompanhante) em relação a "Alta à Revelia";
- Realizar contato e/ou visitas institucionais à Rede de Apoio e de Proteção Social do usuário (paciente e família), quando necessário, para viabilidade de encaminhamentos formalizados, favorecendo processos de referência e contra referência;
- Integrar a equipe multidisciplinar local para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;
- Participar de reuniões e discussões multidisciplinares, nas unidades de internação, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em saúde;
- Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multidisciplinares de referência, políticas sociais centradas nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, a partir da compreensão do processo de saúde e doença, objetivando a garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- Realizar juntamente com as equipes multidisciplinares da assistência, processos de referência e contra referência dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) atendidos na unidade, de forma humanizada, responsável e segura, no que se refere aos aspectos sociais;
- Viabilizar ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e sócio assistenciais, que tenham interface com o processo de cuidado integral, buscando ampliar os recursos de intervenção na perspectiva de garantir a continuidade do cuidado integral ao usuário (paciente família e acompanhante);
- Registrar os atendimentos no prontuário físico com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários (pacientes e famílias), resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no Caderno de Campo de cada profissional;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, comunidade e equipes de trabalho da Instituição sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;
- Conceder informações sobre as Normas e Rotinas estabelecidas pela instituição aos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes);
- Criar Protocolos e Procedimentos Operacional Padrão – POP's que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;

- Formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos;
- Coletar, organizar, compilar, tabular e difundir dados;
- Planejar, elaborar e avaliar programas, projetos e planos sociais na área de atuação profissional;
- Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
- Contribuir e participar nas ações de Saúde Ocupacional;
- Participar de Comissões intra-hospitalar;
- Desempenhar atividades administrativas e assistenciais;
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- Supervisionar diretamente estagiários de serviço social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

Horário de atendimento:
O serviço funcionará das 07:00 às 19:00 de segunda a sexta feira.

Seguem alguns exemplos de POP que podem ser aplicados/ adaptador para o serviço no UPA:

invisa instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 01	
	Organização do Serviço Social e distribuição dos profissionais	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Possibilitar o conhecimento da equipe multiprofissional sobre a organização e distribuição dos profissionais de Serviço Social na unidade.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social	

TAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

O Serviço Social integra hoje o corpo de profissionais da unidade com uma equipe formada por Assistentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.
O Serviço Social está subordinado à Diretoria de Apoio Assistencial (DAA).
Os Assistentes Sociais realizam atendimento aos usuários, familiares/rede de apoio social, nos seguintes setores:

SETORES DE ATUAÇÃO:
Ambulatorial
Emergência
Enfermarias
Unidades de Terapia Intensiva
Clínica Cirúrgica

OBSERVAÇÃO:
Aos finais de semana e feriados o assistente social realiza plantões diurnos.
O plantão de Serviço Social atuará em situações emergenciais. As situações avaliadas, que não há urgência do atendimento, o profissional de referência da Unidade, atenderá no seu turno de trabalho.
Em situações de férias e licença médica do assistente social de referência da unidade, a mesma seráatendida pelo plantão.

invisa instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 02	
	Atendimento do Assistente Social nas Unidades de Internação	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Orientar conduta profissional nas unidades de internação onde o assistente social atua.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Acompanhar a passagem de Plantão de Enfermagem e identificar possíveis demandas, além das repassadas pela equipe multiprofissional;
Ler os prontuários dos usuários internados para se apropriar do estado geral de saúde/doença;
Realizar acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes nas Unidades de Internação;
Fazer entrevista e/ou estudo social, objetivando compreender a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, saúde e previdenciária) e familiar dos usuários, com o intuito de elaborar estratégias de intervenção;
Prestar atendimento aos familiares/rede de apoio social, compreendendo que a família vivencia juntamente com o usuário seu processo de saúde e doença;
Realizar contato com a rede de apoio e de proteção social do usuário quando necessário e prestar os devidos encaminhamentos.
Realizar contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;
Formalização do encaminhamento, quando necessário;
Acompanhar sistematicamente os usuários que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;
Articular, com a equipe multiprofissional, nas situações de alta dos usuários o transporte através de contato com a SMS do respectivo Município, além das demais orientações necessárias (acesso a medicação, reforço das orientações previdenciárias, aderência ao tratamento, entre outros);
Em situações de óbito realizar acolhimento junto a familiares/rede de apoio social/acompanhante de usuário e as devidas orientações e encaminhamentos;
Registrar os atendimentos no sistema de administração hospitalar do usuário com a equipe de Serviço Social com a finalidade de compartilhar as informações, intervenções e encaminhamentos realizados;
Registrar no prontuário do usuário as informações pertinentes para socializar com a equipe multiprofissional;
Usuários procedentes de municípios situados fora da Grande Florianópolis deverão possuir

processo de TFD (Tratamento Fora Domicílio) em aberto. Não havendo, o assistente social realizará contato com o setor de TFD e orientará os familiares/rede de apoio social a providenciar junto ao setor;
Realizar visitas domiciliares, quando demandado este instrumental, com o objetivo deconhecer as condições e dinâmica de organização familiar dos usuários, quando identificadas fragilidades emocionais, sociais, e na rede de apoio, bem como pouca adesão ao tratamento e compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros;
Realizar visitas institucionais para conhecer os fluxos de atendimento, articulação intersetorial para viabilidade de encaminhamentos entre as instituições favorecendo processos de referência e contrarreferência;
Participar de reuniões e discussões multiprofissionais, nas unidades de internação queocorrem, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em saúde onde serão discutidas as situações atendidas e determinadas às ações que assegurem o tratamento mais adequado, caso ocorram na unidade de internação.

Abaixo relacionadas as demais situações atendidas pelo Serviço Social que estão contidas no Manual de Orientações Assistenciais, disponível na sala do ambulatório do Serviço Social:
Acompanhamento ambulatorial do Usuário com Insuficiência renal crônica.
Orientação para assistência ao usuário recluso
Orientação para assistência ao usuário sem identificação ou com identificação incompleta.
Orientação para assistência ambulatorial ao paciente candidato a transplante hepático.
Orientação para assistência no serviço de saúde auditiva – implante coclear .
Orientação para assistência em situações de óbito.
Orientações para acompanhamento de situações de violências e outros agravos .
Orientações para a assistência e acompanhamento ao usuário com doença hematológica.
Orientação para assistência e acompanhamento de internação de idosos e/ou usuários dependentes para as atividades da vida diária.
Orientações assistenciais para atendimento de paciente no pré, trans e pós de Cirurgia Bariátrica
Orientações previdenciárias e trabalhistas.
Orientações para aquisição de meios auxiliares de locomoção e próteses.

invisa instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 03	
	Plantão	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Atender situações ou demandas apresentadas em caráter emergencial, não caracterizando atividade de rotina ou programada.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

SITUAÇÕES ATENDIDAS PELO PLANTÃO DE SERVIÇO SOCIAL:
Alta hospitalar:
Verificar POP nº 08.
Óbito:
Verificar POP nº 09.
Orientações previdenciárias e trabalhistas;
Orientações/encaminhamentos quanto aos serviços socioassistenciais:
Verificar Orientações Assistenciais.
Situações emergenciais de violência:
Verificar Orientações Assistenciais.

PROCEDIMENTO:
Acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes das Unidades de Internação;
Realização de encaminhamentos necessários a rede de proteção social, de acordo com as demandas apresentadas;
Realização de contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento demanda apresentada;
Formalização do encaminhamento, quando necessário;
Contato com familiares/rede de apoio social e/ou responsáveis pelos usuários internados.

OBSERVAÇÃO:
O plantão de Serviço Social atuará em situações emergenciais. As situações avaliadas, que não há urgência do atendimento, o profissional de referência da Unidade, atenderá no seu turno de trabalho.

invisa Instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 04	
	Atividades realizadas pelos Preceptores e Residentes de Serviço Social	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Equipe do Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Orientar a atuação de preceptores e residentes de Serviço Social			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social e Residente em Serviço Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

PRECEPTOR ASSISTENTE SOCIAL:
Orientar e supervisionar a execução das atividades in loco;
Elaborar o planejamento da supervisão juntamente com os profissionais;
Construir plano de trabalho em conjunto com a tutoria e os profissionais;
Executar atividades de orientação e supervisão de acordo com planejamento e o plano detrabalho delimitados;
Realizar as avaliações periodicamente e dentro das determinações do plano de trabalho;
Participar das reuniões e eventos interdisciplinares;
Participar periodicamente das capacitações para preceptores e tutores;
Participar das reuniões de preceptoria e/ou tutoria.

RESIDENTE EM SERVIÇO SOCIAL
Atender ao processo de assistência do SUS, de planejamento e gestão institucional;
Inserir-se crítica e propositivamente em processos coletivos de trabalho;
Trabalhar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a perspectiva de integralidade do SUS;
Realizar atendimentos individuais, familiares/rede de apoio social e coletivos de forma a considerar os impactos no processo saúde/doença na vida pessoal, familiar, social e profissional do indivíduo e das famílias;
Identificar recursos e propor respostas imediatas às situações e necessidades apresentadas por indivíduos e famílias. Ter dinamismo na articulação e acionamento dos recursos disponíveis nas redes de proteção social;
Definir seu objeto de trabalho no âmbito das expressões da questão social direcionando suas ações profissionais à proteção social na forma do acesso e garantia dos direitos sociais;
Ter capacidade de sistematizar, pesquisar e articular o seu processo de trabalho nas dimensões da educação e promoção em saúde; vigilância em saúde, sistemas de informação, saúde do trabalhador e controle social;
Planejar e acionar estratégias de referência e contrarreferência visando a atenção à necessidade de saúde apresentada pelo indivíduo;
Contribuir com a formação profissional através do processo de supervisão de estágio ou supervisionar estagiários de Serviço Social.

invisa
Instituto
vida e saúde

invisa Instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 05	
	Atividades realizadas pelo Estagiário de Graduação em Serviço Social	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Orientar graduanda/o de Serviço Social e profissional Assistente Social sobre a aproximação do estudante ao cotidiano profissional, bem como da dinâmica de supervisão proposta no campo de Estágio. Contribuir para a formação do/a estagiário de Serviço Social a partir da mediação teórico-prática.			
Setor: Serviço Social	**Agente(s):** Estagiária/o de Serviço Social, Assistente Social		

invisa
instituto vida e saúde

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Objetivos específicos:
Inserir o/a estagiário/a na dinâmica do exercício profissional e da instituição;
Orientar o/a estagiário/a sobre o processo de trabalho do Assistente Social e da equipe multiprofissional;
Supervisionar o desenvolvimento das atividades dos/as graduandos/as;
instituir espaço de discussão sobre o desenvolvimento do processo de trabalho e de estágio; Avaliar o/a estagiário/a a partir do seu desempenho no campo de estágio, de suas reflexões e da sistematização das atividades.

Procedimentos da supervisão:
☐☐ Será indicado a/ao Estagiária/o a leitura de material que subsidia a atuação profissional na unidade: legislação referente a direitos sociais, documentação com diretrizes (os POPs, e Manuais/Sistematizações), além da apropriação de material informativo, fornecidos aosusuários do serviço, textos de referência sobre o Serviço Social;
☐☐ A/O Estagiária/o, num primeiro momento, acompanhará o/a Supervisor/a de Campo, edemais Assistentes Sociais disponíveis, nos processos de trabalho, a fim de aproximar-se da realidade profissional e institucional;
☐☐ Paralelo a isto, espera-se que a/o Estagiária/o construa sua percepção sobre a realidade institucional, com base nas discussões em supervisão;
☐☐ A partir da avaliação do estagiário sobre sua apreensão dos processos de trabalho, espera-se a inserção gradativa do mesmo, em campo, no exercício das ações, planejamento, elaboração de documentação específica, interação com equipe multiprofissional, abordagem/ atendimentos aos usuários e famílias/acompanhantes, interação interinstitucional;
Será garantido um espaço de Supervisão de Campo, a fim de proporcionar troca de saberes; discussão dos processos de trabalho do Assistente Social, institucionais e de estágio; análise dos atendimentos e da dinâmica institucional; reflexão das demandas dos usuários e institucionais; perfil das demandas e dos usuários, a partir de referencias previamente indicadas. Ademais, em tal espaço será realizado o planejamento das ações do estagiário e Projeto de Estágio;
☐☐ Supervisor/a deve propor material teórico específico para análise e discussão em Supervisão;
☐☐ Supervisor/a, quando possível, deve acompanhar Estagiária/o em atividades acadêmicas que demandem sua participação;
☐☐ O/A Assistente Social Supervisor/a de Estágio é responsável, durante a vigência do Estágio, pelas ações a serem desenvolvidas pela/o Estudante;
☐☐ Propõe-se a construção de uma identidade profissional a/ao Assistente Social em formação

invisa Instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 06	
	Atividades administrativas realizadas pelos Bolsistas/Recepcionistas/ Assist. administrativos	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Garantir apoio administrativo para a realização do exercício profissional do Assistente Social.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Bolsista/Recepcionista/Assist. Administrativo	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Objetivos específicos:
Orientar os/as bolsistas em relação aos trabalhos administrativos;Supervisionar o desenvolvimento das atividades dos/as bolsistas.

Procedimentos do trabalho administrativo:
O bolsista recepcionará o usuário verificando a demanda apresentada e dirigir-se-á aoprofissional de plantão sempre que necessário;
Caso seja solicitado transporte para usuários com alta hospitalar consultar POP nº 2;
Caso seja solicitado kit de higiene, fornecer conforme orientação do Assistente Social e anotar no Protocolo de Fornecimento próprio, nome do usuário, Unidade de Internação e Leito;
Caso seja solicitado cesta básica, fornecer conforme orientação do Assistente Social e anotar no Protocolo de Fornecimento próprio, nome do usuário, Unidade de Internação e Leito;
Caso seja solicitado chinelo, fornecer conforme orientação do Assistente Social e anotar no Protocolo de Fornecimento próprio, nome do usuário, Unidade de Internação e Leito;
Caso seja solicitado roupas, fornecer conforme orientação do Assistente Social e anotar no Protocolo de Fornecimento próprio, nome do usuário, Unidade de Internação e Leito;
Caso seja solicitado dinheiro para transporte em situação de alta hospitalar, fornecer conforme orientação do Assistente Social e anotar na Agenda de Atendimento Diário;
Atender telefonemas e dar possíveis encaminhamentos;
Efetuar ligações quando solicitado;
Digitar documentos quando solicitado;
Encaminhar memorandos, ofícios e demais documentos e anotar no Protocolo próprio;
Repassar para o Sistema os dados estatísticos das ações/atividades realizadas no setor;
Efetuar controle de estoque de materiais de escritório e solicitar ao setor Almoxarifado quando houver necessidade de reposição.

invisa Institute vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 07	
	Fornecimento de refeição para acompanhante de usuário internado	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Orientar sobre a autorização para refeição do acompanhante, com intuito de promover condições de permanência.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Objetivos específicos|:
Informar aos acompanhantes sobre os critérios de acesso à autorização de refeição;
fornecer autorização de refeição para acompanhantes de usuários idosos e pessoas com dependência de cuidados, conforme legislação vigente (ver referência);
Avaliar outras solicitações de refeição de acompanhantes de usuários que não estão assegurados pela legislação, considerando as condições físicas, emocionais, sociais e o local de residência do usuário.

Procedimentos para o acesso:
Acompanhante apresenta cartão de acompanhante fornecido pela enfermagem;
Profissional libera as refeições através do Sistema de Administração Hospitalar (SAH);
Entrega de formulário impresso ao acompanhante, para o mesmo apresentar no refeitório;
Entrega do cartão azul, pelo atendente (auxiliar de nutrição) no refeitório, ao acompanhante, que deverá apresentar em todas as refeições.

REFERÊNCIAS:
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

invisa Instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 08	
	Transporte para usuárioscom alta hospitalar	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Promover o transporte aos usuários com alta hospitalar junto às Secretarias Municipais de Saúde.			
Setor:		**Agente(s):** Assistente Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Usuários com alta hospitalar assinada, solicitar ao servidor administrativo realizar contato com Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou Transporte Fora do Domicílio (TFD) e solicitar transporte;
Verificar se o usuário está com acompanhante, se está acamado e se necessita de oxigênio para o transporte;
Verificar o tipo de transporte adequado para o usuário (ambulância ou carro de passeio);
Enviar solicitação de alta via e-mail ou fax para SMS/TFD.

invisa Instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 09	
	Óbito de Usuários	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Subsidiar o atendimento a situações de óbito ou em iminência de óbito, qualificando a abordagem com famílias/rede de apoio e equipes.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Objetivos específicos:
Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
Promover o acesso dos familiares aos serviços disponíveis na rede de apoio social.

Procedimentos:
Acolhimento junto a familiares/rede de apoio social/acompanhante de usuário que veio aóbito.
Caso seja necessário, facilitar a realização de contato telefônico com os demaisfamiliares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação do óbito.
Contato com a rede de proteção social do município de residência do usuário para obterinformações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para obtenção deauxílio-funeral e demais benefícios disponíveis.
Orientação sobre trâmites legais gerais e obtenção da Certidão de Óbito (o qual é fornecido gratuitamente no cartório mais próximo ao local do óbito) no prazomáximo de 15 dias.

OBSERVAÇÃO:
Cabe ressaltar que, a comunicação do óbito não é atribuição específica do Assistente Social.

invisa instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 10	
	Meios Auxiliares de Locomoção	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Promover o acesso do usuário/a aos meios auxiliares de locomoção.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Objetivos específicos:
Orientar sobre a documentação necessária e o fluxo para viabilizar o acesso dos meios auxiliares de locomoção;
Informar os meios auxiliares de locomoção fornecidos pelo Centro Catarinense de Reabilitação.

Procedimentos de acesso:
1. Contato com fisioterapeuta para agendar avaliação do usuário/a e prescrever encaminhamento para que o/a mesmo/a acesse o meio auxiliar de locomoção no Centro de Reabilitação.

Articular com fisioterapeuta quanto a avaliação e confecção de encaminhamento para o usuário acessar o meio auxiliar de locomoção de Reabilitação.

invisa instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº	
	Próteses	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivo: Promover o acesso do usuário/a aos serviços de prótese.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Objetivos específicos:
Orientar sobre os critérios e documentação necessários;
Orientar o fluxo de acesso à prótese (Ver Orientações Assistenciais);
Informar os meios auxiliares de locomoção fornecidos pelo Centro de Reabilitação.

Procedimentos de acesso:
1. Contato com a medicina para agendar a avaliação do usuário e prescrever oencaminhamento para uso de próteses.

invisa instituto vida e saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **SERVIÇO SOCIAL**	POP nº 12	
	Oxigenoterapia Domiciliar	Versão:	Próxima Revisão:
Elaborado por: Equipe do Serviço Social		**Data da Criação:**	
Revisado por:		**Data da Revisão:**	
Aprovado por: Chefia do Serviço Social		**Data da Aprovação:**	
Local de guarda do documento: Serviço Social Ambulatório			
Responsável pelo POP e pela atualização: Equipe do Serviço Social			
Objetivos: Promover o acesso do/a usuário/a ao serviço de oxigenoterapia domiciliar.			
Setor: Serviço Social		**Agente(s):** Assistente Social	

ETAPAS DO PROCEDIMENTO: Página 01/01

Objetivos específicos:
Orientar sobre os critérios de acesso ao serviço de oxigenoterapia domiciliar; Informar sobre a documentação necessária para a solicitação e renovação do processo.

Procedimentos:
O Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar é uma assistência prestada pela secretaria, com recursos do Estado, por meio da contratação de empresa terceirizada para o fornecimento do serviço no domicílio do usuário dependente de oxigênio.
Usuários: população portadora de enfermidades respiratórias que mediante avaliação médica são indicados para o tratamento de oxigenoterapia no domicílio. É voltado geralmente aos portadores de DPOC (Enfisema pulmonar e bronquite crônica).
Orientar sobre a tarifa social de energia elétrica. A Tarifa Social de Energia Elétrica é um desconto na conta de luz destinado às famílias inscritas no Cadastro Único com renda de até meio salário mínimo per capita ou que tenham algum componente beneficiário do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC).

OBSERVAÇÃO:
As famílias inscritas no Cadastro Único com renda mensal de até três salários mínimos que tenham entre seus membros pessoas em tratamento de saúde, que necessitam usar continuamente aparelhos com elevado consumo de energia, também recebem o desconto na taxa de energia elétrica. A Lei nº 12.212, de 20 de janeiro de 2010, que dispõe sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica.

REFERÊNCIA:
BRASIL. Casa Civil. Lei nº 12.212, de 20 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a tarifa social de energia elétrica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12212.htm>. Acesso em: 13/06/2014.PORTAL SES. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=240%3Aconheca-o-programa-da-oxigenoterapia-domicilar-&catid=294&Itemid=199>. Acesso em: 12/06/2014.

b) 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.

Com a finalidade de priorizar um atendimento humanizado e com qualidade, pautado na eficiência e eficácia de sua execução, o INVISA promoverá treinamentos e instruções com os colaboradores para padronizar a interação com o usuário dos serviços e seus acompanhantes. A equipe será orientada a:

- Explanar com clareza aos pacientes sobre assuntos pertinentes ao seu estado clínico;
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- Garantir a confiabilidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosamente e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, de acordo com a Lei Federal n° 9.982, de 14 de Julho de 2000;
- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços.

O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural e tem papel fundamental na qualidade de assistências aos pacientes,

O INVISA irá contratar médicos registrados no CRM e que estejam devidamente habilitados e com certidão negativa do órgão.

A remuneração médica se dará fixa representando 90% do valor do contrato e variável representando 10% do contrato após a apuração das metas variáveis mensuradas pelo fiscal do contrato. As metas seguem como proposta abaixo, a saber:

Meta 1 – Classificação de Risco – a Organização Social (OS) deverá garantir a classificação de risco de 98% dos atendimentos médicos realizados.

Meta 2 – Referência – referenciar 100% dos pacientes que necessitem de atenção por período superior a 24 horas.

Meta 3 – Resolutividade – Buscar atingir no máximo 3% dos pacientes classificados, devendo o atendimento prestado na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas ser resolutivo para 97% dos pacientes classificados.

Meta 4 – Atendimentos – atender o número de pacientes no limite interposto de 301 a 450 pacientes/dia

c) **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.**

O Setor de Compras ficará responsável pela logística de suprimentos, onde recebe as solicitações de compras dos setores: Almoxarifado, Farmácia, Limpeza, no caso da aquisição de produtos farmacêuticos, o INSTITUTO VIDA E SAÚDE somente comprará produtos registrados na ANVISA e manterá um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos.

O Setor de Compras possui um REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES que rege os procedimentos para este setor na contratação de bens e serviços.

É de competência da Logística de Suprimentos:

- Pesquisa de produtos ou materiais solicitados;
- Composição dos produtos ou materiais solicitados;
- Análise da necessidade de compra;
- Inicialização do processo de compra;
- Recebimento dos materiais e produtos;
- Conferencia e inspeção dos materiais e produtos;
- Estocagem e preservação;
- Requisição de material ao almoxarifado;
- Fornecimento interno de materiais;
- Utilização do material pelo colaborador;
- Devolução dos materiais ao almoxarifado;
- Descarte correto dos materiais utilizados;
- Gestão e controle dos processos administrativos de materiais;
- Gestão da informação.

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES

O cadastramento de um novo fornecedor e/ou prestador de serviço ocorrerá tão somente após a verificação de todos os documentos legais e diplomas técnicos relacionados abaixo:

- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – obrigatório;
- Inscrição ;
- Contrato social com as alterações ou Estatuto (se houver);
- Alvará de funcionamento – obrigatória;
- Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual) – obrigatória;
- Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (renovação anual) – obrigatória.

FORNECEDORES DE MEDICAMENTOS, INSUMOS FARMACÊUTICOS E CORRELATOS

Para o fornecimento deste grupo de insumos se faz necessário os seguintes documentos:

Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;
Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;
Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

FORNECEDORES DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Documentos complementares que se fazem necessários para o fornecimento de equipamentos:
Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor;
Certificado de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante.

I- Disposições Gerais

Todos os documentos deverão ser encaminhados via correio, email ou entregues diretamente ao Setor de Compras, atualizados e dentro do prazo de validade; juntamente com a Ficha de Cadastro que deve ser solicitada junto ao setor de compras.
Tal procedimento visa qualificar os fornecedores com relacionamento comercial direto com Hospital, isto é, para aqueles que não possuem cadastro homologado na Central de Compras INVISA. Os demais deverão se cadastrar na Central de Compras (http://invisa.org.br/compras/index.php?class=LoginForm) , cujo regulamento está disponível no site da INVISA pelo endereço eletrônico www.invisa.org.br.

Além das observações acima citadas, segue abaixo outras orientações para o cadastramento:
No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, é necessária uma cópia do documento de isenção;
Em casos de registros provisórios, é preciso documento que comprove a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo;
Todos os documentos ficarão arquivados no Setor de compras, pelo período máximo de 01 ano.
O Hospital dará preferência àqueles fornecedores que possuírem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação.

HOMOLOGAÇÃO DO FORNECEDOR E/OU PRESTADOR DE SERVIÇO

O fornecedor e/ou prestador de serviço, estará devidamente cadastrado e qualificado tão somente após apresentar todos os documentos ora já citados no capítulo anterior, bem como preencher e entregar a "Ficha de Cadastramento". Este formulário será fornecido pelo Setor de Compras da unidade quando o relacionamento comercial for de trato direto com o setor citado. Caso contrário, ou seja, o relacionamento comercial ocorrer através da Central de Compras da INVISA, tal cadastro deverá ser realizado diretamente com a mesma, no site **www. invisa.org.br.**

Para fins de informação da qualificação e credenciamento de qualquer fornecedor, o Setor de Compras da unidade irá solicitar a confirmação da Central de Compras via e-mail.
Para ser considerado homologado o fornecedor deverá:
Estar com toda documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;
Receber parecer favorável junto a visita técnica (aplicável conforme o caso).

Para as visitas técnicas será gerado um relatório em formulário específico, chamado Relatório de Visita Técnica onde será formalizado o parecer e assinado pelos responsáveis na execução da atividade, sendo que tal documento será arquivado na pasta do fornecedor.
No caso de prestadores de serviço (que atuam dentro da unidade. ou em unidades externas), estes deverão atingir o mínimo de 70% de conformidade, na auditoria realizada com base no RAG (Requisitos de Apoio a Gestão) da INVISA. Tal roteiro será disponibilizado ao prestador no momento da auditoria.
Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

CUMPRIMENTO DAS NORMAS E PORTARIAS DA ANVISA

Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

II- RECEBIMENTO DE MERCADORIA

Os produtos somente serão recebidos se acompanhados da nota fiscal, a qual deve ser entregue em no mínimo duas vias, corretamente preenchida e sem rasuras. Caso haja alguma não conformidade, o fornecedor deverá providenciar uma carta de correção da nota fiscal em até 24 horas após a notificação da não conformidade.

A nota fiscal numerada deve conter obrigatoriamente: Razão social em nome do INVISA, Endereço, CNPJ, Inscrição , número do pedido, data da emissão e data da entrega, descrição dos produtos, lote, data de validade, valor unitário e total dos produtos, valor total da nota e valor dos Impostos (ICMS, IPI), data vencimento da nota, boleto bancário ou dados bancários para depósito em conta.

A quantidade, valores unitários e totais devem estar em conformidade com a quantidade, valor unitário e total indicada na nota fiscal e no pedido de compra e/ou contrato.

Os produtos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos no pedido de compra ou acordo de fornecimento.

O não cumprimento dessas normas irá gerar uma notificação de não conformidade ao fornecedor e será avaliado dentro dos critérios de pontuação das entregas.

III- ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS NAS FARMÁCIAS

Produtos que não necessitam de armazenamento especial:

Verificar os itens a serem repostos;
Colocar nas gavetas ou bins os itens de reposição;

Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Multidoses:
Verificar os itens a serem repostos;
Afixar etiqueta de validade no frasco/tubo do produto;
Devolver cada frasco/tubo para sua caixa de origem;
Colocar nas gavetas ou bins os itens de reposição;
Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

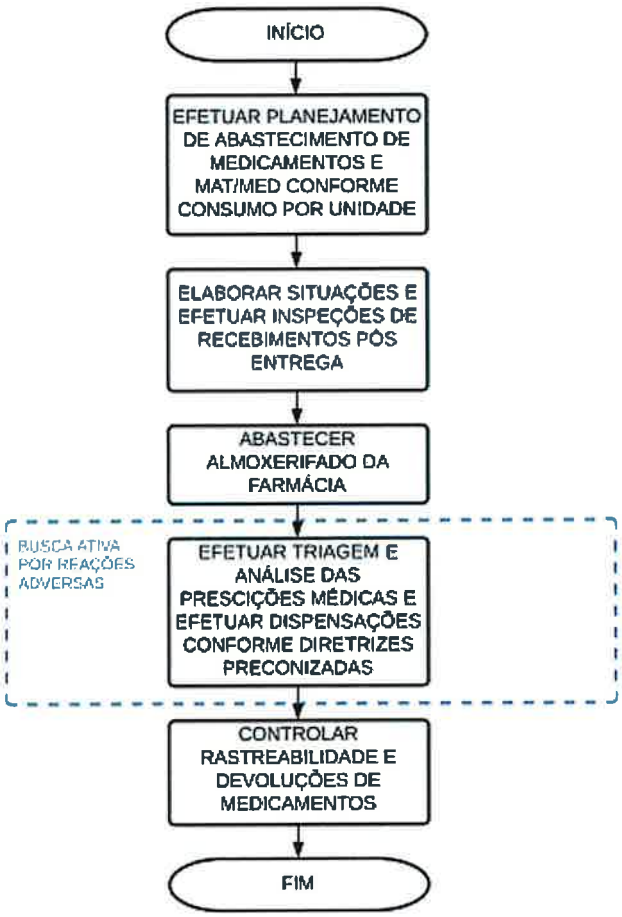
Medicamentos termolábeis:

Verificar os itens a serem repostos;
Etiquetar medicamentos com etiqueta padronizada azul de MED. GELADEIRA;
Colocar na prateleira central da geladeira de armazenamento exclusivo de medicamentos;
Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Medicamentos sujeitos a controles especiais (Portaria 344/98):

Verificar os itens a serem repostos;
Etiquetar medicamentos com etiqueta preta padronizada de MED. PORTARIA 344.
Colocar nos bins do armário com chaves os itens de reposição;
Respeitar nesta reposição o critério PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair);
Colocar em sacolas separadas os lotes diferentes;
Fechar o armário;
Disponibilizar para a dispensação lote a lote, respeitando o critério PVPS.

Fluxo:



Abaixo, descrevemos as rotinas administrativas para a Farmácia:
A Farmácia deverá funcionar durante no mesmo horário do ambulatório, e compreende o cumprimento das principais atividades a seguir especificadas:
1. Controle do estoque;
2. Solicitações de reposição de estoque,
3. Recebimento de materiais e medicamentos com avaliação de fornecedores;
4. Manipulações de medicamentos estoque nas condições adequadas a cada tipo de medicamento ou material;
5. Produção de kits;
6. Dispensação e cobrança na conta do paciente;
7. Padronização de medicamentos.

Segue abaixo **REGULAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS que o Instituto utiliza nos seus contratos, abaixo consta a publicação deste regulamento no diário oficial do estado do Espirito Santo em 26 de fevereiro de 2018.**

31/12/2018, lotada no Atendimento Inicial de Vila Velha, no turno matutino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de MARLON BISSA DE LIMA de 16/02/2018 A 15/02/2019, lotado na 3º Defensoria Recursal Cível de Vitória, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de GRAZIELA ROCHA RIBEIRO de 19/02/2018 A 18/02/2019, lotada na 4º Defensoria Criminal de Vitória, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de GABRIEL BARROSO DORNELAS de 20/02/2018 A 19/02/2019, lotado no Atendimento Inicial de Serra, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de RAMIRIS PIANA KEFLER de 19/02/2018 A 18/02/2019, lotado na Defensoria de Execução Penal de Colatina, no turno matutino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de ROVENIA LIMA HORACIO de 05/02/2018 A 31/12/2018, lotada no Atendimento Inicial de São Mateus, no turno matutino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de JORDANA CALDONHO MACHADO de 29/01/2018 A 31/2/2018, lotada no Atendimento Inicial de Colatina, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de THIAGO BERNABE DE OLIVEIRA de 19/02/2018 A 18/02/2019, lotado na 1º Defensoria de Família de Vila Velha, na turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de MONIQUE SABRINI LIMA CALAZANS DE PAULA de 22/02/2018 A 21/02/2019, lotada no Atendimento Inicial de Colatina, no turno vespertino.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO CINTIA DE OLIVEIRA REZENDE, lotada no Atendimento Inicial de Vila Velha, no turno matutino, a partir de 19.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO MARCIA OLIVEIRA DOS REIS, lotada no Núcleo Atendimento Inicial de Vila Velha, no turno vespertino, a partir de 23.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO NATALIA MARIM BAZILIO, lotada no Núcleo da Defesa Agrária e Moradia, no turno vespertino, a partir de 23.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LUARA DA SILVA LYRA, lotada no Núcleo da Defesa Agrária e Moradia, no turno vespertino, a partir de 23.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LARA SHERMAN BERETTA DE CASTRO, lotada na Defensoria Fazendária de Guarapari, no turno vespertino, a partir de 22.03.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO RACHEL PEREIRA DIAS CALEGARIO, lotada no Colegiado Recursal - Turma Recursal Sul de Cachoeiro de Itapemirim, no turno vespertino, a partir de 10.01.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LOIANNY SILVA KIRMES, lotada no Núcleo de Atendimento Inicial de Cariacica, no turno vespertino, a partir de 02.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LARISSA VIEIRA SORIO, lotada na Coordenação de Direitos Humanos, no turno vespertino, a partir de 02.03.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LUZIARA CÂNDIDO, lotada na Defensoria Plena de Jaguaré, no turno vespertino, a partir de 31.01.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO JEFFERSON OLIVEIRA LORENCINI, lotado na 2ª Defensoria de Infância e Juventude de Vila Velha, no turno vespertino, a partir de 01.03.2018.

TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de ANNE KATERY GOMES SILVA de 09/01/2018 A 08/01/2019, lotada na Defensoria de Execução Penal de Cachoeiro de Itapemirim, no turno vespertino.

TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de LAYLA JORGINA BRANDAO de 23/02/2018 A 31/12/2018, lotada na 2ª Defensoria de Infância e Juventude de Linhares, no turno vespertino.

Vitória, 23 de Fevereiro de 2018.
Denize Brandão Vianna
Diretora de Gestão de Pessoas
Protocolo 379523

Poder Legislativo

Assembléia Legislativa do Espírito Santo - ALES -

RESUMO DO CONVÊNIO DE CESSÃO DE SERVIDOR

A Subdireção Geral da Secretaria - Setor de Contratos e Convênios da Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo em atendimento ao que dispõe o parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, torna pública a celebração do Convênio, conforme descrito abaixo:

CEDENTE: MUNICIPIO DE VITÓRIA
CESSIONÁRIA: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.
OBJETO: Prorrogação da Cessão do Servidor do MUNICIPIO DE VITÓRIA, EDMILSON FURTADO CORASSA, ocupante do quadro pessoal da CEDENTE.
PROCESSO: 180092
VIGÊNCIA: O Termo Aditivo ao Convênio de Cessão terá inicio no dia 02/02/2018 até 31/12/2020.

Secretaria da Assembleia Legislativa em,
22 de fevereiro de 2018.

TATIANA SOARES DE ALMEIDA
Subdiretora Geral
Protocolo 379329

Publicações de Terceiros

CTRCI - CENTRAL DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM LTDA, torna público que OBTEVE do **IEMA - Instituto Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos,** através do processo nº **78317789, LICENÇA AMBIENTAL DE REGULARIZAÇÃO (LAR) Nº 1/2018** para a atividade de **ESTERILIZAÇÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE POR MEIO DE AUTOCLAVE** na localidade de **Morro Grande,** Município de **Cachoeiro de Itapemirim - ES.**
Protocolo 378145

O INVISA - Instituto Vida e Saúde, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrito sob CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, com sede à Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, torna público o seu:

REGULAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL
Referente ao Contrato de Gestão 06/2018 junto a Secretaria de Estado da Justiça do Espírito Santo.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I - Dos Fundamentos Iniciais

Art. 1º - Este Regulamento tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observadas pela INVISA - Instituto Vida e Saúde na realização de compras e aquisições de qualsquer bens; na contratação de qualsquer empregados e serviços, inclusive obras de engenharia e locações, destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais da entidade.
§ 1º - Este Regulamento se aplica a todos os dispêndios financeiros do Instituto efetivados com recursos públicos repassados por meio de Termo de Parceria, Contrato de Gestão ou Contratos Administrativos, inclusive os realizados por suas unidades descentralizadas.

§ 2º - Na hipótese de haver unidades descentralizadas, todo o dispêndio financeiro de que trata o caput deste artigo centralizar-se-á no estabelecimento sede/central do Instituto.

Art. 2º - Todos os dispêndios do Instituto reger-se-ão pela busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da entidade, além de outros definidos pelos ajustes celebrados pela entidade e/ou por seu Estatuto.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas apresentadas que atendam aos objetivos do artigo anterior, a mais vantajosa para o Instituto, mediante julgamento objetivo.

Art. 4º - Todos os processos de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento devem estar devidamente documentados, a fim de facilitar futuras averiguações por parte do Órgão Estatal Parceiro e pelos demais responsáveis pelo controle e fiscalização.

Seção II - Dos Princípios

Art. 5º - Os procedimentos para as aquisições e contratações regidas por este Regulamento sempre deverão observar os seguintes princípios fundamentais:

I - a moralidade e a boa-fé das regras, instrumentos, atos e julgamentos utilizados ou exercitados em todos os processos seletivos, vedando-se comportamentos ou procedimentos que contrariem valores da ética comercial;

II - a probidade, referente à honestidade no procedimento ou à maneira criteriosa de cumprir os deveres contratuais;

III - a impessoalidade e a objetividade da seleção, impositivos de que a análise e a escolha da melhor proposta se faça em razão de características qualitativas previamente definidas, mediante critérios objetivos que impeçam a subordinação do resultado exclusivamente a considerações subjetivas dos encarregados do processo;

IV - a economicidade e a eficiência, versando sobre o compromisso indeclinável de encontrar a solução mais adequada aos objetivos buscados;

V - a isonomia no tratamento e nas oportunidades conferidas aos fornecedores de materiais, bens, engenharia, locação e serviços cadastrados e em situação de regularidade, que se disponham a participar do processo seletivo;

VI - a ampla publicidade dos processos seletivos e do seu resultado, viabilizando-se a apresentação do maior número possível de propostas dentre os fornecedores regularmente cadastrados;

VII - o princípio da legalidade, que trata da necessidade de se

proceder em conformidade com as leis vigentes;

VIII - a razoabilidade, que versa sobre a obediência aos critérios aceitáveis do ponto de vista racional, tendo o administrador a liberdade de adotar a providência mais adequada dentre aquelas cabíveis;

IX - a busca pela vantagem da aquisição ou contratação pretendida, evidenciando-se em qualquer caso, os resultados positivos da relação custo x benefício.

Seção III - Das Definições

Art. 6º - Para fins deste Regulamento, entende-se por:

I - ATO CONVOCATÓRIO - instrução contendo o objeto e as condições de participação na Seleção de Fornecedores;

II - COMPRA - a aquisição onerosa de materiais de consumo, mobiliário geral e específico, componentes, equipamentos, gêneros alimentícios, móveis, imóveis, veículos, semoventes, bem como a prestação de serviços de qualquer natureza por pessoas físicas e/ou jurídicas;

III - CONTRATO - documento que estabelece os direitos e obrigações entre as partes contratantes;

IV - ELEMENTOS TÉCNICOS - informações relativas a projetos, plantas, cálculos, memórias descritivas, especificações e normas técnicas, padrões de qualidade, durabilidade e desempenho, marcas ou modelos de componentes e equipamentos;

V - OBRAS - todos os trabalhos de engenharia e arquitetura que resultem na criação, recuperação ou modificação de bem imóvel, mediante construção e fabricação, ou ainda, que tenham como resultado qualquer transformação do meio ambiente;

VI - SELEÇÃO DE FORNECEDORES E PRESTADORES - processo para a aquisição de bens e para a contratação de obras e serviços e locações a serem realizados, mediante critérios definidos no Ato Convocatório, julgamento e escolha de participantes;

VII - SERVIÇO - a prestação de qualquer trabalho de qualquer natureza, quando não integrantes de execução de obra (empreitada, equipe);

VIII - TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA - cessão, pela Entidade, de tecnologias por ele desenvolvidas ou desenvolvidas em parcerias, para exploração por empresas públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, contra o pagamento de taxas, participação acionária ou nos lucros ou em qualquer outra modalidade de compensação patrimonial ou financeira quando não integrante;

IX - NOTÓRIA ESPECIALIZAÇÃO - profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, títulos acadêmicos, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente adequado à plena satisfação do objeto do contrato.

X - ANULAÇÃO - extinção do processo de contratação por motivo de ilegalidade.

XI - REVOGAÇÃO - extinção do processo de contratação por razões de oportunidade ou conveniência devidamente declinadas no ato.

XII - PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL - procedimento de escolha destinado à contratação de empregados e estagiários.

CAPÍTULO II - DA SELEÇÃO DE FORNECEDORES E PRESTADORES

Seção I - Das Regras Gerais

Art. 7º - A contratação de serviços, inclusive de engenharia, bem como a aquisição e locação de bens, efetuar-se-á mediante Seleção de Prestadores e Fornecedores, sendo dispensado tal procedimento nos casos expressamente previstos neste Regulamento.

Art. 8º - A participação na Seleção de Prestadores e Fornecedores implica a aceitação integral e irretratável dos termos do Ato Convocatório, dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados do INVISA, bem como na observância deste Regulamento.

Art. 9º - O processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores e a Celebração dos Contratos será realizado por um Agente Responsável por Contratações, designado por Ordem Executiva expedida pelo Diretor Geral, que terá a função de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos à aquisição de bens e serviços.

Art. 10 - Deve ser constituído um cadastro único de fornecedores de materiais e serviços com indicação clara das principais características técnicas, comerciais e financeiras dos produtos oferecidos, assim como todo o histórico do fornecedor com o INVISA.

Parágrafo Único - Caberá ao Diretor Geral da entidade ou a seu delegatário elaborar e manter atualizado o cadastro único de fornecedores a que se refere este artigo.

Art. 11 - O Ato Convocatório estabelecerá, em cada caso, os procedimentos a serem utilizados para apresentação das propostas pelos participantes interessados e a forma de seleção do fornecedor.

§ 1º - Sempre que possível, o Ato Convocatório será disponibilizado através do sítio eletrônico do INVISA para consulta dos fornecedores interessados.

§ 2º - No Ato Convocatório deverá constar a descrição detalhada do objeto que ensejou a Seleção de Prestadores e Fornecedores, bem como datas, prazos, valores e tudo o que for relevante para que se garanta o pleno atendimento do solicitado, além de garantir isonomia e impessoalidade.

Art. 12 - Previamente à escolha de uma proposta, a Entidade poderá exercitar o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de maximizar resultados em termos de qualidade e preço.

Art. 13 - A validade do processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores não ficará comprometida em caso da não apresentação de número mínimo de propostas, tampouco pela impossibilidade de se convidar o mínimo de três fornecedores para a seleção, desde que haja justificativa baseada na ausência de fornecedores interessados na praça.

§ 1º - Caso não compareça qualquer fornecedor interessado, a Entidade deverá reabrir o processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores desde que isso não lhe cause prejuízo.

§ 2º - Na hipótese do parágrafo anterior, havendo o risco de prejuízo, este processo fica dispensado e a contratação poderá ser direta com qualquer interessado, desde que sejam mantidas as condições estabelecidas no Ato Convocatório.

Art. 14 - A realização de Seleção de Prestadores e Fornecedores não obriga a entidade a formalizar o contrato, podendo a mesma ser revogada ou anulada pelo Diretor Geral do INVISA ou por pessoas a quem ele delegar poderes.

Parágrafo Único - A revogação e a anulação do processo de Seleção de Prestadores Fornecedores deverão ser justificadas pelo Diretor Geral ou pessoa a quem ele delegar poderes.

Art. 15 - Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou fatura de prestação de serviços.

Parágrafo Único - No caso de serviços eventuais de Pessoa Física deverá ser emitido RPA.

Art. 16 - Quando forem contratados serviços de consultoria, o pagamento, ainda que parcelado, só se dará mediante a entrega do produto.

Art. 17 - Só serão aceitos para comprovação da locação ou aquisição de bens e serviços documentos fiscais ou equivalentes.

Seção II - Das Modalidades

Art. 18 - Constituem modalidades de Seleção de Prestadores e Fornecedores de bens e serviços:

I - Carta Consulta - por meio de Ato Convocatório, publicado no site do INVISA com prazo mínimo de cinco dias para apresentação de propostas;

II - Concorrência - por meio de Ato Convocatório, publicado no site do INVISA com prazo mínimo de dez dias para apresentação de propostas;

III - Concorrência especial - por meio de Ato Convocatório, publicado no site do INVISA com prazo mínimo de quinze dias para apresentação das propostas;

IV - Credenciamento de Serviço - Deverá ser produzido um Ato Convocatório, publicado no site do INVISA, com prazo mínimo de quinze dias úteis para Credenciamento de interessados com a apresentação de propostas, conforme exigências estabelecidas no referido ato, bem como deverá obedecer ao disposto no Ato Normativo expedido por este Instituto;

§ 1º - Em todos os casos acima, o Instituto poderá encaminhar o Ato Convocatório por e-mail a todos os seus fornecedores cadastrados na respectiva área de fornecimento e recolher no mínimo 3 (três) propostas orçamentárias, entre cadastrados ou não cadastrados, para embasar a seleção, salvo a hipótese estabelecida no inciso IV deste artigo, tendo em vista a especialidade do mesmo;

§ 2º - Seja qual for a modalidade do processo seletivo adotada, não será admitido o uso de critério ou condição que possa frustrar o seu caráter competitivo.

§ 3º - Alternativamente às modalidades previstas nos incisos deste artigo, fica instituída a possibilidade de seleção de propostas por meio eletrônico, na Internet, mediante adoção de portal próprio ou de terceiros, através da adoção de pregão eletrônico ou procedimento similar, desde que haja observância dos princípios constantes dos Termos de Parceria e/ou Estatuto.

§4º - Nos casos em que o Instituto fizer convocação dos fornecedores, cadastrados e não cadastrados, nos prazos estabelecidos no Ato Convocatório e não se obtiverem as 3 (três) propostas mínimas previstas no §1º deste artigo, poderá a entidade realizar a escolha de melhor proposta das que forem apresentadas justificadamente.

Seção III - Dos Limites

Art. 19 - São limites para as modalidades dos processos de Seleção de Prestadores e Fornecedores de bens e serviços:

I - Carta Consulta - até R$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais).

II - Concorrência - até R$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

III - Concorrência especial - acima

de R$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

Seção IV - Da Habilitação

Art. 20 - Para a habilitação de fornecedores e prestadores de serviços com fins de participação nos procedimentos de seleção de Prestadores e Fornecedores, exigir-se-á os seguintes documentos:

I - cadastramento prévio da empresa no Departamento de Compras da entidade ou no site da mesma;

II - cartão de inscrição geral de contribuinte, do Ministério da Fazenda, e outros documentos necessários, de acordo com o tipo do contrato e especificações contidas do Ato Convocatório, para demonstrar o ramo de atividades da empresa, bem como estar a mesma ativa para desenvolver suas atividades;

Art. 21 - Após cadastramento prévio, a entidade emitirá Certidão comprovando sua regularidade e habilitação para participar dos procedimentos de seleção de Prestadores e Fornecedores.

§ 1º - A certidão mencionada no *caput* terá validade de 6 (seis) meses.

§ 2º - A renovação da certidão de regularidade e habilitação junto ao INVISA ficará condicionada a reapresentação dos documentos exigidos no artigo 20.

Seção V - Do Julgamento das Propostas

Art. 22 - No julgamento das propostas serão considerados os seguintes critérios:
I - adequação das propostas ao objeto do Ato Convocatório;

II - qualidade;

III - preço;

IV - prazos de fornecimento ou de conclusão;

V - condições de pagamento;

VI - outros critérios previstos no Ato Convocatório.

§ 1º - É vedada a utilização de critérios de julgamento que possam favorecer qualquer proponente.

§ 2º - Não se admitirá proposta que apresente preço global ou unitário simbólico, irrisório ou de valor zero.

§ 3º - No exame do preço, serão consideradas todas as circunstâncias que resultem em vantagem para a execução das atividades do Instituto;

§ 4º - Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências do Ato Convocatório.

§ 5º - Ao final do processo, os participantes do processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores serão notificados do resultado, sendo-lhes facultado, ainda, o acesso aos termos da proposta vencedora.

Art. 23 - Do resultado da seleção não caberá qualquer Recurso.

Art. 24 - Será obrigatória a justificativa, por escrito, do Diretor Geral ou a quem este delegar a prática de atos administrativos, sempre que a escolha não recair sobre a proposta de menor preço.

Seção VI - Da Dispensa

Art. 25 - O limite para a dispensa do processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores e contratação direta será de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).

§ 1º - A dispensa de procedimento formal poderá ocorrer nos seguintes casos:

I - na compra de materiais, equipamentos ou gêneros diretamente de produtor ou fornecedor exclusivo;

II - na contratação de serviços com empresas ou profissionais de notória especialização, assim entendidos aqueles cujo conhecimento específico, ou conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permitido inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado;

III - na contratação de profissional de qualquer setor artístico consagrado pela crítica especializada e opinião pública;

IV - operação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;

V - emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ao ajuste celebrado pela entidade ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos, desde que não resulte da falta de planejamento.

§ 2º - Fica dispensada do procedimento licitatório as aquisições de bens e contratações de serviço que não ultrapassem 15% (quinze por cento) do valor da modalidade prevista no artigo 19, inciso I, deste Regulamento.

§ 3º - A dispensa prevista no parágrafo anterior somente poderá ser deferida desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizado de uma só vez.

§ 4º - A dispensa será autorizada pelo Diretor Geral do INVISA ou a quem dele tiver recebido delegação para a prática deste ato.

§ 5º - Todos os casos de dispensa, com exceção daqueles dispensados pelo valor, deverão contar com parecer jurídico que os justifique e preços compatíveis com os de mercado.

CAPÍTULO III - DOS CONTRATOS

Seção I - Das Regras para Celebração dos Contratos

Art. 26 - Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, deveres e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do Ato Convocatório e da proposta a que se vinculam.

§ 1º - Exige-se a celebração de contrato escrito para os serviços continuados e quando houver entrega parcelada de bens ou a exigência de fornecimento de garantias.

§ 2º - Todos os contratos deverão ser aprovados por assessoria jurídica, a fim de garantir a adequada formalização dos termos avençados.

§ 3º - Todos os contratos deverão conter a qualificação completa do contratado e do contratante, com dados referentes à firma ou denominação social, sede, CNPJ e representante legal.

§ 4º - Os contratos de prestação de serviço não poderão ser firmados por tempo superior ao da vigência máxima dos ajustes celebrados ou de seu Termo Aditivo, devendo ainda constar cláusula permitindo a sua rescisão quando do interesse do INVISA.

§ 5º - É permitida a prorrogação consensual do contrato por períodos iguais e sucessivos, desde que não seja ultrapassada a vigência do ajuste celebrado.

§ 6º - Os contratos emergenciais referidos no artigo 26, § 1º, V, podem ser celebrados por no máximo 3 (três) meses, e podem ser prorrogados no máximo uma vez, por igual período.

Art. 27 - A inexecução total ou parcial do contrato por parte do contratado acarretará a sua rescisão, respondendo a referida parte pelas consequências contratuais e pelas previstas em lei.

Art. 28 - Considera-se adimplemento da obrigação contratual a entrega do bem, a prestação do serviço, assim como qualquer outro evento contratual em plenas condições de uso, aproveitamento e adequação ao contratado cuja validade seja atestada pela entidade.

CAPÍTULO IV - DO PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL

Seção I - Das Regras para o Processo Seletivo de Pessoal

Art. 29 - O setor responsável pelo Processo Seletivo de Pessoal será o Departamento de Recursos Humanos.

Parágrafo Único - Na ausência do setor, o Diretor Geral deverá nomear um responsável.

Art. 30 - O requerimento para abertura de Processo Seletivo de Pessoal deverá ser enviado ao Departamento de Recursos Humanos, acompanhado de:

I - justificativa da contratação solicitada;

II - indicação do perfil do profissional que se deseja;

III - jornada de trabalho;

IV - função e atividades a serem desenvolvidas.

Art. 31 - O Processo Seletivo de Pessoal será embasado em dois ou mais das seguintes provas, conforme estabelecido em Edital:

I - análise de currículos;

II - prova de conhecimentos gerais e específicos;

III - testes psicotécnicos;

IV - entrevistas.

Parágrafo Único - A vaga demandada será disponibilizada no site do INVISA com no mínimo cinco dias de antecedência à contratação, bem como poderá ser divulgada por outros meios que o responsável pelo Departamento de Recursos Humanos ou responsável nomeado pelo Diretor Geral julgar necessários.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32 - Às disposições de que trata este Regulamento aplica-se, supletivamente, o Estatuto do INVISA, desde que não contrarie os dispositivos legais pertinentes aos ajustes celebrados.

Art. 33 - Os casos omissos neste Regulamento serão decididos pelo Diretor Geral da Entidade, devidamente justificados, com base na legislação em vigência e no Estatuto do INVISA.

Art. 34 - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 20 de dezembro de 2013.

DENER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
INSTITUTO VIDA E SAÚDE
Protocolo 370183

COMUNICADO

VD COMÉRCIO DE VEÍCULOS LTDA. torna público que requereu da Secretaria Municipal de Desenvolvimento da Cidade e Meio Ambiente - SEMDEC, a Renovação da Licença de Operação (LO), para a atividade oficina mecânica, funilaria e pintura, lavagem e lubrificação

d) Manual para Padronização de Medicamentos e materiais médico hospitalar, conforme REMUME se encontra no **Anexo III.**

e) Manual para a contratação dos serviços constantes no Termo de Referência

Este regulamento estabelece as Normas e Procedimentos para a contratação segura de serviços e obras visando atender às necessidades das diversas unidades do UPA no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos oriundos do Contrato de Gestão e próprios.

Princípios Gerais:
Toda aquisição de serviços e obras obedecerá aos princípios básicos de impessoalidade, moralidade, economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequação às finalidades dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão da unidade.

Objetivos:
- Promover uma gestão de excelência de aquisição de serviços para a Instituição.
- Assegurar o cumprimento das premissas básicas estabelecidas pela Administração Pública.
- Assegurar o provimento e a manutenção dos serviços e obras necessários para garantir o funcionamento dos diversos setores da unidade.
- Assegurar a permanente atualização da padronização de processos de trabalho no âmbito da diretoria, com vistas ao alcance dos resultados esperados.

Qualificação de Fornecedores:
Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer serviços em geral e de obras de construção civil para o Hospital, deverão ser exigidos os seguintes documentos:
1. Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;
2. Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda - CNPJ/MF;
3. Comprovante de qualificação do responsável técnico perante o respectivo órgão profissional competente, bem como o comprovante' de quitação da anuidade em vigor;
4. Três cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus serviços.

Observações:
- O cadastramento de empresas como fornecedoras de serviços em geral e obras de construção civil poderá se dar previamente, ou durante o processo de seleção e contratação dos respectivos serviços.
- A qualificação dos fornecedores e a execução do procedimento de contratação de serviços e obras serão da responsabilidade do Departamento de Compras, subordinado à Diretoria de Administração e Finanças da unidade.
Contratação de Serviços em Geral e Obras de Construção Civil de Menor Complexidade:
Sempre que possível, a contratação de obras e serviços em geral deverá ser realizada com fornecedores previamente cadastrados na unidade.

- O UPA poderá, a seu critério, formar equipes técnicas de colaboradores, colaboradores lotados na unidade, ou por meio da contratação de mão-de-obra temporária, para executar diretamente os serviços de manutenção e reparos, tanto predial como de equipamentos. Nessa hipótese, os serviços serão realizados diretamente pela equipe formada para tal finalidade sob a supervisão e controle dos responsáveis pela gestão de manutenção e obras do próprio hospital.
- Caso seja identificada a necessidade de realização de determinado serviço de manutenção, predial ou de equipamentos, ou de obras de construção civil que não possam ser atendidos pela equipe própria da unidade, o setor competente enviará solicitação ao gestor 'de manutenção responsável que iniciará o procedimento de contratação de empresa terceirizada para a realização do serviço.
- Para a contratação de serviços ou de obras, o gestor de manutenção deverá solicitar proposta prévia de, no mínimo, 3 (três) empresas especializadas na execução do respectivo serviço ou obra.
- As propostas deverão conter o escopo dos serviços a serem realizados, o prazo de execução, o valor e a forma de pagamento. A proposta vencedora será aquela que apresentar o menor preço e que atenda as características dos serviços solicitados, incluindo o atendimento do prazo razoável para a execução dos serviços.
- Após a escolha da proposta mais vantajosa, o fornecedor será convocado para a assinatura do contrato e para iniciar os serviços contratados.
- O UPA poderá contratar empresas para a prestação de serviços continuados, com prazo não superior a 1 (um) ano, caso tal modalidade de contratação seja indicada tecnicamente e se demonstre economicamente mais favorável.
- O procedimento previsto nas cláusulas anteriores poderá ser dispensado para a contratação de serviços e obras de valor global inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais), ou para aqueles considerados emergenciais pelo gestor de manutenção responsável pela contratação. A dispensa deverá ser objeto de justificativa firmada pelo gestor de manutenção e pelo Diretor de Administração e Finanças da unidade
- Para as obras de construção civil, as empresas contratadas deverão apresentar prova de quitação das Contribuições Previdenciárias e dos depósitos de FGTS dos respectivos colaboradores destacados para a realização dos serviços contratados por ocasião dos pagamentos, sem o que poderá o hospital não realizar os pagamentos enquanto não se apresentem os referidos documentos.

Contratação de Serviços em Geral e Obras de Construção Civil de Alta Complexidade:

Considera-se serviços e obras de alta complexidade aquelas cujo valor global supere R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). Para a contratação de serviços e obras de alta complexidade a Diretoria Geral da unidade deverá primeiramente aprovar o projeto básico da obra que conterá os seguintes elementos:

1. Elementos suficientemente claros para identificar a natureza e necessidade da realização do serviço ou da obra;
2. Indicação do custo e o destaque de recursos suficientes para a sua execução;
3. Definição de prazo de execução ou suas etapas, bem como um cronograma de desembolso financeiro por etapas; e
4. Definição da forma de contratação, se por empreitada global ou pelo serviço.

- Aprovado o projeto básico com as características acima indicadas, a Diretoria Geral autorizará o início da seleção de empresas para a realização dos serviços que se dará na forma de tomada de preços, onde se avaliará de: forma criteriosa a qualificação técnica das empresas, em conjunto com as propostas financeiras, classificando-se a mais vantajosa para o HOSPITAL como aquela que apresente o melhor custo orçado e atenda aos requisitos técnicos previamente definidos pela Diretoria.
- Para cada obra de alta complexidade deverá ser tomadas propostas de pelo menos 3 (três) empresas especializadas.
- Encerrada a fase de avaliação das propostas e declarada a vencedora, a empresa selecionada será chamada para firmar o contrato e iniciar a execução do objeto contratado.

TERMO DE REFERÊNCIA para Contratação de Terceiros para os Serviços de Limpeza:

Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar, visando a obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene em dependências médico-hospitalares, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes domissanitários, materiais e equipamentos, nos locais determinados na relação de endereços.

Obrigações e responsabilidades da contratada:

A Contratada, além da disponibilização de mão-de-obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Quanto á Mão-de-obra Alocada para a Prestação de Serviços:

1. Selecionar e preparar rigorosamente os colaboradores que irão prestar os serviços, encaminhando pessoas com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
2. Alocar os colaboradores que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza Hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, tais como: noções de fundamentos de higiene Hospitalar, noções de infecção Hospitalar, uso correto de EPI, comportamento, postura, normas e deveres, rotina de trabalho a ser executada, conhecimento dos princípios de limpeza e outros;
3. Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços, de forma permanente e eficaz, dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela Humanização e legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPI e produtos químicos;
4. Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir, notavelmente, o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando orientações necessárias aos executantes dos serviços. Estes encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/fiscal da Contratante e tomar as providências pertinentes;
5. Manter sediados junto à contratante durante os turnos de trabalho, pessoas capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;
6. Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPI;
7. Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus colaboradores no exercício de suas funções;
8. Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos colaboradores;
9. Instruir seus colaboradores quanto às necessidades de acatar as orientações da contratante, inclusive quanto ao cumprimento das normas internas e de segurança e medicina do trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas da contratante;
10. Exercer controle no que se refere à assiduidade e a pontualidade de seus colaboradores;
11. Manter a disciplina entre os seus colaboradores;
12. Assegurar que todo colaborador que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações da contratante;
13. Atender de imediato as solicitações da contratante quanto às substituições de colaboradores não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
14. Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos colaboradores diretamente envolvidos na execução dos serviços;
15. Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus colaboradores acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;

16. Fornecer obrigatoriamente vale-refeição aos seus colaboradores envolvidos na prestação dos serviços, sendo que o valor facial do vale-refeição deverá ser compatível com o valor estabelecido na convenção coletiva de trabalho;
17.Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento desses benefícios;
18. Preservar e manter a contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de quaisquer naturezas, referente aos serviços responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários;
19. Manter base de apoio na região da prestação do serviço;
20. Possuir certificação de qualidade no sistema ONA;
21. Possuir certidão negativa de debito salarial, certidão negativa de infrações trabalhistas e certidão negativa de infrações trabalhistas de proteção à criança e ao adolescente fornecida pelo setor de multas do Ministério do Trabalho;
22. Possuir comprovação de capacitação técnica em serviços de limpeza e higienização Hospitalar; e
23. Possuir toda documentação em dia junto à fazenda federal, e municipal, como também com a previdência social (INSS) e ao fundo de garantia do tempo de serviço (FGTS), visando acompanhamento da idoneidade tributária e social da empresa.

Quanto a Execução dos Serviços:

1. Implantar de forma adequada e, em conjunto com o gestor de contratos e a CCIH, a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas. Em áreas que demandem o trabalho de auxiliares de limpeza em quantidade igual ou superior a trinta, será exigida a presença de supervisor durante a respectiva jornada de trabalho contratada.
2. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos, materiais, inclusive sacos plásticos para acondicionamento de resíduos, recipientes para coleta de perfurocortantes, utensílios e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente e em quantidades necessárias à boa execução dos serviços;
3. Dar ciência imediata e por escrito, à contratante, de qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços;
4. Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;
5. Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento da contratante;
6. Responsabiliza~-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus colaboradores, sem repasse de qualquer ônus à contratante, para que não haja interrupção 'dos serviços prestados.

Quanto aos Produtos Utilizados:

1. Fornecer todos os produtos necessários e suficientes para a execução dos serviços;
2. Apresentar à contratante cópia dos Certificados de Registros no Ministério da Saúde emitidos em nome dos fornecedores do produto, com validade na data da aquisição e com as características básicas dos produtos aprovados, bem como respectivos laudos de testes de laboratório credenciado para este fim;
3. Apresentar à contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou colaboradores da contratada, ou com terceiros;
4. Utilizar somente produtos após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e autorização do gestor/fiscal da contratante;
5. Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Quanto aos Equipamentos e Utensílios Utilizados:

1. Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos· para transporte de lixo, ·escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da contratante;
2. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;
3. Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Quanto aos Materiais de Consumo, Equipamentos e Utensílios:

1. A contratada deverá fornecer todo o material de consumo, bem como os equipamentos e utensílios necessários à prestação dos serviços, conforme segue: Álcool 70%, Aplicador Universal, Avental, Balde de 201, Cabeleira p/. mop úmido ponta dobrada, Cabo de Alumínio p/ Mop úmido, Cabo de Alumínio p/ mqp pó 60cm, Capa de Chuva, Compressa Hospitalar, Desentupidor de Pia, Disco de Lavagem Preto 410mm, Escova de Nylon Manual, Escova Manual de Aço, Espátula de Bem, flanela Branca 30 x40, Funil, Kit Limpa Vidro, Limpa Vidro, Luva de Borracha Forrada, Luva de PVC Lohga, Medidor de Diluição, Mop Aplicador ge Cera - Completo, Mop Pó Algodão 60cm - Completo, Pano de Piso Alvejado 45 x 65, Papel Higiênico Fardo c/.64 roías de 30mts, Papel Toalha c/ 1000 Folhas, Placa Sinalizadora, Removedor de Cera, Sabão de coco, Detergente para piso, Sabonete Líquido Pronto uso, Saco de Lixo Azul de 200 Lts, Saco de Lixo de 100 Lts Branco, Saco de Lixo de 200 Lts Brance, Saco de Lixo de 40 'us Branco, Saco De Lixo Preto 100 Lts, !3aco De Lixo Preto 200 Lts, Saco De Lixo Preto 40 Lts, Touca descartável, Balde plástico 201, Carro espremedor completo, Cortador de Grama, Enceradeira 410, Lava - jato 1600 libras, Polidora 1500, Escada de 7 degraus, Espanador de teto, Extensão Elétrica, Pá mecânica (tipo cata-cata), Rodo plástico de borracha dupla, Vasculhador e/ extensão, Vassoura de nylon ·30cm, Vassoura Piaçava, Vassourão Gar:y.
2. Os materiais de consumo deverão ser de boa qualidade.
3. Os materiais de consumo deverão ser estocados no local de execução dos serviços, em quantidade suficiente ao atendimento da demanda.
4. A relação de materiais acima citada será considerada básica, contemplando os materiais de consumo, equipamentos e utensílios mínimos e necessários a serem fornecidos e utilizados na execução dos serviços de limpeza e conservação hospitalar.
5. Os materiais de consumo, equipamentos e utensílios deverão atender aos requisitos de especificidade (uso em áreas de circulação, em banheiros, em divisórias, em áreas envidraçadas, em tampos de mesa, em equipamentos de informática, etc.).

Quanto aos Resíduos:

1. Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade contratante;
2. O procedimento de recolhimento dos resíduos hospitalares deverá ser dividido em várias etapas: separação, classificação, embalagem, coleta e transporte interno, armazenamento, sempre obedecendo as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA;
3. Os resíduos provenientes da área da saúde podem ser classificados em gerais e especiais, entendendo-se por especial: restos alimentares de pacientes, resíduos sólidos resultantes de manipulações dos pacientes (exceto patológicos), cortantes e perfurantes, materiais infectados e resíduos orgânicos;
4. Embalar o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ANVISA.

5. Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente; utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;
6. Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo bota, luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e retirada após esse procedimento;
7. Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para resíduo, fechado com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emenda na estrutura;
8. Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como serviço de nutrição, lavanderia e transporte de pacientes;
9. Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pela contratante;
10. Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Obrigações E Responsabilidades Da Contratante:
Além do previsto na Minuta de Termo de Contrato, a Contratante obriga-se a:
1. Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
2. Indicar e disponibilizar instalações adequadas para o armazenamento de produtos e equipamentos utilizados na execução dos serviços, bem como disponibilizar armários individuais para os colaboradores terceirizados;
3. Relacionar as dependências das instalações físicas, bem como os bens de sua propriedade que serão disponibilizados para a execução dos serviços, quando for o caso, com a indicação do estado de conservação;
4. Efetuar b controle de qualidade dos serviços prestados, mediante formulários de avaliação destinados para esse fim;
5. Facilitar, por todos seus meios, o exercício das funções da· contratada, dando-lhe acesso às suas instalações;
6. Cumprir suas obrigações estabelecidas nos termos do contrato;
7. Prestar informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados pela contratada e que digam respeito à natureza dos serviços que tenha de executar.
Fiscalização

Controle da Execução dos Serviços:
Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável execução de todos os serviços, à Contratante é 1reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a, mais ampla e completa fiscalização dos serviços, diretamente ou por prepostos designados, podendo para isso:
1. Ordenar a imediata retirada do local, bem como substituição de colaborador da contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
2. Solicitar aos supervisores/encarregados da contratada o reparo/correção de eventual imperfeição na execução dos serviços;
3. Examinar as carteiras profissionais dos prestadores de serviços, para comprovar o registro de função profissional;
4. Solicitar à contratada a substituição de qualquer produto, material, utensílio ou equipamento, cujo uso considere prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam às necessidades;
5. Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, descontando-se o equivalente aos não realizados, desde que por motivos imputáveis à Contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

TERMO DE REFERÊNCIA para Contratação de Terceiros para os Serviços de Vigilância:

Contratação de Prestação de Serviços de Vigilância ostensiva com a disponibilização de mão-de-obra qualificada para atendimento das necessidades, conforme especificações contidas neste Termo de Referência.

Serviços a serem prestados pela Contratada:

1. A prestação dos serviços de vigilância, nos postos fixados pela contratante, envolve a alocação, pela contratada, de profissionais devidamente habilitados, apresentando a respectiva carteira nacional de vigilantes, nos termos da Lei nº 7.102, de 20.06.83, alterada pelas Leis nos 8863, de 28.03.94 e 9017, de 30.03.95, regulamentada pelos Decretos nos 89.056, de 24.11.83, e 1592, de 10.08.95, bem como Portaria DPF no 992, de 25.10.95 alterada pela Portaria nº 387/2006 - DG/DPF, de '28.08.06 e Portaria DPF no 891, de 12.08.99, e modificações posteriores, competindo ao vigilante:

Assumir o posto, devidamente uniformizado, e com aparência pessoal adequada, não se ausentando do posto;

Comunicar imediatamente à Contratante, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;

Comunicar à Contratante, todo acontecimento entendido como irregular e que atente contra seu patrimônio;

Manter fixado no posto, em local visível, o número do telefone da delegacia de polícia da região, do corpo de bombeiros, polícia ambiental, dos responsáveis pela administração da instalação e outros de interesse;

Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas mediações do posto, adotando as medidas de segurança conforme orientação recebida da Contratante, bem como aquelas que entenderem como oportunas;

Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;

Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;

Colaborar com as Polícias Civil e Militar, nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações da Contratante, facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais, de eventual acontecimento;

Controlar a entrada e saída de veículos, colaboradores e visitantes, após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semanas na conformidade do que venha a ser estabelecido pela Contratante;

Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pela Contratante;

Fiscalizar a entrada e saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de colaboradores autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;

Fiscalizar a entrada e saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios da Contratante;

Proibir a aglomeração de pessoas junto ao posto, comunicando o fato a Contratante;

Proibir todo e qualquer tipo de atividade comercial junto ao posto e imediações, que implique ou ofereça risco à segurança dos serviços e das instalações;

Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, assim como de bens particulares de colaboradores ou de terceiros;

Executar a(s) ronda(s) diária(s) conforme a orientação recebida da Contratante, verificando todas as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das funções e manutenção da ordem nas instalações;

Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;

Repassar para o(s) vigilante(s) que está(ão) assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações;
2. A Contratada deverá cumprir a programação dos serviços feita periodicamente pela Contratante, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos colaboradores e das pessoas em geral que se façam presentes. As ações dos vigilantes devem se restringir aos limites das instalações da Contratante e nas circunscritas à sua área de atuação estabelecida pela legislação específica.
3. Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, cabendo à Contratada otimizar a gestão de seus recursos – quer humanos quer materiais - com vistas à qualidade dos serviços à satisfação da Contratante.
4. A Contratada responsabilizar-se-á integralmente pelos serviços contratados, cumprindo evidentemente, as disposições legai/que interfiram em sua execução.

Obrigações e Responsabilidades da Contratada:
Para a prestação dos serviços de vigilância, cabe à Contratada:
1. Comprovar a formação técnica específica dos vigilantes, mediante apresentação do Certificado de Curso de Formação de Vigilantes e Carteira Nacional, expedido por instituição devidamente habilitada e reconhecida;
2. Comprovar obediência à periodicidade legalmente estabelecida, quanto ao curso de reciclagem;
3. Implantar, imediatamente após o recebimento da autorização de início dos serviços, nos respectivos postos relacionados no anexo 'Tabela de Locais" e horários fixados pela Contratante;
4. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
5. Designar por escrito, no ato do recebimento da Autorização de Serviços, preposto(s) que tenham poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução deste contrato;
6. Disponibilizar vigilantes em quantidade necessária para garantir a operação dos postos nos regimes contratados, uniformizados e portando crachá com foto recente;
7. Efetuar a reposição de vigilantes nos postos, de imediato, em eventual ausência sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho;
8. Comunicar à unidade da contratante que administra o contrato, toda vez que ocorrer afastamento ou qualquer irregularidade, substituição ou inclusão de qualquer elemento da equipe que esteja prestando serviços;
9. Assegurar que todo vigilante que cometer falta disciplinar, não será mantido no posto ou quaisquer outras instalações da Contratante;
10.Atender de imediato as solicitações da Contratante quanto às substituições de colaboradores não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
11. Instruir seus vigilantes quanto às necessidades de acatar as orientações da Contratante, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tais como prevenção de incêndio nas áreas da Contratante;
12.Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus colaboradores acidentados ou com mal súbito;
13. Manter controle de frequência/pontualidade de seus vigilantes sob o contrato;
14. Propiciar aos vigilantes as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes:
Uniformes e equipamentos de proteção individual adequados às tarefas que executam e às condições climáticas;
Equipamentos e materiais tais como equipamentos de intercomunicação, lanternas e pilhas, livros de capa dura numerados tipograficamente, para registro de ocorrências;
15.Apresentar quando solicitado os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;

16. Fornecer vale refeição aos seus colaboradores envolvidos na prestação dos serviços, conforme, estabelecidos quando previsto em convenção coletiva de trabalho;
17.Fornecer, quando previsto, as armas, munições e respectivos acessórios ao vigilante no momento da implantação dos postos;
18.Apresentar à Contratante a relação de armas e cópias xerográficas autenticadas dos respectivos "Registro de Arma" e "Porte de Arma", que serão utilizadas no cumprimento do contrato;
19.A arma deverá ser utilizada somente em legítima defesa própria ou de terceiros e na salvaguarda do patrimônio da Contratante, após esgotados todos os outros meios para a solução de eventual problema;
20. Relatar à Contratante toda e qualquer irregularidade observada nos postos;
21. Indicar um supervisor para realizar semanalmente, em conjunto com a contratante, o acompanhamento técnico das atividades, visando à qualidade da prestação dos serviços;
22. Os supervisores da Contratada deverão obrigatoriamente inspecionar os postos, no mínimo, 01 (uma) vez por semana;
23. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à CONTRATANTE ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização da CONTRATANTE em seu acompanhamento;
24. Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições que culminaram em sua habilitação.
Observação: Ocorrerá às expensas da contratada, os gastos com armamento e equipamentos de segurança necessários ao serviço, inclusive, uniformes.

Obrigações e Responsabilidades da Contratante:
1. Efetuar periodicamente a programação dos serviços a serem executados pela Contratada;
2. Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
3. Indicar, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratação.
4. Expedir Autorização de Serviços, com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis da data de início da execução dos mesmos;
5. Encaminhar a liberação de pagamento das faturas da prestação de serviços aprovadas;
6. Indicar instalações sanitárias para utilização dos vigilantes;
7. Indicar vestiários com armários guarda-roupas para utilização dos vigilantes.
Fiscalização

Controle da Execução dos Serviços:
1. Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente ou por prepostos designados, podendo para isso:
- A fiscalização da contratada será realizada por pessoa designada pela contratante;
- A fiscalização da contratante terá livre acesso aos locais de execução do serviço;
Especificações técnicas;
A contratante exercerá a fiscalização dos serviços contratados, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo, também;
Realizar a supervisão das atividades desenvolvidas pela contratada, efetivando avaliação periódica.
Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de colaboradores da contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
Executar mensalmente a medição dos serviços pela área mensal contratual, descontando-se do valor devido, o equivalente à indisponibilidade dos serviços contratados e por motivos imputáveis à contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato

13.2 Setor de Contratos

O UPA contará com unidade administrativa responsável pelas atividades inerentes à gestão e formalização dos Contratos, tendo ela as seguintes responsabilidades:
1. Análises de alterações contratuais decorrentes de pedidos de reajustes, repactuações, reequilíbrios econômico-financeiros;
2. Ampliações ou reduções dos quantitativos contratados;
3. Incidentes relativos a pagamentos;
4. Correta instrução processual;
5. Controle de prazos contratuais;
6. Prorrogações;
7. Encaminhamentos das ações relativas à aplicação de penalidades;
8. Interlocução com as diversas áreas administrativas para assuntos relacionados;
9. Apoio e orientação às atividades de fiscalização exercidas pelo Fiscal do Contrato.

O Fiscal de Contrato deverá sempre que passivei verificar se o contrato possui todas as cláusulas previstas em Lei, ou seja, observar se no contrato consta a primeira cláusula - Do Objeto até a última cláusula - Do Foro. As cláusulas obrigatórias estão discriminadas nos artigos 55 e 61 da Lei de Licitações. Dentre as atribuições do fiscal, se encontra o dever de acompanhar o processo licitatório em todas as suas fases, quando nomeado previamente, até a assinatura do contrato, bem como, na fase da execução contratual, onde deverá anotar em formulário próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, como também deverá acompanhar a execução do contrato, atentando sempre para a lei concomitante (8.666/93) e para todas as cláusulas estabelecidas, especialmente no que. se refere às "Obrigações da Contratada", "Forma de Execução contratual", "Casos de Rescisão. Contratual" e as "Penalidades Previstas", procurando sempre esclarecimentos às eventuais dúvidas, buscando assim, o resultado de excelência previsto pela administração do UPA, em função do interesse público, incluindo os serviços terceirizados. Desta forma acreditamos que para termos um controle eficiente e mantendo o valor conforme planilha financeira, e não perdermos a qualidade do serviço, o Instituto terá através do setor de contratos uma maior transparência e eficiência na prestação de serviço.

O Setor de Contratos implantará manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. **A seguir apresentamos modelo de termo de referência para contratação de serviços.**

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ATO CONVOCATÓRIO

COTAÇÃO Nº 320/2023

O **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585.0008/56, torna público que no período de **22/03/2023 a 26/03/2023,** receberá propostas de preços para aquisição dos serviços e/ou produtos constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em http://invisa.org.br/compras.

1. A presente cotação tem por objeto a escolha da proposta mais vantajosa para a **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DESENTUPIMENTO, LIMPEZA, ESGOTAMENTO E SUCÇÃO DE RESÍDUOS EM FOSSA SÉPTICA , CAIXA DE GORDURA E ESGOTO, COM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA, TRANSPORTE E INSUMOS NECESSÁRIOS À SUA EXECUÇÃO,** para atender a demanda **Anual** do Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO, em São Luís/MA, sob gestão do **INVISA** através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, conforme as especificações e quantidades constantes na plataforma de compras do INVISA disponível em http://invisa.org.br/compras.

2. As propostas de preços deverão ser enviadas através da plataforma de compras do INVISA no endereço eletrônico http://invisa.org.br/compras no período de **22/03/2023 a 26/03/2023**.

3. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** só aceitará cotações enviadas pela plataforma.

4. **Os fornecedores deverão realizar cadastro através do endereço eletrônico** http://invisa.org.br/compras.

5. **As empresas proponentes só poderão enviar suas cotações pela plataforma após seja realizado o cadastro no endereço acima e desde que a empresa proponente esteja com toda a documentação exigida no certame ATUALIZADAS.**

6. **Informações e esclarecimentos serão prestadas pelo telefone (22) 3851-2901 (Setor de Compras) ou através do e-mail compras.ma@invisa.org.br dentro do período para envio das propostas.**

7. A empresa proponente deverá preencher todos os campos constantes na proposta de preço dentro da plataforma, **sob pena de desclassificação**.

7.1 Os valores unitários dos itens da proposta de preço deverão suportar despesas com o transporte dos resíduos e/ou realização dos serviços, não podendo ser cobrado posteriormente despesas com frete.

8. **As propostas de preços serão classificadas pelo MENOR PREÇO GLOBAL, devendo o Proponente apresentar em sua proposta de preço todos os itens da cotação, sob pena de desclassificação.**

9. O pagamento pela aquisição dos produtos será realizado em até 30 (trinta) dias, **após seja realizada a entrega de todos os itens e/ou após a prestação de serviço,** observadas as disposições que se seguem.

9.1. A realização do pagamento fica condicionada à execução do serviço constantes no Contrato e ao envio da Nota Fiscal devidamente atestada por um funcionário da **CONTRATANTE.**

9.2. Os valores constantes na Nota Fiscal devem ser os mesmos ofertados na plataforma de compras, sob pena de ter o pagamento retido.

9.3. As Notas Fiscais emitidas deverão ter obrigatoriamente a inclusão em seu corpo do número da Ordem de Fornecimento e a identificação de que "A DESPESA REFERE-SE AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES CELEBRADO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO" e o CNPJ para emissão da Nota Fiscal deverá ser o da filial do INVISA na Cidade de São Luís/MA, qual seja: 05.997.585/0008-56.

10. A execução do serviço deverá ser realizada no prazo de 05 (cinco) dias corridos após a assinatura do contrato (para que a **CONTRATADA** realize o serviço em quantidade, prazo e local definidos neste Ato Convocatório).

11. A execução dos serviços deve ser realizada em horário comercial das 08:00 às 18:00h de segunda à sexta.

12. A **CONTRATADA** prestará os serviços objeto do presente Ato Convocatório através de seus sócios, prepostos, empregados e terceiros por ela indicados, que não terão nenhum vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, em nenhuma hipótese, nem mesmo de forma solidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE**, devendo, ainda, a **CONTRATADA:**

a) certificar-se de que os serviços, os materiais e os equipamentos fornecidos satisfaçam, em todos os momentos, todas as descrições e/ou especificações estabelecidas neste instrumento e na legislação aplicável;

b) operar como uma organização completa e independente da **CONTRATANTE**, fornecendo todos os recursos necessários à execução dos serviços abrangidos por este Ato Convocatório, respondendo pela direção técnica e administrativa dos serviços;

c) proteger adequadamente o patrimônio o qual a **CONTRATANTE** é responsável, zelando pela conservação de suas instalações, equipamentos, móveis e utensílios e manter o local da prestação de serviços em perfeitas condições de conservação e limpeza, no decorrer e no fim de sua execução;

d) prestar os serviços com toda a devida diligência, habilidade e cautela.

12.1. Os serviços de limpeza e esgotamento de fossa buscam manter desentupidas, limpas, sem mau cheiro e devidamente esgotada as fossas sépticas, tornando o ambiente adequado para a utilização do local em questão.

12.2. A prestação dos serviços inclui o fornecimento de mão de obra, e transporte necessários à sua execução.

12.2.1 **Faz-se necessária a sucção da fossa séptica até 30 (trinta) vezes ao mês, onde se aplica as condições de higiene e conforto nos locais de trabalho.**

12.3. O veículo automotor deverá estar em excelente estado de Conservação, com toda a Documentação Regular e deverá estar em nome da **CONTRATADA**, ou de posse legal da mesma.

INVISA
Instituto Vida e Saúde
www.invisa.org.br

12.4. A **CONTRATADA** atenderá demandas do Hospital para realizar serviços. A solicitação será por Ordem de Serviço, de acordo com as necessidades do Hospital solicitante.

12.5. O condutor do veículo será de responsabilidade da **CONTRATADA**.

12.6. A CNH (Carteira Nacional de Habilitação) do condutor (motorista) deverá ser compatível com o veículo a ser conduzido ou superior, e deverá estar em dia (NÃO VENCIDA).

12.7. O motorista (condutor) deverá ser qualificado e especializado para efetuar todos os serviços, pertinente as operações do caminhão, não apresentar ao serviço com efeito de álcool ou qualquer outra substância, que venha interferir na sua coordenação.

12.8. A **CONTRATADA** deverá fornecer o veículo com documentação CRLV – Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo quitado, sendo condição inquestionável a disponibilização imediata de outro veículo, modelo e configuração similar, nos casos em que, por qualquer motivo, não haja condição de rodagem do veículo contratado.

12.9. No caso da **CONTRATADA** não atender às exigências apresentadas ou não tiver disponível o veículo ofertado em proposta,implicará em sumário distrato, tendo a **CONTRATANTE** a prerrogativa de convocar a próxima empresa classificada, que estará sujeita ao mesmo processo.

12.10. O veículo automotor deverá ser livre de quilometragem, ou seja, sem qualquer tipo de limitação pré-estabelecida.

12.11. O veículo deverá estar de acordo com as normas do Departamento Municipal de Trânsito – DMTRAN.

12.12. A prestação de serviços firmados não poderá ser terceirizada.

13.A **CONTRATADA** além da disponibilização do veículo objeto do contrato obriga-se à:

13.1. A **CONTRATADA** será responsável pelos encargos sociais, taxas, impostos e quaisquer outros tributos e/ou despesas que incidirem sobre o serviço, como também em qualquer responsabilidade no tocante a vínculo empregatício ou obrigações previdenciárias, referentes ao pessoal utilizado nos serviços, inclusive no caso de reclamações trabalhistas, ações de responsabilidade civil e penal decorrentes dos serviços de qualquer tipo de demanda.

13.2. A **CONTRATADA** deverá assumir o compromisso formal de executar todas as tarefas com perfeição e acuidade, mobilizando, para tanto, profissionais capacitados.

13.3. O motorista em serviço, deverá estar munido de equipamentos de segurança para o desempenho de suas tarefas, bem como uniformizado.

13.4. A **CONTRATADA** deverá se responsabilizar integralmente pelo veículo, nas formas legais, quanto a quitações de licenciamento de veículo, sinistros.

13.5. O cumprimento do atendimento pela **CONTRATADA**, com qualidade insatisfatória será motivo para supensão do serviço.

13.6. A **CONTRATADA** deverá fornecer mão de obra, materiais de consumo e insumos necessários à execução do serviço.

13.7. Qualquer serviço distinto ao descrito neste Ato convocatório será de responsabilidade da **CONTRATADA**.

13.8. Os serviços que não prejudicarem o desenvolvimento das atividades dos funcionários do **CONTRATANTE**

poderão ser realizados pela **CONTRATADA** em dias úteis, em horário comercial das 08:00 às 18:00 h. Os serviços que, devido a logística, prejudicarem as atividades, deverão ser realizados no período noturno.

13.9. Os pagamentos de eventuais adicionais, tais como, o adicional noturno, horas extras, locomoções, etc., para os serviços a serem executados pelos funcionários da **CONTRATADA** no período noturno, conforme previsto no item anterior, deverão ser arcados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o **CONTRATANTE**.

13.10. A **CONTRATADA** deverá proceder o serviço de **Desentupimento, Limpeza, Esgotamento e Sucção de Resíduos em Fossa Séptica, Caixa de Gordura e Esgoto, com fornecimento de Mão de Obra, Transporte e Insumos necessários à sua execução** solicitado pela **CONTRATANTE**, através de Ordem de Fornecimento e o serviço deverá prestado, nas dependências do Hospital.

13.11. Após solicitação da **CONTRATADA**, por meio de Ordem de Fornecimento, a **CONTRATADA** iniciará a execução dos serviços especificados de acordo com o cronograma estabelecido pelo Diretor Administrativo do Hospital.

13.12. Caso o prazo não possa ser cumprido a CONTRATADA deverá encaminhar a CONTRATANTE justificativa plausível para o não cumprimento do prazo estipulado.

13.13. Ao término do serviço a Ordem de Fornecimento deverá ser atestada por um funcionário da **CONTRATANTE** a fim de comprovar que os serviços foram executados de forma satisfatória.

14.O dimensionamento da equipe para execução dos serviços será de inteira responsabilidade da **CONTRATADA**, devendo assegurar-se de que será suficiente para o cumprimento integral do objeto deste Ato Convocatório.

15. O serviço será prestado no local descrito a seguir:

- **Hospital de Traumatologia e Ortopedia**, localizado na Rua Catanhede, 620 - Jardim Eldorado, São Luís – MA, devendo para tanto a **CONTRATADA** realizar agendamento para entrega através do telefone: (98)9173-3734.

16. É de inteira responsabilidade da **CONTRATADA** o fornecimento do combustível a ser utilizado nas atividades de deslocamentos inerentes a este contrato.

17.É vedada à **CONTRATANTE** a aquisição/fornecimento de combustível, peças, acessórios, óleos lubrificantes, graxos, prestação de serviços mecânicos em geral, a ser utilizado nas atividades de deslocamentos inerentes a este serviço.

18. Os empregados designados pela **CONTRATADA** para execução dos serviços deverão apresentar-se no local de trabalho com boa aparência, trajando uniformes completos e limpos, crachás identificativos, e portando todos os equipamentos de proteção individual (EPI's) necessários à execução dos serviços, os quais deverão ser fornecidos pela **CONTRATADA**, nos termos da Norma Regulamentadora nº 4 e Portaria nº. 3.124 do Ministério do Trabalho.

19. Os serviços deverão ser executados com a utilização de técnicas e rotinas adequadas, e em estrita concordância

e obediência às normas técnicas vigentes, de modo a garantir o adequado e perfeito funcionamento das unidade.

20. Os funcionários da **CONTRATADA** deverão zelar para não danificar os pisos, paredes, forros, móveis, etc., tomando todas as precauções necessárias para não riscar e/ou impregná-los com sujeiras, adotando as ações cabíveis para entregar os locais dos serviços em perfeito estado.

21.A **CONTRATADA** deverá exigir de seus empregados que mantenham limpos, livres e desobstruídos os lugares onde estiverem trabalhando, visando minimizar o impacto dos serviços nos ambientes. Após a conclusão dos serviços, os funcionários da **CONTRATADA** deverão ainda efetuar limpeza completa do local, antes de comunicar ao **CONTRATANTE** o encerramento dos trabalhos, para fins de vistoria e aceite pelo mesmo.

21.1. A **CONTRATADA** deverá providenciar, no prazo máximo de até **48 (quarenta e oito) horas**, os reparos ou indenizações de avarias em equipamentos, instalações e bens causadas por seus empregados na execução dos serviços, por imperícia, imprudência ou vandalismo, inclusive a servidores e terceiros, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE.**

21.2. A **CONTRATADA** deverá recolocar no seu respectivo lugar, móveis e equipamentos retirados ou remanejados para execução dos serviços, realizando, ao final, a limpeza total do local.

21.3. **A CONTRATADA** deverá dornecer, além da mão de obra, equipamentos, materiais, peças, ferramentas e tudo mais o que for necessário para a execução e conclusão dos serviços, ficando responsável também pela sua guarda e transporte.

22. Após a assinatura do contrato, a **CONTRATADA** deverá enviar através do e-mail compras.ma@invisa.org.br o cronograma de execução do serviço.

23. O atraso injustificado na execução da Ordem de Fornecimento sujeitará ao licitante a aplicação de multa de mora, nas seguintes condições:

23.1. Fixa-se a multa de mora em 0,3% (três décimos por cento) por dia de atraso, a incidir sobre o valor total do ajustado na Ordem de Fornecimento, ou sobre o saldo reajustado não atendido, caso a Ordem de Fornecimento encontre-se parcialmente executada;

23.2. Os dias de atraso serão contabilizados em conformidade com o cronograma de execução do objeto.

23.3. A inexecução total ou parcial da Ordem de Fornecimento ensejará a aplicação das seguintes sanções ao licitante:

a) Advertência;
b) Multa compensatória por perdas e danos, no montante de 10% (dez por cento) sobre o saldo contratual reajustado não executado pelo particular.

24. Para cumprimento das suas obrigações e responsabilidades, deverá a **CONTRATADA**:

24.1. Realizar dentro do mais elevado padrão profissional, com competência, ética, cuidado, diligência, integridade

e desempenho que a profissão exige, utilizando-se de meios e técnicas que contribuam para um bom resultado, cumprindo fielmente as condições de prazo e execução dos serviços contratados, responsabilizando-se legalmente, pela negligência, imprudência e imperícia.

24.2. Fornecer toda mão de obra necessária para a perfeita execução dos serviços contratados, e responsabilizar-se integralmente por eles, nos termos da legislação vigente.

24.3. Manter quadro completo de pessoal técnico, operacional e administrativo, de forma a atender o cumprimento das obrigações assumidas.

24.4. Observar as normas de segurança do Hospital.

24.5. Desenvolver boas relações com os funcionários da **CONTRATANTE** acatando quaisquer ordens, instruções e o que mais emanar da fiscalização.

24.6. A **CONTRATADA** substituirá prontamente seus empregados, cuja conduta, avaliada pela **CONTRATANTE**,seja incompatível com as normas disciplinares do Hospital.

24.7. Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do serviço, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

24.8. Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelo **CONTRANTANTE**, atendendo prontamente a quaisquer reclamações, indagações e proposições.

24.9. Observar e fazer com que seus empregados observem os regulamentos administrativos do **CONTRATANTE.**

24.10. Assumir a responsabilidade por todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho quando forem vitimados seus empregados, qualquer que seja o local da prestação dos serviços no momento em que acontecerem tais eventos, prestando-lhes os atendimentos devidos.

24.11. Fazer incluir nos valores ora contratados todos os custos diretos e indiretos, encargos trabalhistas e sociais, seguros, fretes, impostos Federais, Estaduais e Municipais (à exceção dos tributos de natureza direta e personalíssima, que oneram pessoalmente a **CONTRATADA**, não devendo ser repassados à **CONTRATANTE**), contribuições previdenciárias, e quaisquer outras despesas no que se refere à prestação dos serviços objeto desta Ato Convocatório.

24.12. Responder por todos e quaisquer danos pessoais ou materiais causados por seus profissionais ou prepostos às dependências, instalações e equipamentos do **CONTRATANTE** e de terceiros, a título de culpa ou dolo, providenciando a correspondente indenização, assim como arcar com despesas decorrentes de quaisquer infrações praticadas por seu pessoal durante a prestação dos serviços, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**, além de multas ou despesas de qualquer natureza.

24.13. Responder civil e criminalmente, por quaisquer acidentes, danos ou prejuízos, materiais e/ou pessoais

causados à **CONTRATANTE**, seus empregados e/ou terceiros, como consequência de imperícia, imprudência e negligência própria ou de seus empregados, procedendo imediatamente os reparos ou indenizações cabíveis e assumindo o ônus decorrente.

24.14. Dar imediato conhecimento ao **CONTRATANTE** sobre qualquer fato extraordinário ou anormal que ocorrer durante a execução serviço.

25. Correrá por conta exclusiva da **CONTRATADA**, sem qualquer limitação, no que concerne às atividades sob sua responsabilidade, todo e qualquer dano ou perda que a **CONTRATANTE**, terceiros ou o meio ambiente venham a sofrer em consequência de qualquer ato ou omissão de seus empregados mediante a comprovação de culpa.

25.1. A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, será exclusiva da **CONTRATADA** e de seus sócios

26. Os interessados deverão manter seu cadastro atualizado na plataforma através dos seguintes documentos, válidos na data do envio da proposta:

a) Contrato Social registrado;
b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
c) Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa;
d) Certidão negativa de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados;
e) Prova de regularidade no recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
f) Certidão de regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT);
g) Autorização de funcionamento da Empresa expedida por órgão competente.

27. O setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** verificará as propostas incluídas na plataforma, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Ato Convocatório.

28. Após análise das propostas, será declarado vencedor o fornecedor que tenha ofertado o menor preço **GLOBAL**.

29. Em havendo apenas uma oferta e desde que atenda a todos os termos do Ato Convocatório e que seu preço seja compatível com de mercado, esta poderá ser aceita.

30. Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, vinculam a **CONTRATADA**.

31. Havendo eventual empate entre propostas o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** considera a primeira proposta enviada pela plataforma.

32. As empresas proponentes deverão acompanhar o resultado do certame diretamente na plataforma de compras do **INVISA**.

INVISA
Instituto Vida e Saúde
www.invisa.org.br

33. Apurada a proposta de menor preço por item, o setor de compras do **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** poderá negociar com o Proponente para que seja obtido melhor preço, observado o critério de julgamento, não se admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas neste Ato Convocatório.

34. Após declaração da Proponente vencedora, a mesma terá o prazo de até 24 (vinte quatro) horas, contados a partir da data de sua convocação para confirmar pela plataforma os itens que foram cotados e/ou declinar do direito à contratação, **sob pena de aplicabilidade das penalidades previstas no Ato Convocatório em caso de declínio posterior à confirmação na plataforma.**

35. Ao realizar a confirmação a proponente vencedora terá o prazo de 05 (cinco)dias para anexar o contrato assinado na plataforma, sob pena de decair do direito à contratação.

36. As solicitações pelo setor de compras deverão ser respondidas em até 24 (vinte e quatro) horas.

37. Em qualquer fase do certame o setor de compras, poderá solicitar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

38. Se a **CONTRATADA**, no ato da assinatura do Contrato ou da retirada da Ordem de Fornecimento, não comprovar que mantém as condições estabelecidas neste Ato Convocatório, ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Contrato ou retirar a Ordem de Fornecimento, poderá ser convocado outro Proponente, desde que respeitada a ordem de classificação, para, após feita a negociação, verificada a aceitabilidade da proposta e comprovados os requisitos exigidos neste Ato Convocatório, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções legais.

39. Durante o fornecimento, a fiscalização será exercida por um representante da **CONTRATANTE**, ao qual competirá registrar em relatório todas as ocorrências e as deficiências verificadas e dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual.

40. No caso do **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES** firmado entre a **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente fornecimento, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese que não ensejará multa ou indenização às partes, independente do prazo de vigência.

41. A apresentação da proposta implica plena aceitação, por parte do Proponente, das condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seu Anexo.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 22 de março de 2023.

Bruno Soares Ripardo
Diretor-Geral
Instituto Vida e Saúde - INVISA

Instituto Vida e Saúde

www.invisa.org.br

ANEXO I

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DESENTUPIMENTO, LIMPEZA, ESGOTAMENTO E SUCÇÃO DE RESÍDUOS EM FOSSA SÉPTICA , CAIXA DE GORDURA E ESGOTO, COM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA, TRANSPORTE E INSUMOS NECESSÁRIOS À SUA EXECUÇÃO.

CONTRATO DE "PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONTINUADOS DE DESENTUPIMENTO, LIMPEZA, ESGOTAMENTO E SUCÇÃO DE RESÍDUOS EM FOSSA SÉPTICA, CAIXA DE GORDURA E ESGOTO COM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA, TRANSPORTE E INSUMOS NECESSÁRIOS À SUA EXECUÇÃO PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR" QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, O INSTITUTO VIDA E SAÚDE-INVISA, E DE OUTRO, A EMPRESA XXXXX.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA,** inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0008 -56, com endereço na Rua dos Guariatans , Quadra 6, casa 9, Jardim Renascença , São Luís / MA, neste ato representado por seu Diretor-Geral, **Sr. Bruno Soares Ripardo,** bra sileiro , solteiro , inscrito no CPF sob o nº. 110.695.987-63 , doravante denominado **CONTRATANTE,** e de outro lado, **XXXXXX,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **XXXXX** , situada na **XXXXX** - CEP: **XXXXX**, neste ato representada por seu titular **XXXXX,** inscrito no CPF sob o nº. **XXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº. **XXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA,** resolvem entre si celebrar o presente **CONTRATO;** justo e contratado na melhor forma de direito, regendo- se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 Constitui objeto do presente Contrato e na melhor forma de direito, **A CONTRATATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DESENTUPIMENTO, LIMPEZA, ESGOTAMENTO E SUCÇÃO DE RESÍDUOS EM FOSSA SÉPTICA , CAIXA DE GORDURA E ESGOTO, COM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA, TRANSPORTE E INSUMOS NECESSÁRIOS À SUA EXECUÇÃO,** para atender demanda do Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO, em São Luís/MA, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, **PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.**

CLÁUSULA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

2.1 O serviço de **Desentupimento, Limpeza, Esgotamento e Sucção de Resíduos em Fossa Séptica, Caixa de Gordura e Esgoto, com fornecimento de Mão de Obra, Transporte e Insumos necessários à sua execução** será prestado no Hospital de Traumatologia e Ortopedia, localizado na Rua Catanhede, 620 - Jardim Eldorado, São Luís – MA, telefone: (98)9173-3734.

2.2 A CONTRATADA prestará os serviços objeto do presente contrato através de seus sócios , prepostos, empregados e terceiros por ela indicados , que não terão

nenhum vínculo empregatício com a **CONTRATANTE,** em nenhuma hipótese, nem mesmo de forma solidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE,** devendo, ainda, a **CONTRATADA:**

a) certificar-se de que os serviços, os materiais e os equipamentos fornecidos satisfaçam, em todos os momentos, todas as descrições e/ou especificações estabelecidas neste instrumento e na legislação aplicável;

b) operar como uma organização completa e independente da **CONTRATANTE,** fornecendo todos os recursos necessários à execução dos serviços abrangidos por este Contrato, respondendo pela direção técnica e administrativa dos serviços;

c) proteger adequadamente o patrimônio o qual a **CONTRATANTE** é responsável, zelando pela conservação de suas instalações, equipamentos, móveis e utensílios e manter o local da prestação de serviços em perfeitas condições de conservação e limpeza, no decorrer e no fim de sua execução;

d) prestar os serviços com toda a devida diligência, habilidade e cautela.

2.3 Os serviços de limpeza e esgotamento de fossa buscam manter desentupidas, limpas, sem mau cheiro e devidamente esgotada as fossas sépticas, tornando o ambiente adequado para a utilização do local em questão.

2.3.1 Faz-se necessária a sucção da fossa séptica até 30 (trinta) vezes ao mês, onde se aplica as condições de higiene e conforto nos locais de trabalho.

2.4 A CONTRATADA atenderá as demandas do Hospital para realizar serviços descritos no **item 1.1 da Cláusula Primeira.** A solicitação será feita por meio de Ordem de Serviço, de acordo com as necessidades do Hospital. A **CONTRATADA** deverá estar à disposição para atender as solcitação e deverá permanecer a disposição da **CONTRATANTE** durante toda a vigência do contrato.

2.5 A prestação dos serviços inclui o fornecimento de mão de obra, e transporte necessários à sua execução.

2.6 O veículo automotor utilizado para prestação do serviço deverá estar em excelente estado de conservação, com toda a documentação regular e deverá estar em nome da **CONTRATADA,** ou de posse legal da mesma.

2.7 O condutor do veículo será de total responsabilidade da **CONTRATADA.**

2.8 A manutenção preventiva e corretiva do veículo e equipamentos instalados durante a prestação do serviço será de responsabilidade exclusiva e absoluta da **CONTRATADA,** assim como todos os custos com óleos lubrificantes, filtros, pneus, peças de reposição, serviços de mecânica, elétrica e demais despesas vinculadas ao veículo.

2.9 A CNH (Carteira Nacional de Habilitação) do condutor (motorista) deverá ser compatível com o veículo a ser conduzido ou superior e durante o período do contrato deverá estar em dia (NÃO VENCIDA).

2.10 O motorista (condutor) deverá ter disponibilidade integral, ser qualificado e especializado para efetuar todos os serviços pertinentes as operações do caminhão e não poderá apresentar-se ao serviço com efeito de álcool ou qualquer outra substância que venha interferir na sua coordenação.

2.11 A CONTRATADA deverá fornecer o veículo com documentação CRLV - Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo qu itado, sendo condição inquestionável a disponibilização imediata de outro veículo, modelo e configuração similar, nos casos em que, por qualquer motivo, não haja condição de rodagem do veículo contratado.

2.12 No caso da **CONTRATADA** não atender às exigências apresentadas ou não tiver disponível o veículo ofertado em proposta, logo da assinatura do contrato, implicará em distrato do presente contrato, tendo a **CONTRATANTE** a prerrogativa de convocar a próxima empresa classificada, que estará sujeita ao mesmo processo.

2.13 A CONTRATADA terá um prazo de 24 (vinte e quatro) horas para substituição ou manutenção imediata do veículo contratado por outro veículo de modelo e/ou configuração similar.

2.14 O veículo automotor deverá ser livre de quilometragem, ou seja, sem qualquer tipo de limitação preestabelecida.

2.15 O veículo deverá estar de acordo com as normas do Departamento Municipal de Trânsito - DMTRAN.

2.16 A prestação de serviços firmados em contrato não poderá ser terceirizada.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO SUPORTE TÉCNICO

3.1 A CONTRATANTE dará assistência técnica à **CONTRATADA** durante todo o período de vigência do contrato, ou seja, a partir da assinatura do contrato até seu vencimento.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA.

4.1 A CONTRATADA além da disponibilização do veículo objeto do contrato obriga-se à:

4.1.1. Responsabilizar-se pelos encargos sociais, taxas, impostos e quaisquer outros tributos e/ou despesas . que incidirem sobre o serviço, como também em qualquer responsabilidade no tocante a vínculo empregatício ou obrigações previdenciárias, referentes ao pessoal utilizado nos serviços, inclusive no caso de reclamações tra balhistas, ações de responsabilidade civil e penal decorrentes dos serviços de qualquer tipo de demanda;

4.1.2. Assumir o compromisso formal de executar todas as tarefas com perfeição e acuidade, mobilizando, para tanto, profissionais capacitados e submetidos a prévio treinamento;

4.1.3. Disponibilizar todos os equipamentos de segurança para o motorista, necessários ao desempenho de suas tarefas, assim uniformes. E sempre que ocorrer a falta desses materiais a **CONTRATADA** deverá

providenciar a sua imediata substituição;

4.1.4. Responsabilizar-se integralmente pelo veículo, nas formas legais, quanto a quitações de licenciamento de veículo, sinistros;

4.1.5. Prestar o serviço objeto deste contrato contendo as características e especificações descritas;

4.1.6. Cumprir todos os postulados legais vigentes de âmbito Federal, Estadual e Municipal, e enviar as mesmas atualizadas junto a Nota Fiscal mensalmente.

4.2.O não cumprimento do prazo contratual de atendimento pela **CONTRATADA** e/ou com qualidade insatisfatória serão motivos para aplicação de penalidades contratualmente previstas ou suspensão do contrato.

4.3.A CONTRATADA dever fornecer mão de obra, materiais de consumo e insumos necessários à execução do serviço.

4.4. Os serviços que não prejudicarem o desenvolvimento das atividades dos funcionários do **CONTRATANTE** poderão ser realizados pela **CONTRATADA** em dias úteis, em horário comercial das 09h00 às 18h00. Os serviços que, devido a logística, prejudicarem as atividades, deverão ser realizados no período noturno.

4.5. Os pagamentos de eventuais adicionais, tais como, o adicional noturno, horas extras, locomoções, etc., para os serviços a serem executados pelos funcionários da **CONTRATADA** no período noturno, conforme previsto no item anterior, deverão ser arcados pela **CONTRATADA,** sem qualquer ônus para o **CONTRATANTE.**

4.6.A CONTRATADA deverá proceder o serviço de **limpeza e esgotamento de fossa** sempre que solicitado pela **CONTRATANTE,** através de Ordem de Serviço detalhada constando a descrição, a data de solicitação e o local em que o serviço deverá prestado.

4.7. Após solicitação da **CONTRATADA,** por meio de Ordem de Serviço, a **CONTRATADA** iniciará a execução dos serviços especificados de acordo com o cronograma estabelecido pelo Diretor Administrativo do Hospital.

4.7.1. Caso o cronograma estabelecido não possa ser cumprido a **CONTRATADA** deverá encaminhar a **CONTRATANTE** justificativa plausível para o não cumprimento do prazo estipulado.

4.8. Também na Ordem de Serviço, constará a quantidade de horas necessarlas para execução de cada serviço, número de profissionais designados para execução da atividade com seus respectivos nomes e datas de início e término.

4.8.1. Ao término do serviço a Ordem de Serviço deverá ser atestada por um funcionário da **CONTRATANTE** a fim de comprovar que os serviços foram executados de forma satisfatória.

4.9.A **CONTRATADA,** deverá sempre manter **SOBREAVISO,** para atender

eventuais Chamados Emergenciais, e demais que se fizerem necessários, fora do horário regular de prestação do serviço.

4.9.1. No caso dos chamados emergenciais a **CONTRATADA** deverá executar os serviços especificados pela **CONTRATANTE** no prazo de até **24 (vinte e quatro) horas.**

4.9.2. É de inteira responsabilidade da **CONTRATADA** todas as despesas referentes ao sobreaviso e/ ou acionamento dos profissionais neste regime, não incidindo nenhum ônus adicional para a **CONTRATANTE.**

4.9.3. **A CONTRATADA** deverá disponibilizar um número fixo e de celular para o acionamento do sobreaviso pela **CONTRATANTE.**

4.9.4. Para cumprimento das suas obrigações e responsabilidades, deverá a **CONTRATADA:**

4.9.4.1. Realizar dentro do mais elevado padrão profissional, com competência, ética, cuidado, diligên cia , integridade e desempenho que a profissão exige, utilizando-se de meios e técnicas que contribuam para um bom resultado, cumprindo fielmente as condições de prazos de execução dos serviços estabelecidos neste Contrato, responsabilizando-se legal e contratualmente , pela negligência, imprudência e imperícia.

4.9.4.2. Fornecer toda mão de obra necessária para a perfeita execução dos serviços contra ta dos, e responsabilizar-se integralmente por eles, nos termos da legislação vigente.

4.9.4.3. Manter quadro completo de pessoal técnico, operacional e administrativo, de forma a atender o cumprimento das obrigações assumidas.

4.9.4.4. Observar as normas de segurança do Hospital.

4.9.4.5. Desenvolver boas relações com os funcionários da **CONTRATANTE** acatando quaisquer ordens , instruções e o que mais emanar da fiscalização, de acordo com o Contrato firmado.

4.9.4.6. Substituir prontamente seus empregados, cuja conduta , avaliada pela **CONTRATANTE,** seja incompatível com as normas disciplinares do Hospital.

4.9.4.7. Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto deste instrumento, executando- o com eficiência, presteza e pontualidade.

4.9.4.8. Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelo **CONTRANTANTE,** atendendo prontamente a quaisquer reclamações, indagações e proposições.

4.9.4.9. Observar e fazer com que seus empregados observem os regulamentos administrativos do **CONTRATANTE .**

4.9.4.10. Assumir a responsabilidade por todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho quando forem vitimados seus empregados, qualquer que seja o local da prestação dos serviços no momento em que acontecerem tais eventos, prestando-lhes os atendimentos devidos .

4.9.4.11. Fazer incluir nos valores ora contratados todos os custos diretos e indiretos, encargos trabalhistas e sociais, seguros, fretes, impostos Federais, Estaduais e Municipais (à exceção dos tributos de natureza direta e personalíssima, que oneram pessoalmente a **CONTRATADA**, não devendo ser repassados à **CONTRATANTE**), contribuições previdenciárias, e quaisquer outras despesas no que se refere à prestação dos serviços objeto deste termo de referência.

4.9.4.12. Responder por todos e quaisquer danos pessoais ou materiais causados por seus profissionais ou prepostos às dependências, instalações e equipamentos do **CONTRATANTE** e de terceiros, a título de culpa ou dolo, providenciando a correspondente indenização, assim como arcar com despesas decorrentes de quaisquer infrações praticadas por seu pessoal durante a prestação dos serviços, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**, além de multas ou despesas de qualquer natureza.

4.9.4.13. Fornecer os documentos fiscais exigíveis na forma da legislação aplicável.

4.9.4.14. Acatar as instruções e observações formuladas pela fiscalização, desde que sejam exigências estabelecidas no Contrato e/ou legislação pertinente, ficando desde logo ressaltado que a atuação da fiscalização não exime a **CONTRATADA** de sua total e exclusiva responsabilidade sobre todos os serviços prestados.

4.9.4.15. Informar a necessidade de eventuais interrupções programadas dos serviços, com antecedência mínima de **05 (cinco) dias úteis**.

4.9.4.16. Dar imediato conhecimento ao **CONTRATANTE** sobre qualquer fato extraordinário ou anormal que ocorrer durante toda a execução do objeto contratado.

4.9.4.17. Assumir inteira responsabilidade, quer técnica quer administrativa do objeto contratado, não podendo transferir a outras sociedades a responsabilidade por problemas de funcionamento do serviço.

4.9.4.18. Proceder à execução das "Ordens de Serviços".

4.9.4.19. É de inteira responsabilidade da **CONTRATADA** o fornecimento, manutenção e/ou a reposição, quando necessário, de ferramentas para execução do serviço.

4.9.4.20. A CONTRATADA será diretamente responsável por todos os danos, diretos ou indiretos, que seus funcionários causarem a **CONTRATANTE** ou a terceiros durante a execução dos serviços objeto do presente Contrato, devendo reparar, integralmente, todo e qualquer prejuízo relacionado.

4.9.4.21. Responder civil e criminalmente, por quaisquer acidentes, danos ou prejuízos, materiais e/ou pessoais causados à **CONTRATANTE**, seus empregados e/ou terceiros, como consequência de imperícia, imprudência e negligência própria ou de seus empregados, procedendo imediatamente os reparos ou indenizações cabíveis e assumindo o ônus decorrente.

4.9.4.22. Cumprir a legislação trabalhista, previdenciária e social de seus funcionários, inclusive no que se refere à jornada de trabalho e ao pagamento de salário no prazo legal.

4.9.4.23. Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, o objeto do presente Contrato, nem subcontratar quaisquer das prestações a que está obrigada sem prévio consentimento, por escrito, da **CONTRATANTE.**

4.9.4.24. Manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade no tocante aos serviços, documentos,
pesquisas, entrevistas e demais informações apuradas ou de que tome conhecimento durante a prestação dos serviços.

4.9.4.25. Não permitir, em nenhuma hipótese, que pessoa que não seja membro do seu corpo técnico entre nas dependências do Hospital, mesmo que acompanhada por funcionário cooperado ou afim, no escopo de trabalhar, estagiar ou realizar qualquer atividade que tenha a ver com o presente Contrato.

4.9.4.26. Dar esclarecimentos sobre qualquer procedimento, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, a contar do recebimento de notificação de tal mister.

4.9.4.27. Correrá por conta exclusiva da **CONTRATADA,** sem qualquer limitação, no que concerne às atividades sob sua responsabilidade, todo e qualquer dano ou perda que a **CONTRATANTE,** terceiros ou o meio ambiente venham a sofrer em consequência de qualquer ato ou omissão de seus empregados mediante a comprovação de culpa.

4.9.4.28. A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, será exclusiva da **CONTRATADA** e de seus sócios.

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

5.1. Indicar o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual, o qual anotará em registro próprio todas as ocorrências constatadas.

5.2. Proporcionar todas as facilidades e prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** e necessária ao desenvolvimento das atividades relativas às obrigações assumidas, inclusive comunicando a **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local da prestação dos serviços, ou falhas e irregularidades.

5.3. Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pela **CONTRATADA** de acordo com as cláusulas contratuais, promovendo o acompanhamento da execução deste Contrato, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando a **CONTRATADA** as ocorrências e quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA.**

5.4. Efetuar o pagamento no prazo estabelecido.

5.5. Atestar os documentos fiscais correspondentes aos serviços contratados, quando executados a contento e aceitos.

5.6. Prestar as informações necessárias para melhor cumprimento deste Contrato.

5.7. Ser o elo entre a Direção do Hospital e a **CONTRATADA** no intuito de dirimir quaisquer questões que por ventura sejam levantadas.

5.8. Assinar os relatórios, solicitações e demais documentos necessários para o perfeito andamento do Contrato.

5.9. Exigir a observação das normas emanadas pelos órgãos de fiscalização e controle.

5.10. Fiscalizar o cumprimento dos serviços e metas contratadas, preservando a autonomia técnico- administrativa da **CONTRATADA** sobre os mesmos.

CLÁUSULA SEXTA - DAS DISPOSIÇOES GERAIS

6.1. O dimensionamento da equipe para execução dos serviços será de inteira responsabilidade da **CONTRATADA**, devendo assegurar-se de que será suficiente para o cumprimento integral do objeto deste Contrato.

6.2.É de total responsabilidade da **CONTRATADA** o consumo do combustível a ser utilizado nas atividades de deslocamentos inerentes a este contrato.

6.3.É vedada a **CONTRATANTE** a aquisição/fornecimento de combustível, peças, acessórios, óleos lubrificantes, graxos, prestação de serviços mecânicos em geral, a ser utilizado nas atividades de deslocamentos inerentes a este contrato.

6.4. Os empregados designados pela **CONTRATADA** para execução dos serviços deverão apresentar-se no local de trabalho com boa aparência, trajando uniformes completos e limpos, crachás identificativos, e portando todos os equipamentos de proteção individual (EPI's) necessários à execução dos serviços, os quais deverão ser fornecidos pela **CONTRATADA,** nos termos da Norma Regulamentadora nº 4 e Portaria nº. 3.124 do Ministério do Trabalho.

6.5. Os serviços deverão ser executados com a utilização de técnicas e rotinas adequadas, e em estrita concordância e obediência às normas técnicas vigentes, de modo a garantir o adequado e perfeito funcionamento das unidade.

6.6. Os funcionários da **CONTRATADA** deverão zelar para não danificar os pisos, paredes, forros, móveis, etc., tomando todas as precauções necessárias para não riscar e/ ou impregná-los com sujeiras, adotando as ações cabíveis para entregar os locais dos serviços em perfeito estado.

6.7.A CONTRATADA deverá exigir de seus empregados que mantenham limpos, livres e desobstruídos os lugares onde estiverem trabalhando, visando minimizar o impacto dos serviços nos ambientes. Após a conclusão dos serviços, os funcionários da **CONTRATADA** deverão ainda efetuar limpeza completa do local, antes de comunicar ao **CONTRATANTE** o encerramento dos trabalhos, para fins de vistoria e aceite pelo mesmo.

6.8.A **CONTRATADA** deverá providenciar, no prazo máximo de até **48 (quarenta e oito) horas,** os reparos ou indenizações de avarias em equipamentos, instalações e bens causadas por seus empregados na execução dos serviços,

por imperícia, imprudência ou vandalismo, inclusive a servidores e terceiros, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE.**

6.9.A CONTRATADA deverá recolocar no seu respectivo lugar, móveis e equipamentos retirados ou remanejados para execução dos serviços, realizando, ao final, a limpeza total
do local.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS À EXECUÇÃO DO SERVIÇO

7.1. A CONTRATADA deverá dornecer, além da mão de obra, equipamentos, materiais, peças, ferramentas e tudo mais o que for necessário para a execução e conclusão dos serviços, ficando responsável também pela sua guarda e transporte.

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA

8.1 A vigência do presente Contrato será de **12 (doze) meses,** com início em **XXXXX** e término em **XXXXX,** podendo ser prorrogado, por conveniência das partes, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO E DA INEXECUÇÃO

9.1 O Contrato poderá ser imediatamente rescindido por qualquer uma das partes, na hipótese de inexecução de qualquer uma das obrigações contratuais pela outra, independentemente da concessão de pré-aviso ou notificação, ressalvado ainda o direito da parte prejudicada pelo inadimplemento pleitear da outra indenização pelas perdas e danos experimentados.

9.2 O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto na **CLÁUSULA OITAVA - ITEM 8.1,** mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra.

9.3 O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo a terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.

9.4 O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou autofalência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.

9.5 O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja, incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:

9.5.1 Na superveniência de caso fortuito, de força . mai or ou fato impeditivo à consecução dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato.

9.5.2 Por critério exclusivo de conveniência e oportunidade da **CONTRATANTE** sem que haja incidência de multa e indenizações de qualquer

natureza.

9.6 Caso o Contrato firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão - SES, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA- DO VALOR E PAGAMENTO

10.1 Pela prestação dos serviços objeto deste Instrumento, a **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA,** o valor fixo e mensal de **R$ 00,00 (xxxxx), especificados na Proposta Comercial,** que passa a fazer parte integrante do presente, enviada pela **CONTRATADA** através do Ato Convocatório nº 320/2023/MA, já incluído neste valor o fornecimento dos materiais necessários para execução do valor mensal não cumulativo.

10.2 As taxas, impostos e tributos que incidem sobre o valor do presente contrato ou que tenham relação com o mesmo ficarão a cargo da **CONTRATADA.**

10.3 O preço estabelecido nesta Cláusula será pago em até 30 (trinta) dias, mediante envio de **NOTA FISCAL** pela **CONTRATADA,** observadas as disposições que se seguem.

10.4 Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores pela **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO**, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, **referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão,** em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos da **CONTRATANTE.**

10.5 O **CONTRATANTE** ficará constituído em mora caso não realize o pagamento das faturas, devidas a **CONTRATADA,** após o recebimento do repasse pelo Parceiro Público **(Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão).** Nesse caso o **CONTRATANTE** sujeita-se ao pagamento de multa contratual de 2% (dois por cento) e juros moratórias de 1% (um por cento) ao mês, incidentes sobre o valor corrigido monetariamente ***pro rata dies*** com base na variação do **INPC** verificada no período.

10.6A **CONTRATADA** deverá apresentar até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente a prestação dos serviços a Nota Fiscal com o atestado da execução do serviço à **CONTRATANTE, acompanhada da Ordem de Serviço e dos documentos que comprovem a regularidade fiscal da empresa, através dos seguintes documentos:**

10.6.1.Certidões negativas de débitos Federais e Municipais da sede da Empresa, válidas no dia de sua apresentação;

10.6.2. Certidão negativa de débitos estaduais e da dívida ativa em conjunto ou separadamente, conforme exigência dos Estados, válidas no dia de sua apresentação;

10.6.3. Prova de recolhimento de contribuições junto ao Fundo de

Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), válida no dia de sua apresentação;
10.6.4. Certidão de Regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida no dia de sua apresentação.

10.7. Na nota fiscal deverá constar número da Ordem de Serviço, o nome do Hospital em que os serviços foram prestados e a informação de que a prestação dos serviços corresponde ao Contrato de Gestão nº 02/2020/SES celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

10.8. Os pagamentos em favor da **CONTRATADA** serão realizados exclusivamente por meio de depósito bancário na seguinte conta em nome da empresa:

Banco: xxxxx
Agência: xxxxx
Conta Corrente: xxxxx

10.9.Não serão efetuados quaisquer pagamentos enquanto perdurar pendência de liquidação de obrigações impostas a **CONTRATADA** ou inadimplência contratual.

10.10. Os preços constantes na Proposta Comercial da **CONTRATADA** serão fixos e irreajustáveis durante a vigência do presente contrato.

10.11.A alteração de preço dos produtos, objeto deste contrato, só poderá ocorrer mediante aceitação do **CONTRATANTE,** devendo a **CONTRATADA,** justificá-lo mediante ajuntada de documentos e planilha que demonstre a composição do novo preço.

CLÁSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO REAJUSTE DO CONTRATO

11.1. O Contrato poderá ser reajustado a qualquer tempo, em razão da necessidade ou conveniência de continuação da prestação dos serviços, a partir da negociação acordada entre as partes, visando à adequação aos novos preços de mercado e demonstração analítica da variação dos componentes de custos do Contrato, devidamente justificada, ou com a solicitação de mais serviços contratados, tudo por meio de aditivo e acordo expresso entre as partes.

11.2. Nas hipótese de complementação ou acréscimo que se fizerem nos serviços contratados, o Contrato poderá ser aditado conforme o limite estabelecido em Regulamento de Compras do Instituto Vida e Saúde - INVISA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS PENALIDADES

12.1 No caso de não atendimento dos prazos especificados neste contrato incidirá sobre o valor mensal do contrato multa de 1% por dia de atraso a ser pago pela **CONTRATADA.**

12.2 A inexecução total ou parcial dos serviços ensejará a aplicação das seguintes sanções a **CONTRATADA**:

12.2.1 Advertência;

12.2.2 Multa compensatória por perdas e danos no montante de 10%sobre o valor mensal do contrato.

12.3 A CONTRATADA fica sujeita a multa de 5% sobre o valor mensal do presente contrato por descumprimento de qualquer das obrigações decorrentes do mesmo, não previstas nas demais disposições desta Cláusula.

12.4 As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui as demais, quando cabíveis.

12.5 A **CONTRATANTE** poderá descontar dos pagamentos eventualmente devidos à **CONTRATADA** os valores correspondentes à aplicação dde multa contratual ou, se for o caso, efetuar cobrança judicial.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1 Cada parte será responsável isoladamente pelos atos que der causa, respondendo perante quem de direito, inclusive pelos atos praticados por prepostos que agirem legalmente em seu nome e, particularmente, com relação às obrigações legais, fiscais e econômicas quer der causa.

13.2 Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde já, eximido de quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denunciação à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA,** declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denunciação.

13.3 A **CONTRATADA** declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do Enunciado nº. 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE.**

13.4 A CONTRATADA reconhecerá como de sua responsabilidade, o valor líquido e certo eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho em processo intentado contra o **CONTRATANTE** por qualquer funcionário, caso tenha, ou ainda valor que for ajustado amigavelmente entre as partes, nos autos de processo judicial ou em que o **CONTRATANTE** figurar como reclamada, ou ainda em procedimento extrajudicial, comprometendo-se desde logo a **CONTRATADA** a acatar tais composições amigáveis feitas entre o **CONTRATANTE** e o reclamante.

13.5 Eventuais despesas e custas processuais, dependidos pelo **CONTRATANTE** também serão ressarcidos imediatamente pela **CONTRATADA,** que desde já os reconhece como sendo de sua responsabilida de, servindo os recibos, guias ou notas, como comprovantes de pagamento e documentos hábeis à instruir cobrança, ficando também de responsabilidade da **CONTRATADA** o pagamento de honorários advocatícios suportados pelo **CONTRATANTE.**

INVISA
Instituto Vida e Saúde
www.invisa.org.br

13.6 A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, será exclusiva da **CONTRATADA** e de seus sócios.

CLAÚSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

14.1 As partes elegem o foro da Justiça do Estado do Maranhão, na cidade de São Luís, para dirimir quaisquer dúvidas que surgirem na execução do presente Instrumento.

E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, lavrou-se o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, sem rasuras ou emendas, o qual depois de lido e achado conforme perante duas testemunhas, a todo o ato presente, vai pelas partes assinado, as quais se obrigam a cumpri-lo.

São Luís/MA, xx de xxxxx de 2023.

_____

BRUNO SOARES RIPARDO
INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA
CONTRATANTE

_____

XXXXXXXXXX
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

_____

Nome:
End.
CPF:

_____

Nome:
End:
CPF:

f) Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral como: manutenção predial e de equipamentos, alimentação, exames laboratoriais e de imagem, limpeza, segurança, etc.

Núcleo de Manutenção Geral

A evolução ocorrida nos últimos anos na área da saúde, fez das unidades de saúde, verdadeiros centros de tecnologia, instalações, instrumentos e equipamentos voltados para os cuidados aos pacientes.
A gestão da tecnologia e das instalações prediais assume cada vez mais importância diante dos problemas enfrentados por estas instituições para preservação de seus ativos operacionais, com qualidade, segurança, disponibilidade e custos compatíveis.
O Ministério da Saúde, através de normas e portarias, vem estabelecendo diversos procedimentos de manutenção, a fim de proporcionar maior segurança para pacientes e colaboradores das instituições de saúde.
Um exemplo disto está na Portaria 3523, que estabelece que todos os sistemas de climatização devem estar em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle, exigindo verificações e limpezas periódicas nos componentes tais como: bandejas, serpentinas, compressores, ventiladores, filtros e dutos.
A mesma portaria estabelece, ainda que os proprietários e/ou prepostos, responsáveis pelos sistemas de climatização, devem implantar e manter um Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC), contendo a descrição das atividades a serem desenvolvidas, a periodicidade das mesmas e as recomendações a serem adotadas em situações de falha dos equipamentos.

Os responsáveis técnicos das Instituições devem garantir a aplicação de Planos de Manutenção por intermédio da execução contínua deste serviço, manter disponível o registro da execução dos procedimentos estabelecidos no Plano e divulgar os procedimentos e resultados das atividades de manutenção, operação e controle.
As unidades de saúde devem ficar atentas às necessidades deste setor e, contando com a experiência de empresas prestadoras de serviço de manutenção, formar equipes capacitadas e/ou contratar empresas especializadas na busca dos objetivos acima citados.
Sendo a engenharia clínica, o setor responsável por todo o ciclo de vida da tecnologia, e não apenas pela manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, este setor deve participar do processo de aquisição, recebimento, testes de aceitação, treinamento, manutenção, alienação e todos os assuntos referentes aos equipamentos.

Assim, o Núcleo de Manutenção Geral do **UPA** será responsável pelo ciclo de processos para a Manutenção Corretiva e Preventiva.

O Núcleo de Manutenção Hospitalar, terá como objetivo, auxiliar ou mesmo interferir na área de saúde visando o bem estar, a segurança, a adequação dos custos, a conservação dos bens patrimoniais e a qualidade dos serviços oferecidos, tanto a pacientes, quanto à equipe multidisciplinar da instituição, implementando através de sistema informatizado, o planejamento, programação e controle da manutenção, a fim de proporcionar o gerenciamento adequado da execução e da documentação necessária para a correta manutenção dos equipamentos e instalações, preparando a Instituição para auditorias e fiscalizações.

Competências do Núcleo de manutenção Geral:

- Controlar o patrimônio dos equipamentos médico-hospitalares, equipamentos eletrônicos, de refrigeração e climatização, elétricos, hidráulicos, eletromecânicos, etc.;
-Auxiliar na aquisição e realizar a aceitação das novas tecnologias;
-Treinar pessoal para manutenção (técnicos) e operação dos equipamentos (profissionais da área);
- Indicar, elaborar e controlar os contratos de manutenção preventiva/corretiva;
- Executar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e instalações, no âmbito da instituição;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas;
- Estabelecer medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares;
- Estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos e das instalações;
- Efetuar a avaliação da obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, entre outros;
- Apresentar relatórios de produtividade de todos os aspectos envolvidos com a gerência e com a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, equipamentos eletrônicos, de refrigeração e climatização, elétricos, hidráulicos, eletromecânicos e instalações.

Competências Relativas a Aquisição e Desativação de Equipamentos:
- Realizar estudo para viabilização de pré-instalação;
- Definir as determinações das exigências institucionais;
- Realizar solicitação e análise de propostas;
- Determinar o custo operacional;
- Realizar as etapas de recebimento, instalação, avaliação e aceitação da obsolescência;
- Definir pela desativação do equipamento;
- Elaborar de rotinas para aquisição de equipamentos.

Competências Relativas a Manutenção Preventiva e Corretiva:
- Executar manutenção preventiva e corretiva em equipamentos e Instalações;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados, no âmbito da instituição, por empresas externas;
- Indicar, elaborar e controlar os contratos de manutenção;
- Monitorar os serviços de manutenção realizados fora do âmbito da instituição;
- Realizar testes e aceitação de equipamentos reparados por empresas externas;
- Estabelecer medidas de controle de qualidade e segurança operacional;
- Estabelecer rotinas de manutenção predial e em equipamentos;
- Realizar calibração e teste periódicos em equipamentos de acordo com padrões reconhecidos.

Para atender aos objetivos e competências propostos o núcleo de manutenção englobará os seguintes setores:
1. Manutenção predial;
2. Engenharia clínica.

Fluxos da Manutenção Predial e Engenharia Clínica

Os fluxos operacionais da Manutenção Predial e Engenharia Clínica visam padronizar os procedimentos adotados para cada uma das atividades exercidas pelo Núcleo de Manutenção Hospitalar, a fim de garantir a segurança dos pacientes e profissionais, controle das informações, evitar erros, acelerarem processos, gerenciar as atividades e organizar a interação junto aos outros setores do **UPA.**

MANUTENÇÃO PREVENTIVA PREDIAL

A Manutenção Predial será responsável pelos serviços de prevenção, correção e instalação direcionados as áreas de eletricidade, hidráulica, marcenaria, alvenaria e pintura. Contará com profissionais especializados, agindo de forma integrada, visando à melhor preservação da estrutura física predial e instalações necessárias ao desempenho das atividades fins da unidade.
Os procedimentos a serem padronizados pela manutenção predial se aplicam a todos os setores do UPA e tem como referência a RDC 50 / 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Definições a serem consideradas:
- Manutenção: procedimento técnico-administrativo, que tem por finalidade levar a efeito as medidas necessárias à conservação da edificação e à permanência das suas instalações e equipamentos, de modo a mantê-los em condições funcionais normais.
- Manutenção preventiva: procedimento técnico-administrativo previamente planejado que previne a ocorrência de danos potenciais a edificação e/ou seus componentes.
- Manutenção corretiva: procedimento técnico-administrativo que exige intervenção imediata a fim de garantir a continuidade de funcionamento da edificação e/ou de seus componentes.
- Serviços terceirizados: serviços realizados por empresas externas ou pessoas, que não sejam colaboradores permanentes;
- SPDA: Sistema de Proteção contra Descarga Atmosférica.
- Rotinas: ações com vistas a coletar informações sobre o estado de sistemas, sendo normalmente acompanhado por formulários de "check-list". Podem ocorrer por demanda ou de forma programada. São exemplos: verificação de quartos, banheiros e corredores, limpeza periódica de telhados, verificação de funcionamento de bombas de incêndio, verificação do nível do tanque de / oxigênio, etc.
- Sistema Hidra Sanitário: sistema composto por redes de água potável, água quente, esgoto sanitário e de água pluviais, incluindo todos os seus acessórios.
- Sistema Elétrico: compreende todo o sistema de alimentação elétrico, tais como quadros elétricos, motores, grupo motor gerador, transformadores, iluminação, tomadas, etc
- Sistema Fluido Mecânico: compreendem as redes de gases medicinais, tanque de armazenamento, reguladores, fluxômetros, manômetros, purgadores, filtros, postos de consumo, rede de vácuo, rede de gás GLP, etc.
- Sistema de Climatização e exaustão: compreende todo o sistema de ar condicionado, exaustão e dutos correspondentes.
- Lista de verificação: formulário contendo itens a serem verificados durante a manutenção preventiva e/ou rotina.

Legendas: serão adotadas as seguintes legendas para os relatórios de verificação de manutenção ou check list:

P - Previsto
V - Verificado
R - Verificado e necessita de reparos
C- Verificado e corrigido

Avaliações circunstanciadas: o processo irá dispor de 7 check list abordando os aspectos mais relevantes da manutenção Predial:
1. Instalação elétrica

2. Instalação hidráulica
3. Instalação telefônica
4. Ar condicionado
5. Obras civis
6. Combate ao fogo
7. pára-raios

Ciclo do processo: o Ciclo do Processo Manutenção compreenderá as fases e seus respectivos responsáveis.

Nº	FASE	RESPONSÁVEL
1	Solicitação	Usuário
2	Verificação	Supervisor operacional
3	Preparação	Encarregado de manutenção
4	Execução	Encarregado de manutenção
5	Avaliação de melhorias	Coordenador de apoio operacional

Competências da Manutenção Predial:
- Avaliar e decidir pela aprovação ou não dos pedidos de manutenção predial;
- Definir prioridades de manutenção predial da unidade;
- Avaliar e decidir pela contratação de mão-de-obra interna necessidade contratação de serviço externo - terceirização;
- Organizar a relação do material necessário à manutenção predial da unidade;
- Requisitar e retirar do almoxarifado, o material necessário aos serviços de manutenção predial;
- Conhecer a atualização do inventário do almoxarifado referente aos materiais necessários à manutenção predial;
- Identificar a necessidade de reposição dos materiais necessários manutenção predial;
- Informar a diretoria administrativa sobre a necessidade de compra de material necessário à manutenção;
- Acompanhar o serviço a ser executado e verificar o atendimento do mesmo;
- Definir e controlar prazos para realização dos serviços;
- Avaliar e aprovar ou não os serviços a serem executados;
- Elaborar o planejamento e do relatório anual das atividades de manutenção predial.

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PREDIAL

- A solicitação de serviço de manutenção predial será feita pelos diversos setores da unidade, através de comunicação interna, que é enviada ao setor de Manutenção Predial com o pedido de manutenção, identificando os dados básicos do defeito.
- O atendimento será encaminhado de acordo com as prioridades que são definidas pela coordenação, após avaliação do defeito e. descrição das peças a serem compradas ou serviços a serem contratados, e executado pelos colaboradores responsáveis pela realização da manutenção predial.

A seguir apresentamos as principais normas e rotinas para realização de atividades de manutenção predial no UPA.

Quando o serviço solicitado pode ser realizado sem uso de material:
- A assistente administrativa da manutenção patrimonial imprimirá a ordem de serviço preventivo, numerada automaticamente pelo programa e passará para o encarregado de serviços;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente ou determinará um profissional da equipe para realizar a visita de avaliação ao setor definido.
- Dirigindo-se ao responsável pelo setor, comunicará a necessidade de acesso para avaliação e, em comum acordo, programará a data apropriada para execução de avaliação e após avaliação, se necessário, prazo e data para à realização do serviço;
- Após a execução da avaliação ou serviço executado, preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do responsável pelo setor visitado;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.
Quando o serviço for solicitado só poderá ser realizado com uso de material e o material é item de estoque:
- O solicitante abrirá uma ordem de serviço através de programa informatizado em rede interna, descrevendo sua necessidade e enviando eletronicamente à manutenção predial;
- A assistente administrativa da manutenção predial imprimirá a ordem de serviço numerada automaticamente pelo programa e passará para o encarregado de serviços;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente ou determinará um profissional da equipe para realizar a visita de avaliação;
- O profissional se dirigirá a assistente administrativa e abrirá uma requisição de material, a qual será apresentada no almoxarifado, para retirada do material e execução do serviço;
- Após a execução do serviço, preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.
- Quando o serviço solicitado só pode ser realizado com uso de material e o material ainda será comprado:
- O solicitante abrirá uma ordem de serviço através de programa informatizado em rede interna, descrevendo sua necessidade e enviando eletronicamente à manutenção predial;
- A assistente administrativa da manutenção predial imprimirá a ordem de serviço numerada automaticamente pelo programa e passará para o encarregado de serviços;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente ou determinará um profissional da equipe para realizar a visita de avaliação;
- O profissional se dirige a assistente administrativa e solicita abertura de uma solicitação de compras. A assistente administrativa informa ao líder a necessidade de compra do material, assim, o Líder prepara, assina e encaminha a solicitação de compras para o setor de Compras. Após a chegada do material, em comum acordo com o solicitante do serviço, será programado a execução do serviço;
- Após a execução do serviço, preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

Solicitação de Emergência / Serviços de correção, instalação e relocação:

Quando o serviço solicitado pode ser realizado sem uso de material:

- O solicitante requisitará a manutenção patrimonial, por intermédio verbal, telefônico, radiotransmissor, etc. a necessidade imediata de reparo;
- A assistente administrativa da manutenção patrimonial acionará o encarregado de serviços, via rádio, telefone, etc., anunciando ao mesmo a solicitação de emergência;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente e determinará um profissional da equipe para acompanhá-lo ao local da solicitação. Dirigindo-se ao solicitante da
ordem de serviço confirmará a solicitação e, em comum acordo, combinarão as condições para execução imediata do serviço;
- Após a execução do serviço, o profissional preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

Quando o serviço solicitado só pode ser realizado com uso de material e o material é item de estoque:
- O solicitante requisitará a manutenção patrimonial, por intermédio verbal, telefônico, radiotransmissor, etc. a necessidade imediata de reparo;
- A assistente administrativa da manutenção patrimonial acionará o encarregado de serviços, via rádio, telefone, etc., anunciando ao mesmo a solicitação de emergência;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente e determinará um profissional da equipe para acompanhá-lo ao local da solicitação. Dirigindo-se ao solicitante da ordem de serviço confirmará a solicitação e, em comum acordo, combinarão as condições para execução imediata do serviço;
- O profissional se dirigirá ao almoxarifado, solicitará o material e executará o serviço;
- Após a execução do serviço, o profissional preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante. Também preencherá a requisição de material e levará ao almoxarifado, a fim de regularizar todo processo;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

Quando o serviço solicitado só pode ser realizado com uso de material e o material ainda será comprado:
- O solicitante requisitará a manutenção patrimonial, por intermédio verbal, telefônico, radiotransmissor, etc. a necessidade imediata de reparo;
- A assistente administrativa da manutenção patrimonial acionará o encarregado de serviços, via rádio, telefone, etc., anunciando ao mesmo a solicitação de emergência;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente e determinará um profissional da equipe para acompanhá-lo ao local da solicitação. Dirigindo-se ao solicitante da ordem de serviço confirmará a solicitação e, em comum acordo, combinarão as condições para execução imediata do serviço;
- O encarregado de serviços, a assistente administrativa ou o responsável pelo setor, comunicará ao setor de Compras, apresentará a necessidade do material e aguardará a chegada do mesmo;
- Após a chegada do material, ocorrerá a execução do serviço;
- Após a execução do serviço, o profissional preencherá a ordem de serviços, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante. O responsável pelo NA emitirá a solicitação de compras e enviará para o setor de compras, a fim de regularizar a documentação;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

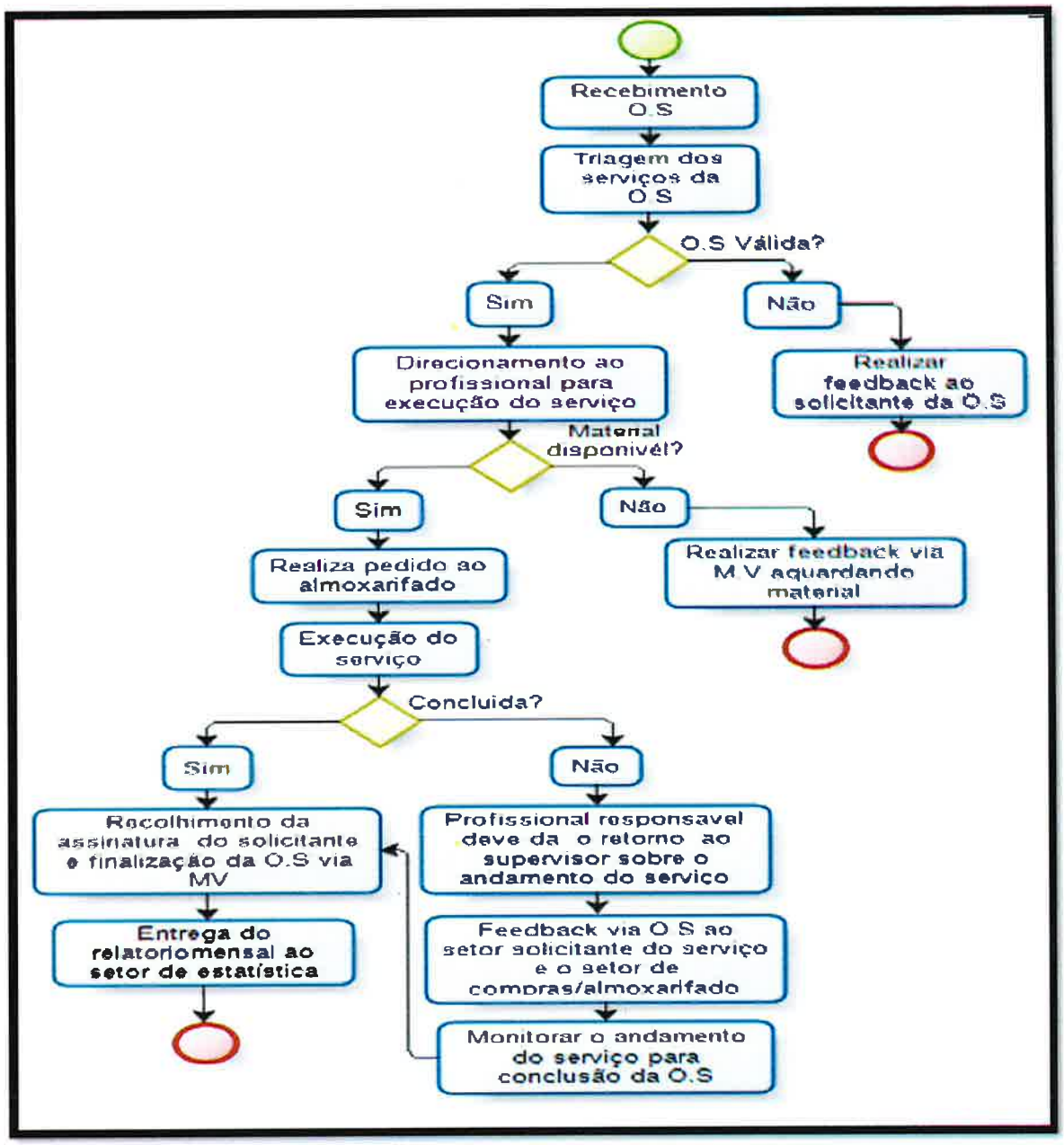
Observação: Quando o almoxarifado não possuir o material necessário, o processo é interrompido e só retornará quando o material for colocado à disposição.

FORMULÁRIOS

Para o desenvolvimento das atividades da manutenção predial, serão utilizados alguns formulários, com propósito de facilitar as ações e controles. A seguir estão relacionadas suas denominações e conteúdo:

- Ordem de Serviço: destinado a registrar as solicitações feitas pelos usuários, contem nome do usuário solicitante, nº setor, tipo de serviço solicitado, data, hora, especialidade, localidade, avaliação da satisfação, nome do executante, visto do solicitante e executante.
- Requisição do material: destinado a registrar os tipos de materiais utilizados na execução dos serviços, contém nome do setor solicitante, data, hora, descrição do produto, quantidade, unidade, nome do solicitante.
- Solicitação de Compra: destinadas a registrar os tipos de materiais necessários às execuções dos serviços, contem nome do setor solicitante, período de tempo para compra, descrição do produto, quantidade, unidade.

Fluxo do serviço de manutenção



Engenharia Clínica

Setor que assumirá a responsabilidade de elaborar uma política de manutenção preventiva para os equipamentos biomédicos de todas as unidades assistenciais do UPA. Este segmento manterá um relacionamento estreito com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH e apresentará cronograma da manutenção preventiva dos equipamentos ao Diretor Geral e Coordenador Geral de Enfermagem no primeiro mês após assinatura do contrato de gestão, após aprovação do SCIH. A manutenção consistirá na verificação geral do equipamento. Incluirá sua abertura, que permitirá ao técnico verificar as partes internas do mesmo. Nesta oportunidade será realizada a calibração,

inspeção de segurança, substituição de peças. As atividades que serão desenvolvidas estão detalhadas a seguir:
1. Gestão informatizada de manutenção preventiva e corretiva.
2. Análises e acompanhamento de custo de manutenção.
3. Análises e acompanhamento de contratos de manutenção.
4. Análise de ciclo de vida dos equipamentos médico-hospitalares.
5. Coordenação das manutenções corretivas sejam elas realizadas internamente ou por serviços externos.
6. Aferição e calibração de rotina de equipamentos médico-hospitalares de acordo com normas e certificações, com testes de desempenho realizados com os equipamentos de análise disponibilizados pela empresa citados em seguida.
7. Implantação de programa de manutenção preventiva e controle de qualidade com análise de segurança em equipamentos médico-hospitalares.
8. Educação continuada de operação e segurança dos equipamentos para corpo clínico e de enfermagem.
9. Os equipamentos beneficiados pela supervisão da Engenharia Clínica são todos aqueles caracterizados como médico-hospitalares.
Os serviços oferecidos abrangem todos os equipamentos médico-hospitalares (equipamentos cujo funcionamento participa do processo de diagnóstico, monitoração e tratamento dos pacientes) em uso na instituição.
A seguir apresentamos a descrição das normas e rotinas a serem definidas pela engenharia clínica.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS

Os procedimentos a serem padronizados pelo Núcleo de Manutenção se aplicam a todos os setores do UPA e tem como referência a RDC 185 / 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que dispõe sobre o Registro, Cadastramento, Alteração, Revalidação e Cancelamento do Registro de Produtos Médicos.

Definições a serem consideradas:
- Serviço de Engenharia Clínica: serviço especializado na completa gestão de equipamentos médico-hospitalares;
- Manutenção Preventiva: ações de manutenções com vistas a diminuir ou evitar paradas de equipamentos ou sistemas em períodos que possam causar prejuízos evitáveis ao hospital;
- Serviços terceirizados: serviços realizados por empresas externas ou pessoas, que não sejam colaboradores permanentes;
- Lista de verificação: formulário contendo os itens a serem verificados durante a manutenção preventiva.

Descrição das Atividades:
- O Serviço de Engenharia Clínica é responsável em realizar manutenção preventiva em todos os equipamentos médico-hospitalares, pertencentes ao UPA, salvo os equipamentos de grande complexidade, que exijam mão de obra especializada e ferramentas específicas ou que tenham contrato de manutenção preventiva com empresas terceirizadas, ou ainda que não pertençam ao hospital, contemplando nesse caso, os equipamentos alugados / ou comodatados;

Equipamentos sujeitos a Manutenção preventiva:
- Será estabelecida para a definição dos equipamentos sujeitos a manutenção preventiva a RDC 185/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que classifica os equipamentos

segundo o risco intrínseco que representa à saúde do consumidor, paciente, operador ou terceiros envolvidos.
- Será realizada manutenção preventiva em equipamentos classe II, III e IV;
- Será realizada manutenção preventiva em alguns equipamentos classe 1, que tenham impacto direto no desempenho das atividades dos setores ou do próprio equipamento, entretanto as recomendações descritas no manual do fabricante prevalecerão sobre a decisão informada no início deste parágrafo.

Periodicidade de Manutenção Preventiva:

Regra Geral:
- Para os equipamentos classe III e IV (grau de risco alto) a periodicidade estabelecida será inicialmente semestral.
- Para os equipamentos classe II (grau de risco médio) a periodicidade estabelecida será inicialmente anual.
- Para os equipamentos classe I (grau de risco baixo) não serão feitas preventivas, salvo aqueles que enquadrarem na regra especifica.

Regra Específica:
- Esta regra terá prioridade em relação à regra geral;
- A periodicidade será estabelecida conforme descrito no manual do fabricante ou sugestão de seu representante legal;
- Será válido para todas as classes.

Cronograma de Manutenção Preventiva:
- Será apresentado aos setores do UPA um cronograma anual de manutenção preventiva, contendo o mês previsto para execução, para acompanhamento e disponibilidade dos equipamentos.
- O cronograma será cumprido rigorosamente pelo setor de Engenharia Clínica, salvo os casos em que o seu cumprimento não seja possível por qualquer motivo, sendo nesses casos necessários sua justificativa formal ao setor responsável pelo equipamento, agendando nova data para execução.

Reavaliação da Periodicidade de Manutenção Preventiva:
- Anualmente, antes da elaboração do Cronograma de Manutenção Preventiva, será efetuada uma reavaliação dos equipamentos sujeitos a essa manutenção e a periodicidade das mesmas será baseada no estudo do índice de defeitos dos equipamentos no período anterior, caso os equipamentos apresentem um percentual acima do limite, o serviço de Engenharia Clínica diminuirá o tempo entre as manutenções preventivas para esses equipamentos.
- Por ocasião as alterações serão justificadas em documento anexo ao novo/ Cronograma.

Manutenção preventiva realizada pelos técnicos da Engenharia Cínica:
- Os procedimentos de manutenção preventiva adotados serão os estabelecidos no manual do fabricante acrescidos de itens considerados relevantes pela Engenharia Clínica.
- Será gerado, de acordo com o estabelecido em cada procedimento, uma lista de verificação para cada equipamento, o qual será preenchido pelo técnico no momento da manutenção e assinado pelo responsável do Setor ao término do procedimento.
- A lista de verificação será disponibilizada ao hospital como documento de comprovação de realização da Manutenção Preventiva;
- Caso seja verificada alguma não conformidade na manutenção preventiva, como a necessidade de ajustes, troca de peças, insumos ou acessórios, a manutenção preventiva será concluída e será aberta uma Ordem de Serviço para manutenção corretiva;

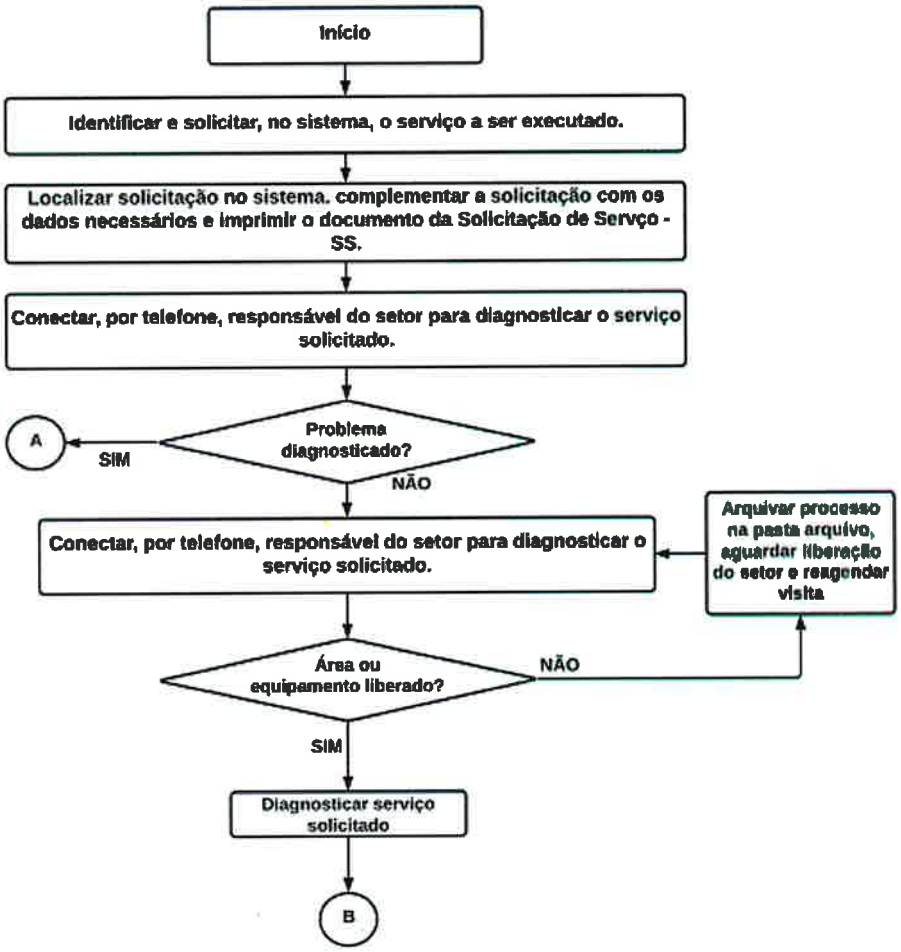
- Nos equipamentos será colocada uma etiqueta com a data de realização da Manutenção Preventiva, o mês, e ano previsto para a próxima preventiva e a assinatura do executor.

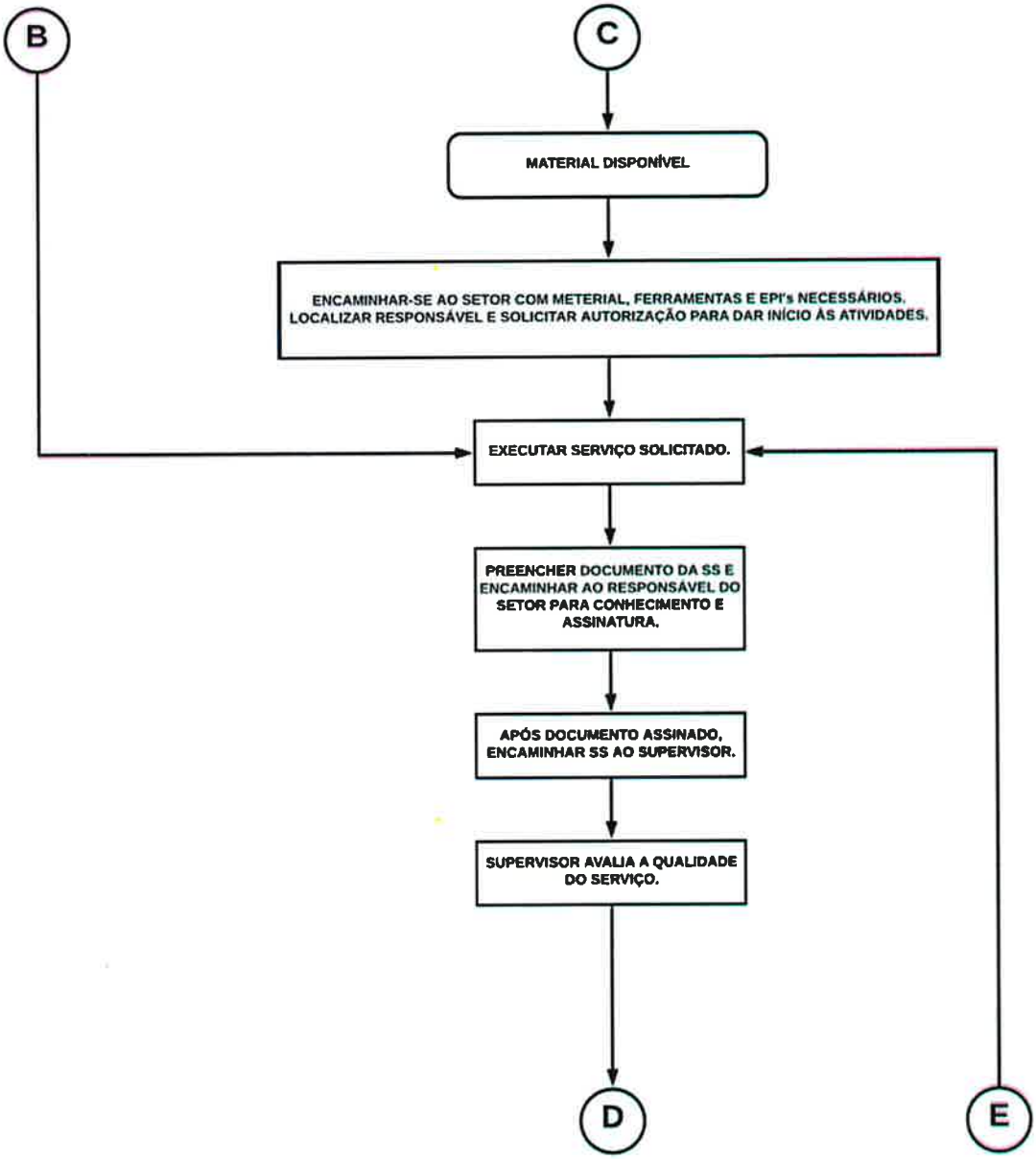
Manutenção preventiva realizada pelo fornecedor externo:
- Caso existam contratos de manutenção preventiva com empresas terceirizadas, o setor de Engenharia Clínica, será responsável em gerenciar esses contratos, de forma a acompanhar as manutenções e garantir a veracidade das informações contidas nos relatórios apresentados por essas empresas, garantindo a qualidade das manutenções;
- As empresas deverão enviar ao setor de Engenharia Clínica, um cronograma anual das manutenções preventivas a serem realizadas;
- A realização das manutenções, será registrada através de relatórios e lista de verificação, o qual deve ser devidamente assinado pelo executor e pelo responsável do setor ao final dos procedimentos, sendo entregue ao setor de Engenharia Clínica para validação e arquivamento;

Manutenção preventiva em equipamentos não pertencentes ao UPA:
- Para os equipamentos não pertencentes ao UPA o setor de Engenharia Clínica solicitará aos proprietários dos mesmos, um cronograma anual de manutenção preventiva para seus respectivos equipamentos e lista de verificação das manutenções executadas, devidamente assinados;
- As manutenções, caso sejam efetuadas nas dependências da unidade, serão acompanhadas pelos profissionais do setor de Engenharia Clínica;
-O controle de todas as manutenções preventivas será realizado pelo setor de Engenharia Clínica.

Os fluxos operacionais são apresentados através de fluxograma. O fluxograma será fundamental para simplificação e racionalização do trabalho, permitindo um estudo detalhado dos métodos, processos e rotinas deste setor. Através dos fluxogramas apresentaremos aos colaboradores e aos outros setores o *"modus operandi"* do setor, demonstrando como serão executadas as atividades deste setor detalhadamente. A seguir apresentamos um fluxograma de Execução de Serviço Interno:

FLUXOGRAMA DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO INTERNO


Início
Identificar e solicitar, no sistema, o serviço a ser executado.
Localizar solicitação no sistema. complementar a solicitação com os dados necessários e imprimir o documento da Solicitação de Servço - SS.
Conectar, por telefone, responsável do setor para diagnosticar o serviço solicitado.
Problema diagnosticado?
SIM
A
NÃO
Conectar, por telefone, responsável do setor para diagnosticar o serviço solicitado.
Arquivar processo na pasta arquivo, aguardar liberação do setor e reagendar visita
Área ou equipamento liberado?
NÃO
SIM
Diagnosticar serviço solicitado
B



FORMULÁRIOS

Visando a uniformização de procedimentos de registro e manutenção de informações, oficializar e legalizar os atos, procedimentos, reduzir o custo e o esforço de produção associado ao fluxo de informações, o Núcleo de Manutenção padronizará formulários que facilitam a execução de tarefas e de controles sobre as operações. A seguir apresentamos alguns dos formulários a serem padronizados pelos serviços.

INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE	**Procedimento Operacional Padrão para Controle de novas Tecnologias**	Serviço / Setor: Núcleo de Manutenção Geral POP: (MG + Nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /

Responsável: Engenharia Clínica

Item	Descrição	Conforme	Não Conforme
1	Verificar pré-requisitos para instalação		
2	Verificar compatibilidade do equipamento com o solicitado		
3	Verificar possíveis danos mecânicos na estrutura		
4	Verificar existência de etiqueta com o Nº do registro da ANVISA		
5	Verificar plug de tomada padrão		
6	Verificar o funcionamento geral do aparelho		

Observações:

Engenharia Clinica/Manutenção	Fornecedor	Setor/Serviço
Elaborado por (nome/função)	Revisado por (nome/função)	Aprovado por (nome/função)

INVISA	**Procedimento Operacional Padrão para Controle de novas Tecnologias**	Serviço / Setor: Núcleo de Manutenção Geral POP: (Arquivo + Nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /
Responsável: Engenharia Clínica		
DADOS GERAIS		
GRUPO	PRIORIDADE	TAG
Descrição		
Marca:		Modelo:
Registro na ANVISA:		
Nº de série:	Ano de fabricação:	Nº de patrimônio:
Tensão (V):	Potência (W):	Corrente (A):
ASSISTÊNCIA TÉCNICA		
Empresa:		Contrato:
LOTAÇÃO		
Centro de Custo:	Unidade:	Local:
ACESSÓRIOS		
COD:	Descrição:	Nº de série:
ATIVAÇÃO / DESATIVAÇÃO		
Data de ativação:		Data de desativação:
Observações:		
Elaborado por (nome/função)	Revisado por (nome/função)	Aprovado por (nome/função)

GERENCIAMENTO DA QUALIDADE

Para melhor controle dos processos operacionais, a exemplo do controle de custos e contratação de serviços de terceiros, o núcleo de manutenção geral irá trabalhar com indicadores de desempenho, entre os quais:

1. Custo de um equipamento parado:
Este indicador tem como base de estudos as perdas de receita por parte da unidade, já que exames. deixarão de ser realizados pela indisponibilidade do equipamento. É expresso, matematicamente, como:

RGE = MDxVPS
Onde: RGE = Receita gerada por equipamento (em R$ exame/dia)
MD = Média diária de exames
VPS = Valor pago pelo SUS por exame (em R$)

2. Percentagem de conclusão do programa de manutenção:
Definida como sendo a razão do programa de manutenção completado, em relação ao iniciado em um determinado período de tempo. Este indicador não analisa os custos e a qualidade do serviço, mas dá um sentido de valor ao trabalho que está sendo realizado.

3. Tempo de resposta:
É definido como o tempo, em horas, da chamada inicial à resposta inicial. Este indicador é frequentemente incluído em contratos de serviço e constitui-se um indicador útil para estruturas de engenharia clínica (EC) na monitoração dos serviços executados por terceiros. É um indicador voltado para a satisfação do cliente.

4. Custo de manutenção versus valor do equipamento:
Este indicador tem corno objetivo principal saber qual o percentual máximo ideal a ser gasto com a manutenção de um equipamento em relação ao seu valor de aquisição. Desta maneira, pode-se saber qual o melhor momento de se realizar novas aquisições. A vantagem deste indicador é que levam em consideração todos os custos e permite comparar uma grande variedade de equipamentos.

5. Reparos repetidos:
É o número de reparos efetuados em um determinado equipamento, em um curto período de dias especificado. Este indicador é uma boa ferramenta para identificar equipamentos que apresentam problemas crônicos. Além disso, ajuda a identificar técnicos e operadores que necessitam de treinamento adicional.

6. Tempo médio de retorno: Este indicador mostra o tempo médio, em dias, que os equipamentos levam para retornar à operação normal após uma manutenção. É útil para mostrar a eficiência de uma estrutura de EC. Para o cálculo, usa-se a seguinte equação:

TMR= 1: PD
NE
Onde:
TMR = Tempo médio de retorno (em dias)
PD = Período de indisponibilidade dos equipamentos (em dias)
NE = Número de equipamentos

7. Número de ordens de serviço por setor:
É definido como o número total de ordens de serviço abertas para cada setor da unidade.

8. Horas produtivas por horas disponíveis:
É o tempo efetivo de trabalho das equipes dos Serviços de Engenharia Clínica. A vantagem deste indicador é que ele mostra se as equipes estão documentando seus tempos no trabalho, que podem ser calculados da seguinte maneira:

P=l:HP
1: HD
Onde:
P = Produtividade (em %)
HP = Horas produtivas
HD = Horas disponíveis
As horas produtivas são a soma de horas trabalhadas, reuniões, tempo de estudo, treinamento, etc., no período de um ano. As horas disponíveis são o número de horas disponíveis anualmente, descontados os feriados, as férias e as horas com atestado de saúde.

9. Custo diário de um leito parado:
Este indicador é útil para ser utilizado em setores mais importantes como a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e está relacionado com equipamentos de suporte à vida.
Benefícios do Gerenciamento da Qualidade do. Núcleo de Manutenção:
- Redução dos gastos com manutenção;
- Redução do tempo de parada do equipamento;
- Avaliação da veracidade dos orçamentos;
- As empresas prestadoras de serviços são mais bem controladas, e com isto surge automaticamente a desejada melhoria de qualidade;
- Os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas com mais tempo para executar sua principal tarefa, que é cuidar dos pacientes;
- Operadores de equipamentos treinados diariamente;
- Compras feitas com maior precisão e maior possibilidade de acertos;
- Contratos de manutenção mais bem elaborados e controlados;
- Equipamentos passam a ter uma melhor qualidade técnica;
- Indicadores validados e auditados, para garantia de melhorias constantes.
Desta forma, o Núcleo de Manutenção contribuirá para a melhoria do atendimento, entendendo que não basta ter apenas bons médicos é profissionais treinados, é necessário controlar os ativos, de forma a utilizar ao máximo seus benefícios, como também controlar os elevados custos de manutenção, a fim de manter-se vivo financeiramente. As tecnologias biomédicas são as maiores vilãs financeiras do sistema de saúde atualmente, melhorar o controle sobre estas, é fator fundamental para a sobrevivência dos estabelecimentos médicos de saúde.

- O Instituto Vida e Saúde – INVISA implantará Procedimentos de Controle, visando:
Determinar as medições e revisões a serem feitas e a exatidão requerida, e selecionar os métodos e equipamentos apropriados, que tenham a capacidade para disponibilizar toda a segurança sobre o serviço usuário do equipamento específico.
Identificar todo equipamento que possa afetar a qualidade dos Serviços, ajustá-los e adequá-los em intervalos prescritos, ou antes, do uso.
Definir e registrar o processo empregado para o ajuste e adequação dos equipamentos, incluindo detalhes como: tipo de equipamento, problema, causa efeito, ferramentas necessárias, identificação do mesmo, localização, frequência de checagens, método de verificação, critérios de aceitação e a ação a ser tomada quando os resultados forem insatisfatórios;
Identificar os equipamentos e registrar todas as ações tomadas, para a geração de um histórico da sua vida útil e análise do seu custo x benefício com base no seu valor residual atualizado e nos gastos com as manutenções realizadas.
Proteger as instalações e equipamentos, contra quaisquer riscos de danos aos mesmos.

- A Avaliação da Conformidade dos serviços é um poderoso instrumento para o desenvolvimento da organização hospitalar e para propiciar segurança aos usuários do sistema de saúde ofertado pelo UPA no processo de melhoria contínua da qualidade, incrementando ações com foco nos processos de trabalho. Para o INVISA, o programa de avaliação da conformidade representa um importante instrumento para tornar efetivo o cumprimento dos regulamentos estabelecidos e facilitar a fiscalização por eles exercida.
- A responsabilidade pela análise e a autoridade para a disposição de Serviços não conforme devem ser definidas. Os serviços não conforme devem ser analisados criticamente de acordo com procedimentos documentados. O serviço poderá ser:
Retrabalhado para atender aos requisitos especificados;
Aceito com ou sem mudanças, mediante concessão;
Reclassificação para aplicações alternativas; ou
Rejeitado.
Quando requerido em contrato, a realização do serviço que não esteja em com os requisitos especificados, será relatada à SESA ou seu representante, para fins de análise e concessão de alternativas. A descrição da não conformidade que tenha sido aceita e das alternativas propostas serão registradas para indicar a condição real. Os serviços não conformes deverão ser revistos de acordo com o Plano da qualidade e/ou procedimentos documentados.
- A proposta de trabalho do Núcleo de Manutenção geral irá dispor de toda infraestrutura necessária para atender as solicitações dos serviços de manutenção que venham a se impor como indispensáveis na conservação bom funcionamento da edificação.
- Serviços técnicos, ele obras, equipamentos ou outra dimensão que esteja dentro do domínio da infraestrutura própria, devem ser dirigidos pelo profissional técnico responsável pelos trabalhos ou ser objeto de contratação de pessoa física ou jurídica legalmente habilitada, em regime de prestação de serviços.
- Qualquer que seja o trabalho executado será aplicado o *check list* pertinente, qualquer alteração do serviço inicialmente previsto será comunicada ao encarregado de manutenção para posterior aprovação.
- O encarregado irá prever os subsídios necessários para realização dos serviços utilizando preferencialmente materiais disponíveis no almoxarifado da manutenção, caso necessite de material não disponível, solicitar compra a unidade de compras para manutenção.
- As anomalias verificadas pelos serviços de manutenção permanente devem ser apresentadas em relatórios ao coordenador de apoio operacional para que
mesmo desenvolva ações de melhoria e preventiva.
- O Núcleo de Manutenção Geral implantará manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas.

Paisagismo

Tanto o serviço de manutenção predial quanto o serviço de paisagismo se guiarão pelos fundamentos da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde, que define o conceito de Ambiência quanto ao tratamento dado do espaço físico entendido como espaço social, profissional de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

O Instituto realizará a manutenção das áreas do bem imóvel, manutenção de área externa e interna com jardinagem e paisagismo. A área de estacionamento de veículos, bicicletário, ônibus e circulação de pedestre deverão ser organizados e sinalizados em conformidade com as legislações vigentes.

Tecnologia da Informação - TI

O Serviço de Tecnologia da Informação (TI) corresponde a um serviço de apoio para o UPA. O serviço estará subordinado à Diretoria Administrativa e terá como responsabilidade a manutenção da infraestrutura (equipamentos e softwares) de TI da unidade, respondendo pelos serviços de implantação e suporte de· sistemas, instalação, configuração e manutenção (preventiva e corretiva) do parque de equipamentos e softwares, direcionados as áreas de Sistemas, Internet, Correio Eletrônico, Assistência Técnica, Servidores e Telefonia.
O Hospital contará com serviços de informática com sistema informatizado para gestão hospitalar que contemplará: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), serviços de apoio e relatórios; gerenciais, que permitirão acessar via Internet (WEB) e atenderá aos indicadores e informações especificados no contrato de gestão.
Com todas as informações devidamente armazenadas, será possível a integração de todos os setores do UPA e o efetivo controle das rotinas hospitalares e administrativas, bem como a emissão de relatórios gerenciais como ferramenta de tomada de decisões.
A equipe contará com profissionais especializados, agindo de forma a assegurar o pleno funcionamento da estrutura física e lógica de Tecnologia da Informação necessárias ao desempenho das atividades fins da instituição.
Serão da responsabilidade do Instituto Vida e Saúde-INVISA a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de equipamentos, sistemas e programas. A implantação da rede de computadores levará em torno de 30 dias e o sistema de gestão hospitalar levará 120 dias para a sua completa instalação e operação por parte de todos os setores, assim como treinamento.

O Serviço de TI do UPA:
- Disporá de 01 sala refrigerada com temperatura máxima de 22° com a finalidade de acomodação dos servidores que serão instalados em rack padrão de 19 polegadas; e 01 sala para utilização pelos profissionais da área com a mobília necessária para este fim;
- Atenderá em horário das 7:00 às 17:00h com sobreaviso nos horários de plantão;
- Terá como área de abrangência todos os serviços, setores e departamentos da unidade.

Sistema Integrado de Gestão Hospitalar:
Os sistemas informatizados de gestão hospitalar são fundamentais na operacionalização de uma unidade de saúde do porte do UPA, fundamental para a composição de toda a área assistencial e sua interligação com os serviços de apoio ao diagnóstico, complementares e administrativos financeiros. Desta forma, a infraestrutura prevista pelo sistema informatizado de gestão hospitalar prevê suporte para todas as atividades, quer sejam médicas, administrativas, financeiras ou de marketing, propiciando o acesso por serviços internet, através de extranets e intranets, com seus Indicadores sendo publicados regularmente, o que facilitará e muito a prestação de contas e informações de metas realizadas para a Secretaria de Saúde.

Características técnicas:
Sistema modular:
O Sistema será implementado em módulos funcionais, cada um abrangendo diversos aplicativos que têm maior coesão e que atuarão de forma perfeitamente integrada, como relacionado a seguir:
1. Recepção: Recepção e Internação; Recepção e Urgência; Central de Informações; Ambulatório;
2. SADT: Exames por imagem; laboratório de análises clínicas; resultados de exames;
3. Administrativo: SAME, Prontuário Eletrônico, Higienização, Vigilância, Fornecedores, Cotações e Compras; Gestão do Almoxarifado; Farmácia; Nutrição e Dietética;
4. Financeiro: Faturamento, Contas a pagar e a receber, Fluxo de Caixa, Custos, Contabilidade, Tesouraria e Auditoria;
5. RH: Controle de Pessoal; Plantões; Administração de Recursos Humanos.

6. Relatórios Gerenciais e Informativos: Gerador de relatórios próprio para extração de quaisquer informações da base de dados;
7. Sistema de informações gerenciais: com telas e relatórios específicos para os indicadores preconizados no contrato de gestão com o UPA.
8. Hardware: Para o funcionamento seguro do sistema informatizado de gestão hospitalar será necessária a instalação de dois computadores servidores em sistema de espelhamento, além de fírewall e switches para proteger a rede interna. As estações de trabalho serão configuradas adequadamente, com máquinas tecnologicamente atualizadas, visando minimizar interrupções nos processos.
9. Rede Lógica: Os computadores estarão interligados em uma rede lógica, de cabeamento estruturado com os pontos ativos, e com fácil infraestrutura de expansão. Existirá ainda uma rede sem fio para acesso de usuários que precisam de mobilidade.

Equipamentos de suporte necessários:
1. Servidor de Terminais;
2. Servidor de Rede Local e domínio;
3. Servidor de Internet;
4. Estações de trabalho para o coordenador e o técnico de suporte;
5. Switches de Rede;
6. Roteadores;
7. Central Telefônica de Médio Porte;
8. Ferramental de Suporte e Assistência Técnica;

Competências do Serviço de TI:
Implantação e regulamentação das ações de tecnologia da informação da unidade, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde;
Incorporação de novas tecnologias com o objetivo à disseminação das informações;
Definição dos padrões para captação operacional das bases de dados dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito da Instituição;
Gerenciamento do acervo e manutenção de equipamentos.

Atribuições da Equipe Técnica:
Atribuições do Coordenador do serviço:
- Desenvolver metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento do setor de Tecnologia da Informação do UPA.

Técnicos de Informática:
- Realizar manutenção corretiva e preventiva do parque de equipamentos e softwares;
-Implantar e dar suporte aos sistemas e aplicativos utilizados na instituição;
-Realizar o cadastro/atualização do inventário de equipamentos;
-Realizar relatório sintético do inventário de máquinas;
-Identificar o funcionamento e relacionamento entre os componentes de computadores e seus periféricos;
-Instalar e configurar computadores, isolados ou em redes, periféricos e softwares;
-Identificar a origem de falhas no funcionamento de computadores, periféricos e softwares, avaliando seus efeitos;
-Analisar e operar os serviços e funções de sistemas operacionais;
-Avaliar e especificar necessidades de treinamento e de suporte técnico aos usuários;
- Executar ações de treinamento e de suporte técnico;
- Analisar e operar os serviços e funções de sistemas operacionais;

- Selecionar programas de aplicação a partir da avaliação das necessidades do usuário;
- Identificar tipos, serviços e funções de servidores;
- Organizar a coleta e documentação de informações sobre o desenvolvimento de projetos;
- Identificar meios físicos, dispositivos e padrões de comunicação, reconhecendo as implicações de sua utilização no ambiente de rede;
- Selecionar e utilizar estruturas de dados na resolução de problemas computacionais.

Telefonista:

- Operar mesa telefônica PABX, urbano/interurbanos, a fim de realizando e recebendo ligações telefônicas facilitar a comunicação interna/externa da organização;
- Controlar ligações telefônicas, preenchendo formulário, anotando nome do solicitante, número do telefone, área, para possibilitar sua conferência;
- Fornecer informações em gerais referentes a assuntos diversos pertinentes a instituição, informando locais de atendimento e visitas, horários e outros dados, para atender solicitações;
- Zelar pelo equipamento, comunicando defeitos e solicitando conserto e manutenção, para assegurar adequadas condições de funcionamento.

·Rotinas Administrativas:

Serão consideradas as seguintes definições em TI:

E-mail: transmissão eletrônica de informações por meio de protocolos de correio eletrônico adotado pelo serviço.

E-mail corrente: mensagem sucessivamente enviada a várias pessoas.

E-mail em massa: Qualquer e-mail enviado a mais de quinze pessoas.

Norma de utilização:

O sistema de e-mails do UPA não deverá ser usado para criação ou distribuição de qualquer mensagem ofensiva, incluindo comentários pejorativos sobre etnia, gênero, cor do cabelo, necessidades especiais, idade, orientação sexual, pornografia, crenças e práticas religiosas, crenças políticas ou nacionalidade. Profissionais que receberem qualquer e-mail com este conteúdo, enviados por profissionais da unidade, devem reportar o evento à coordenação de recursos humanos (RH) imediatamente.

- O sistema de e-mail não deve ser utilizado para fins particulares em acordo com a "Política de Segurança da informação" e com a "Política de Cessão de Recursos de TI" da unidade;
- Não será permitido o envio de e-mail corrente;
- O envio de e-mails em massa com endereços externos só deverá ser feito com anuência da Diretoria Geral;
- Não será permitido o envio de mensagens com informações sobre o UPA a públicos não autorizados, em qualquer hipótese.
- Também irão será permitido o envio de mensagens de desligamento de colaboradores. Este procedimento poderá ser realizado, caso necessário, pelo gestor responsável apenas para comunicar o desligamento após definição criteriosa do público-alvo da mensagem.

Assinatura de e-mail:

- A assinatura profissional do e-mail deve seguir o padrão normatizado pela Supervisão Administrativa (publicado na Intranet Corporativa da TI);
- No rodapé de todos os e-mails enviados é inserida automaticamente uma mensagem de confidencialidade. Portanto, não devem ser incluídas outras mensagens nos rodapés (como por exemplo, "campanhas ecológicas").

Exceções devem ser encaminhadas para avaliação e aprovação da Diretoria Administrativa/Financeira.

Conta de e-mail para não colaboradores:

- Não será permitida a criação de contas de e-mail para "não colaboradores" (fornecedores e subcontratados) da unidade.

Monitoramento:

- O e-mail corporativo deve ser utilizado exclusivamente para a finalidade de desenvolvimento da atividade profissional do colaborador, nesta empresa, e a sua utilização adequada será regularmente monitorada.
Mensagem de confidencialidade de e-mail:
"Esta mensagem é destinada exclusivamente para a pessoa identificada e pode conter informações: confidenciais. Se você não é o destinatário, por gentileza, notifique-nos imediatamente via e-mail e apague esta mensagem. A utilização, cópia, distribuição e divulgação não autorizadas desta mensagem são expressamente proibidas".
Observação:
Qualquer profissional que violar essa rotina está sujeito às sanções administrativas e contratuais cabíveis.

Segurança da Informação:
Objetivo:
- Definir responsabilidades e orientar a conduta dos profissionais do UPA na utilização de ativos de informação empresarial, com o objetivo de proteger a integridade e confidencialidade das informações e garantir a continuidade operacional do negócio.
Aplicação:
As normas são aplicáveis aos todos os profissionais do UPA, que se encontram no pleno exercício de suas atividades profissionais.

• Descrição das Atividades:
1. Os recursos de TI - hardware, software ou serviço, deverão ser utilizados de maneira responsável, consistente com objetivos profissionais:
- O recurso será utilizado exclusivamente para o desempenho das atividades profissionais;
- Todas as utilizações que não estiverem de acordo com estes objetivos são consideradas inapropriadas e podem colocar em risco o acesso aos demais recursos.
2. Utilizar qualquer recurso de TI somente após obter autorização e assinar o "Termo de Compromisso" referente à esta política, no qual declara conhecer as políticas e normas em vigor e se compromete a cumpri-las;
3. Informar imediatamente perda; roubo, danos ou quaisquer incidentes de segurança que venham a ocorrer com o(s) equipamento(s) fornecidos ao profissional, registrando o incidente ocorrido à área de Recursos Humanos;
4. Não desabilitar e/ou desinstalar as ferramentas de segurança instaladas no(s) equipamento(s) fornecido(s);
5. Tomar todas as precauções necessárias para garantir a integridade do(s) equipamento(s) fornecido(s).
6. As contas e senhas serão atribuídas aos usuários em função de seus recursos são individuais e únicas, e não devem ser reutilizadas ou atribuídas a qualquer pessoa.
7. Informar imediatamente a área de TI eventuais violações de segurança ou às normas em vigor;
8. Não permitir ou colaborar com o acesso aos recursos por parte de pessoas não autorizadas;
9. Não ligar ou desligar fisicamente ou eletricamente um recurso e nenhum componente externo, como cabos, impressoras, discos ou sistemas de vídeo, sem uma autorização específica.
10. Respeitar os direitos de propriedade intelectual, de acordo com a regulamentação pertinente, em particular a lei de direitos autorais de software.
11. Utilizar apenas produtos de software com as licenças de uso válidas.

GERENCIAMENTO DE ACESSO:
Objetivo:

- Estabelecer diretrizes de gerenciamento de acesso aos serviços de Tecnologia da Informação para garantia da confidencialidade e integridade das informações.

Aplicação:

-Este documento se aplica a todos os setores que desempenham funções diretamente relacionadas ao gerenciamento de acesso, através do fornecimento, controle, alteração e/ou remoção de acesso aos serviços de Tecnologia da Informação, e também a quaisquer usuários que façam uso ou que solicitam acesso a serviços de Tecnologia da Informação.

Definições:

TI: Tecnologia da Informação.

Serviços de TI: recursos lógicos de TI que são disponibilizados ao usuário através de concessão de direito de uso, como acesso à rede interna, a sistemas e aplicativos, diretórios de rede e contas de e-mail.

Login: identificação única que o usuário utiliza para acessar a rede, conta de e-mail, sistemas e aplicativos.

Service Desk: central de atendimento da TI para tratamento de incidentes e solicitações de Chamado.

Descrição das Atividades:

1. Cada usuário terá sua permissão para acessar as informações de acordo com o perfil correspondente ao seu setor e suas funções no UPA, para uso de pendrives, mídias, e-mail, internet e Sistema de informação;
2. As portas USB dos micros sempre estarão desabilitadas, caso algum usuário queria acessar o pen drive terá que abrir chamado no service desk TI;
3. Os micros são incluídos no controlador de domínio hcfs;
4. O uso da internet será controlado pela TI. Sua função consiste em regular o tráfego de dados entre redes distintas e impedir a transmissão e/ou recepção de acessos nocivos ou não autorizados de uma rede para outra;
5. Passo a passo das atividades a serem cumpridas pela equipe de TI e usuários da rede do UPA:

a. Verificar se existe o usuário na rede;
b. Se sim, deverá jogar com o usuário e senha e utilizar os serviços de TI conforme seu perfil;
c. Se não, verificar com o RH se o usuário é um novo colaborador;
d. Se sim, cadastrar usuário (login e senha), realizar tramites necessários e realizar a permissão na pasta da rede da unidade, Sistema de informação, e-mail e internet;
e. Se não, realizar meios para proibição de acesso a qualquer serviço de TI na unidade.

CONFIGURAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE E-MAIL:

Objetivo:

Realizar a configuração e padronização dos e-mails do UPA, bem como a sua utilização pelos usuários.

Definição:

Outlook Express e/ou Gmail - Programa para Gerenciar e-mails Sistema de Gestão em Saúde utilizado na unidade.

Descrição de Atividades:

- Solicitar a implementação de um novo e-mail para o Coordenador de Tecnologia da Informação, criando uma Ordem de Serviço através do Sistema;
- Confirmar com a Gerência da área solicitante a real necessidade do novo e-mail e identificar aprovação final;
- O coordenador de TI encaminha a solicitação para o Instituto Vida e Saúde- INVISA, e este cria através do site da empresa de internet, a caixa e o endereço de e-mail;
- Após a criação do novo e-mail, divulgar entre os setores, os e-mails novos e atuais cadastrados no UPA.

- A alteração de perfis de acesso que constam nesse documento (inclusão ou exclusão) deve ser avaliada pelos responsáveis das áreas envolvidas. Os critérios utilizados para solicitação e aprovação da alteração dos perfis de acesso devem zelar pela segurança da informação, regulada pelas normas legais vigentes impostas pelas Agências Reguladoras e pelos programas de controle de qualidade (nacionais e internacionais) aos qual o UPA está submetido.

ACESSO ÀS INFORMAÇÕES:

Objetivo

- Garantir a segurança, confiabilidade, privacidade, e integridade das informações de clientes.

Descrição das Atividades

- O acesso às informações de clientes (incluindo resultados) é liberado pelo Service Desk, de acordo com os perfis a seguir: Informativo por setor e Faturamento, ambulatório, atendimento, financeiro.

Para que os acessos descritos sejam liberados, é requerido registro de chamado no Service Desk, o qual deverá ser solicitado diretamente á área Administrativa.

Para os demais profissionais o registro deve ser realizado pelo gerente da área na qual o profissional irá atuar.

o Serviço de Tecnologia da Informação - TI implantará manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

Sendo assim o INVISA irá aplicar ferramentas de inovação tecnológica à beira leito para tal apresentamos no projeto especial a aplicação inicial do projeto, a saber:

1. Implantação de módulos do MV tais como: Qualidade, Custos e protocolos clínicos.
2. Tablets para equipes das unidades criticas.
3. Swits.

INVISA	PROCEDIMENTO OERACIONAL PADRÃO	Serviço/Setor: TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO Procedimento POP: (TI+nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /
Rotinas Operacionais		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica/Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade		
Elaborado por: (nome/função	Revisado por: (nome/função)	Aprovado por: (Nome e Função)

Vigilância e Segurança Patrimonial

Diariamente os meios de comunicação divulgam notícias sobre eventos que de maneira direta ou indireta causam danos às organizações hospitalares e as pessoas que nela se encontram. Podemos citar alguns tipos de ocorrências de segurança como furto, roubo, agressão, acidentes, incêndio, sabotagem, assim como suicídio e evasão de pacientes, entre muitos outros.

O planejamento do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial do **UPA** terá como alicerce uma forte política de segurança, amplamente divulgada no âmbito de seus colaboradores, parceiros e clientes, de tal forma que não haja dúvidas quanto à forma de pensar e agir dessa organização. Essa política norteará toda a atuação do departamento de segurança, cuja missão é cumpri-la e assegurar que seja cumprida por todos. Este planejamento possibilitará ainda a redução de gastos com contratos de seguro, reposição de bens não cobertos pelo contrato de gestão e despesas com reparos prediais ou de equipamentos danificados e também não segurados. O simples fato de identificar e eliminar uma fonte de perdas, já propicia uma redução de custos.

No UPA o vigilante patrimonial será o profissional que executa os procedimentos de controle de acesso e de pronta resposta nos casos onde se faz necessário, sempre com uma postura alerta e atitude firme, mas sem truculência e principalmente de maneira comprometida com os princípios básicos de humanização e hospitalidade. Este profissional será acima de tudo um prevencionista e, portanto, inspecionará permanentemente o ambiente sob a sua vigilância, identificando perigos reais ou potenciais que possam causar danos às pessoas ou a organização. No aspecto da segurança patrimonial,

os serviços serão integralmente terceirizados, o que não excluirá a necessidade de um preposto da instituição para cuidar das contratações e fiscalização dos serviços. Essa supervisão será exercida pelo gestor dos serviços de manutenção.
- Desenvolver ações visando a instalação e manutenção de requisitos de vigilância e segurança patrimonial para manter a ordem e zelar pela segurança dos bens de todo o patrimônio do UPA;
- Participar sempre dos processos decisórios da organização, opinando tecnicamente sobre os impactos dos projetos internos sobre a segurança e o gerenciamento de riscos na organização. Suas recomendações certamente reduzirão as chances de insucesso desses projetos, evitando gastos e conflitos desnecessários, assim como o retrabalho e perda de tempo de profissionais;
- Capacitar colaboradores e parceiros, obtendo com isso uma efetiva redução na taxa de ocorrências ao conscientizar as pessoas a proverem também a sua
segurança e dos bens da empresa;
- Participar de projetos de arquitetura das unidades de saúde visando oferecer
informações que favoreçam os fluxos hospitalares relacionados a vigilância e segurança patrimonial.

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA

A prestação dos serviços de vigilância, nos postos fixados pela contratante, envolve a alocação, pela contratada, de profissionais devidamente habilitados, apresentando a respectiva Carteira Nacional de Vigilantes, nos termos da Lei nº 7.102, de 20.06.83, alterada pelas Leis nº 8863, de 28.03.94 e 9017, de 30.03.95, regulamentada pelos Decretos nº 89.056, de 24.11.83, e 1592, de 10.08.95, bem como Portaria DPF nº 992, de 25.10.95 alterada pela Portaria nº. 387/2006 - DG/DPF, de 28.08.06 e Portaria DPF nº 891, de 12.08.99, e modificações posteriores.
Objeto: A prestação de serviço de vigilância e segurança patrimonial será executada pela contratada nas dependências do UPA.

Descrição dos Serviços:
1. A prestação dos serviços de vigilância e segurança patrimonial, nos postos fixados pela administração do UPA, envolve a alocação, pela contratada, de mão-de-obra capacitada para:
Comunicar imediatamente à administração, bem como ao responsável pelo posto, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da delegacia de polícia do município, do corpo de bombeiros, dos responsáveis pela administração da instalação e outros de interesse, indicados para o melhor desempenho das atividades;
Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas imediações do posto, adotando as medidas de segurança conforme orientação recebida da administração, bem como às que considerar oportunas;
Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;
Repassar para os vigilantes que estarão assumindo os postos, quando da troca de turnos, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações e suas imediações;
Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações do UPA, facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
Controlar rigorosamente a entrada e saída de pessoas durante o expediente de trabalho, feriados e finais de semana, anotando em documento próprio os registros;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pela diretoria da unidade;
- Proibir a aglomeração de pessoas junto ao posto, atuando no caso de desobediência;

- Proibir todo e qualquer tipo de atividade comercial junto ao posto e imediações, que implique ou ofereça risco à segurança dos serviços e das instalações;
- Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, de bens de colaboradores, parceiros ou terceirizados;
- Executar rondas diárias conforme a orientação recebida da diretoria verificando as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das funções e manutenção da tranquilidade;
- Assumir diariamente o posto, devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados, limpos e com aparência pessoal adequada;
- Manter os vigilantes em seus respectivos postos, não devendo se afastar de seus afazeres, principalmente para atender chamados ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros;
- Registrar e controlar, as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços.

2. A programação dos serviços será feita periodicamente pela Administração e deverão ser cumpridos, pela contratada, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos colaboradores e das pessoas em geral.

Responsabilidade da Contratada:

1. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
2. Comprovar a formação técnica específica da mão-de-obra oferecida, através de certificado de curso de formação de vigilantes, expedidos por Instituições devidamente habilitadas e reconhecidas;
3. Comprovar obediência à periodicidade legalmente estabelecida, quanto ao curso de reciclagem;
4. Implantar, imediatamente após o recebimento da autorização de início dos serviços, a mão de obra nos respectivos postos e nos horários fixados na escala de serviço elaborada pela administração, informando, em tempo hábil, qualquer motivo impeditivo ou que a impossibilite de assumir o posto conforme o estabelecido;
5. Designar por escrito, no ato do recebimento da autorização de serviços, preposto(s) que tenham poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução deste contrato
6. Fornecer livro de ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida, conforme a seguir descrito e com o disposto no respectivo acordo, convenção ou dissídio coletivo de trabalho:
- Uniforme masculino: calça, camisa de mangas compridas e curtas, cinto, sapatos, meias, quepe com emblema, jaqueta de frio ou japona, capa de chuva, crachá, cinto com coldre e baleiro, distintivo tipo broche, apito, cordão de apito, lanterna 3 pilhas grandes, pilhas para lanterna;
- A contratada não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
7. Propiciar aos vigilantes as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes:
- Equipamentos de proteção individual adequados às tarefas que executam e às condições climáticas;
- Equipamentos e materiais tais como equipamentos de intercomunicação, lanternas e pilhas, livros de capa dura numerados tipograficamente, para registro de ocorrências;
8. Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos postos nos regimes contratados, obedecidas às disposições da legislação trabalhista
vigente, uniformizados e portando crachá com foto recente;
9. Apresentar atestado de antecedentes civil e criminal de toda mão-de-obra oferecida para atuar nas instalações da unidade;
10. Efetuar a reposição da mão-de-obra nos postos, em caráter imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
11. Manter disponibilidade de efetivo dentro dos padrões desejados, para atender eventuais acréscimos solicitados pela administração, bem como impedir que a mão-de-obra que cometer falta disciplinar, qualificada como de natureza grave, seja mantida ou retorne às instalações da mesma;

12.Atender de imediato às solicitações quanto a substituições da mão-de-obra, qualificada ou entendida como inadequada para a prestação dos serviços;
13. Instruir ao seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da administração, inclusive quanto ao cumprimento das normas internas e de segurança e medicina do trabalho;
14. Relatar à administração toda e qualquer irregularidade observada nos postos das instalações onde houver prestação dos serviços;
15.Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus empregados acidentados ou com mal súbito;
16. Manter controle de frequência e pontualidade de seus vigilantes sob o contrato;
17.Apresentar quando solicitado os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;
18. Fornecer vale refeição aos seus empregados envolvidos na prestação dos serviços, conforme, estabelecidos quando previsto em convenção coletiva de
trabalho;
19. Fornecer, quando previsto, as armas, munições e respectivos acessórios ao vigilante no momento da implantação dos postos;
20.Apresentar à contratante a relação de armas e cópias xerográficas autenticadas dos respectivos "Registro de Arma" e "Porte de Arma", que serão utilizadas no cumprimento do contrato;
21.A arma deverá ser utilizada somente em legítima defesa própria ou de terceiros;
23. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à contratante ou *terceiros* decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização da contratante em seu acompanhamento.

Responsabilidades da Contratante:
1. Efetuar periodicamente a programação dos serviços a serem executados pela contratada;
2. Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
3. Indicar, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual.
4. Expedir autorização de serviços, com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis da data de início da execução dos mesmos;
5. Encaminhar a liberação de pagamento das faturas da prestação de serviços aprovadas;
6. Indicar instalações sanitárias para utilização dos vigilantes;
7. Indicar vestiários com armários guarda-roupas para utilização dos vigilantes.

Fiscalização dos Serviços:
1. Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente ou por prepostos designados.
2. Os supervisores da contratada deverão, obrigatoriamente, inspecionar os postos no mínimo 01 (uma) vez por semana, em dias e períodos (diurno 07h/15h e noturno 15h/23h) alternados.
3. A fiscalização da administração do UPA não permitirá que a mão-de-obra execute tarefas em desacordo com as preestabelecidas.
4. A fiscalização da administração do UPA terá livre acesso aos locais de trabalho da mão-de-obra da contratada, podendo entre outras ações:
- Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de colaboradores da contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
- Executar mensalmente a medição dos serviços pela área mensal contratual, descontando-se do valor devido, o equivalente à indisponibilidade dos serviços contratados e por motivos imputáveis à contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

Atribuições dos Vigilantes:
- Efetuar a passagem do plantão;
- Permanecer no posto durante todo o plantão;
- Assumir o posto, devidamente uniformizado, e com aparência pessoal adequada;
- Controlar a entrada e saída de materiais e bens patrimoniais;
- Controlar a entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;
- Controlar a entrada e saída de veículos, colaboradores e visitantes, após o/ término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semanas na conformidade do que venha a ser estabelecido pela contratante;
- Fiscalizar a entrada e saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de empregados autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
- Fiscalizar a entrada e saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios da Contratante;
- Executar a(s) ronda(s) diária(s) conforme a orientação recebida da Contratante, verificando todas as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das funções e manutenção da ordem nas instalações;
- Efetuar testes periódicos dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;
- Prestar informações ao público sempre de maneira cortês e educada;
- Participar de cursos e treinamentos disponibilizados pela empresa contratada e pelo UPA;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter a ordem geral.

Normas Administrativas:
A fiscalização da Contratante terá livre acesso aos locais de execução do serviço; Especificações Técnicas;
- A CONTRATANTE exercerá a fiscalização dos serviços contratados, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo, também;
- Realizar a supervisão das atividades desenvolvidas pela CONTRATADA, efetivando avaliação periódica.
- O Quadro de pessoal do Serviço de Segurança será constituído por vigilantes, com regime de trabalho de 12 horas diárias, em plantões diurno e noturno;
- Os gastos com armamento e equipamentos de segurança necessários ao serviço, inclusive, uniformes, ocorrerá às expensas da contratada;
- A contratada deverá cumprir a programação dos serviços feita periodicamente pela contratante, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos empregados e das pessoas em geral que se façam presentes.
- As ações dos vigilantes devem se restringir aos limites das instalações da contratante e nas circunscritas à sua área de atuação estabelecida pela legislação especifica;
- Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, cabendo à contratada otimizar a gestão de seus recursos, quer humanos quer materiais, com vistas à qualidade dos serviços à satisfação da contrata.
- A contratada responsabilizar-se-á integralmente pelos serviços contratados, cumprindo evidentemente, as disposições legais que interfiram em sua execução.

Serviço de Higienização

Limpeza Hospitalar é a atividade desenvolvida no UPA que objetiva fazer a higienização, conservação e desinfecção dos ambientes hospitalares e das superfícies fixas e móveis da unidade, de forma a remover as sujidades visíveis e reduzir a população microbiana, inclusive pragas, por meios físicos, químicos ou mecânicos, promovendo o bem estar dos pacientes, colaboradores e demais pessoas que transitam nesses ambientes, visando a obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências da unidade, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes domissanitários e materiais e equipamentos apropriados.

Compete ao Serviço de Limpeza e Conservação:
- Limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação, biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas hospitalares, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado é/ou exaustor, etc. Os serviços serão executados em superfícies, tais como: pisos, paredes/divisórias, tetos, portas/visores, mobiliários, inclusive, camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações.
- Limpeza e desinfecção de terminais de leitos, camas, colchões, travesseiros, mobiliários e:móveis hospitalares, seguindo protocolo padronizado pelo serviço;
- Limpeza das geladeiras (partes interna e externa) em uso nos setores, sob orientação de preposto da manutenção.
- Recolhimento das caixas de acondicionamento de materiais perfurocortantes e repor outra caixa montada no momento do recolhimento;
- Abastecimento, sempre que necessário, de dispensadores e saboneteiras;
- Limpeza e desobstrução de ralos de escoamento, desentupindo-os quando necessário desde que isto não implique em mão de obra de bombeiro ou pedreiro;
- Varredura de pátios internos e externos, calçadas, entradas e saídas do UPA;
- Lavagem geral de áreas internas e externas, incltlindó calçadas e pátios;
- Limpeza e polimento de metais tais como: válvulas, registros, sifões, fechaduras e etc.;
- Limpeza de Fachadas.
- Limpeza de caixa d'água;

Observação: A periodicidade da limpeza será feita conforme necessidade e criticidade da área.

Horário de Execução dos Serviços:
- Para a execução dos serviços de limpeza, serão observadas classificação, a localização, frequência e horários de limpeza.;
- Nas áreas assistenciais, o horário de execução dos serviços será estabelecido de forma a atender as necessidades e especificidades da unidade;
- Nas áreas administrativas, o horário da execução dos serviços não deve coincidir com o horário de funcionamento do serviço, mas haverá casos e situações em que será necessária a conciliação vez que a limpeza na sua força de trabalho maior está programada para atender numa jornada de 08h00min ficando o plantão extra horário para situações específicas;
- Oportunamente, antes do início das atividades na Unidade, as escalas de serviço serão apresentadas e discutidas com o pessoal da assistência e em especial a CCIH.

Princípios Básicos de Limpeza:

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção Hospitalar.

1. Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;
2. Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
3. Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;
4. Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas;
5. Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área da unidade antes dos procedimentos de limpeza;
6. Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para frente e de dentro para fora;
7. Realizar a coleta do lixo pelo menos, três vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo será transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;
8. Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
9. Usar técnica de dois baldes sendo um com água e solução detergente/desinfetante, com água para o enxágue;
10. Lavar eis utensílios utilizados na prestação de serviços (esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas pela unidade contratante, diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;
11. Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, série NB-9000 da ANVISA ou substitutivo, bem como atender os requisitos. básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
12. Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e laudos específicos.

Classificação das Áreas Hospitalares:

Áreas críticas:
Serão consideradas áreas críticas aquelas que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microrganismos patogênicos, tais como: Centros Cirúrgicos e Obstétricos, Recuperação pós anestésica, Central de material esterilizado, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Isolamento, Pronto Socorro, Expurgos, Laboratórios de Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Áreas de preparo e manipulação de alimentos e dietas, Salas de preparo de Nutrição Parenteral, Salas de preparo de Quimioterapia, Salas de procedimentos invasivos, Farmácia de manipulação, Área suja da lavanderia, Necrotério e Similares.

Áreas Semicríticas:
- Serão consideradas áreas semicríticas aquelas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: Unidade de Internação, Unidade de Atendimento Ambulatorial, Sala de Triagem e Espera Centro de Radiodiagnóstico e Similares.

Áreas Não-críticas:

- Serão consideradas áreas não críticas aquelas áreas hospitalares ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, tais como Refeitórios, Áreas limpas da Lavanderia e Similares.

Métodos e equipamentos de limpeza de superfícies:

Limpeza Úmida:
- Consiste na utilização de água, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser por processo manual ou mecânico.
Limpeza com Jatos de Vapor de Água:
- Trata-se de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamento com jatos de vapor d'água, saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a Limpeza Terminal. Sua utilização será precedida de avaliação, pela contratante, das vantagens e desvantagens.

Limpeza Molhada:
- Consiste na utilização de água abundante, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal.

Limpeza Seca:
- Consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira sem a utilização de água. A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas. Técnica1 de Desinfecção:

A desinfecção é o processo aplicado a superfícies inertes, que elimina microrganismos na forma vegetativa, não garantido a eliminação total dos esporos bacterianos. Pode ser realizada por meio de processos químicos ou físicos. Será feita da seguinte forma:
- Com uso de luvas, retirar o excesso da carga contaminante em papel absorvente;
- Desprezar o papel ou panos em saco plástico de lixo;
- Aplicar, sobre a área atingida, desinfetante 'adequado *e* deixar o tempo necessário;
- Remover o desinfetante com pano molhado *e* proceder à limpeza com água *e* sabão no restante da superfície.

• Técnica de Descontaminação:
Deve ser feita da seguinte forma:
- Aplicar o produto sobre a matéria orgânica e esperar o tempo de ação deste;
- Remover o conteúdo descontaminado com auxílio de papel absorvente;
- Desprezar no lixo *e* proceder a limpeza usual, com água e sabão, no restante da superfície.

Produtos utilizados:

• Germicidas:
- São agentes químicos que inibem ou destroem os microrganismos, podendo ou não destruir esporos. Na seleção dos germicidas há necessidade de considerar a necessidade de seu uso *e* a avaliação dos produtos disponíveis no mercado (formulação, ação sobre patógenos, efeitos de alcalinidade ou acidez; incompatibilidade, corrosividade, efeitos tóxicos, susceptibilidade à inativações por matérias orgânicas, efeito cumulativo e/ou residual *e* custos).

• Desinfetantes:

- São agentes químicos capazes de destruir microrganismos na forma vegetativa, podendo destruir parcialmente os esporos, em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em: alto; médio ou baixo.

• Hipoclorito de Sódio:
- Atua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos *e* superfícies contaminados com material biológico, utilizam-se soluções de hipoclorito de sódio .de 1 % de cloro ativo (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não será recomendado em metais *e* mármores, devido à sua ação corrosiva.

• Cloro orgânico:
- O dicloroisocianureto de sódio age da mesma forma que o hipoclorito de sódio. Apresentado em pó *e* pode ser associado a tensoativos. Para a desinfecção de superfícies fixas é utilizado em uma concentração de 3%. O cloro orgânico possui estabilidade, menor toxicidade, baixa corrosividade, sendo

• Álcoois:
- O mais utilizado é o álcool etílico, por possuir maior atividade germicida, menor custo e toxicidade. Para a desinfecção de superfícies recomenda-se a concentração de 77% volume/volume, que corresponde a 70% em peso/volume. O uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos é contraindicado, pois podem danificá-los.

• Detergentes:
- São substâncias tensoativas, solúveis em água e dotadas de capacidade de emulsificar gorduras e manter resíduos em suspensão. São utilizados para limpeza de artigos e superfícies e para lavagem das mãos.

Observações:

1. A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para a limpeza e desinfecção deve atender as determinações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, as recomendações dos órgãos públicos de saúde e as especificidades apresentadas pelos fabricantes.

2. Na seleção de produtos de limpeza de superfícies deverão ser considerados:
- Quanto às superfícies, equipamentos e ambientes:
a. Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada;
b. Tipo e grau de sujidade;
c. Tipo de contaminação;
d. Qualidade da água;
e. Método de limpeza;
f. Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza.

- Quanto ao tipo de germicida:
a. Tipo de agente químico e concentração;
b. Tempo de contato para ação;
c. Influência da luz, temperatura e pH;
d. Interação com íons;
e. Toxicidade;
f. Inativação ou não em presença de matéria orgânica;

g. Estabilidade;
h. Prazo de validade para uso;
i. Condições para uso seguro;
j. Necessidade de retirar resíduos do desinfetante, após utilização.

Tipos de limpeza preconizados:
Descrição dos serviços:

ÁREAS CRÍTICAS E SEMI-CRÍTICAS:

Limpeza concorrente ou diária:
- Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter e/ou conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação e ainda fazer reposição de material de higiene. 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, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

Método:
- Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes .de cores diferentes para solução detergente e para água limpa;
- Limpeza molhada para banheiro;
- Desinfecção localizada na presença de matéria orgânica.

Técnica:
- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja;
- Utilizar movimento único de limpeza.

Etapas:
1. Reunir todo material necessário em carrinho de limpeza;
2. Colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
3. Colocar os EPI necessários para realização da limpeza;
4. 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;
5. Recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carrinho de limpeza e efetuar a' troca de luvas;
6. Realizar à remoção das migalhas, papéis, cabelos e outros;
7. Iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para a remoção da sujidade, proceder ao enxágue e, sempre que necessário, realizar fricção com álcool 70%;
8. Proceder à limpeza da porta *I* visor e maçaneta com solução detergente e enxaguar;
9. Proceder à limpeza do piso com solução detergente;
10. Realizar a limpeza do banheiro, iniciando pela pia, o box, o vaso sanitário e, por fim, o piso;
11. Desprezar o conteúdo dos baldes no local indicado pela contratante, procedendo à higienização dos mesmos;
12. Proceder à higienização do recipiente de lixo com solução detergente, em local específico;
13. Retirar as luvas e lavar as mãos;
14. Repor os sacos de lixo;

15. Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

Limpeza terminal:
- É o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área Hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujidade e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com
material de higiene e será realizada sempre que se fizer necessária. Em Unidades de Internação de Pacientes realizada a qualquer momento, após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados. Nas. Salas Cirúrgicas, a limpeza terminal será realizada ·ao término da programação cirúrgica, diária ou semanal, de acordo com a definição do protocolo da unidade.

Equipamentos:
- Carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPI, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

Método:
- Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes para solução detergente e para água limpa.
- 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.

Etapas:
1. Reunir todo material necessário em carrinho de limpeza;
2. Colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
3. Colocar os EPI necessários para a realização da limpeza;
4. 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;
5. Recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carrinho de limpeza;
6. Iniciar a limpeza interna e externa do mobiliário da unidade com solução detergente para remoção da sujidade; proceder ao enxágue e após friccionar com álcool 70%;
7. Executar a limpeza *de* teto, luminárias, janela, paredes/divisórias, grades de ar condicionado e/ou exaustor, portas/visores, maçanetas, interruptores e outras superfícies;
8. Proceder à lavagem do piso com solução detergente, preferencialmente com máquinas;
9. Realizar a lavagem do banheiro, limpeza do teto, paredes, pia (inclusive torneiras), box, vaso sanitário e, por fim, o piso.
10. Desprezar o conteúdo dos baldes no local indicado pela contratante, procedendo à higienização dos mesmos;
11. Proceder à higienização do recipiente de lixo com solução detergente, em local específico;
12. Retirar as luvas e lavar as mãos;
13. Repor os sacos de lixo nos respectivos recipientes limpos;
14. Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

Tipos de limpeza e frequências de execução:

A periodicidade e frequência de limpeza concorrente nos ambientes específicos será determinada pelo responsável da higienização de cada unidade de assistência à saúde, em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.

ÁREAS NÃO CRÍTICAS:

Todas as demais áreas das unidades de assistência à saúde ocupada ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, ·são consideradas como hospitalares não críticas, tais · como: áreas destinadas a refeitórios, área limpa de lavanderia, entre outras. Abrangem áreas internas em geral, áreas externas (pisos adjacentes/contíguos às edificações, pátios, passeios, arruamentos e áreas verdes), esquadrias externas e fachadas envidraçadas.
As especificações técnicas e os procedimentos dos serviços de limpeza para essas áreas são descritos a seguir:

Áreas internas em geral:
Consideram-se áreas internas em geral as áreas ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, inclusive os sanitários e almoxarifados, galpões e as áreas utilizadas para depósito, estoque e guarda de materiais diversos. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequência Diária:
- Manter os cestos isentos de detritos, acondicionando-os em local indicado;
- 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.;
- Limpar adequadamente os cinzeiros das mesas e os situados nas áreas de uso comum;
- Limpar *I* remover o pó de capachos e tapetes;
- Limpar / lavar espelhos, bacias, assentos, puas 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 e pape higiênico, sabonete e papel toalha nos respectivos sanitários;
- Varrer pisos, removendo os detritos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;
- Remover manchas e lustrar os pisos encerados de madeira;
- Passar pano úmido e polir os pisos paviflex, mármore, cerâmica, marmorite, plurigoma e similares;
- Limpar os elevadores com produto adequado;
- Limpar os balcões que estejam desocupados, com saneante domissanitário desinfetante;
- Limpar as mesas com tampo de fórmica, com saneante domissanitário desinfetante;
- Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Frequência Semanal:
- Limpar atrás dos móveis, armários e arquivos;
- Limpar divisórias, portas, barras e batentes com produto adequado;
- Encerar / lustrar todo mobiliário envernizado com produto adequado;
- Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;
- Limpar telefones com produto adequado;
- Limpar e polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;
- Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral, com pano úmido;
- Limpar/ lavar os azulejos dos sanitários; com saneantes domissanitário desinfetantes, mantendo-os em adequadas condições de higienização, durante todo o horário previsto de uso;

- Encerar/ lustrar os pisos de madeira, Paviflex, plurigoina e similares;
- Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Frequência mensal:
- Limpar/remover manchas de forros, paredes e rodapés;
- Remover o pó de cortinas e persianas, com equipamentos e acessórios adequados;
- Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

Frequência trimestral:
- Limpar todas as luminárias por dentro e por fora;
- Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;
- Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.

Observação: Os serviços deverão ser executados em horários que não interfiram nas atividades normais do serviço de higienização, respeitada as respectivas jornadas de trabalho.

Áreas externas:
Consideram-se como áreas externas todas as áreas das unidades de assistência à saúde situada externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, entre outras.

1. Áreas externas tipo 1 - pisos adjacentes *I* contíguos às edificações: Consideram-se áreas externas tipo 1 os pisos pavimentados: adjacentes / contíguos às edificações aquelas áreas circundantes aos prédios administrativos, revestidas de cimento, lajota, cerâmica etc. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequência Diária:
- Manter os cestos isentos de detritos, acondicionando-os em local indicado;
-Limpar *I* remover o pó de capachos;
-Varrer as áreas pavimentadas, removendo os detritos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela contratante;
- Retirar papéis, detritos e folhagens, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela contratante, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita de propriedade, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;
- Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Frequência Semanal:
- Lavar os pisos;
- Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Frequência Mensal:
- Limpar/polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;
- Executar demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

2. Áreas externas tipo II - Varrição de pátios, passeios e arruamentos:
Consideram-se áreas externas tipo II as áreas destinadas a estacionamentos (inclusive garagens cobertas), passeios, alamedas, arruamentos, campos de futebol e demais áreas circunscritas nas dependências da contratante. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequência Diária:
-Manter os cestos isentos de detritos, acondicionando-os em local indicado pela Contratante;
-Varrer as áreas pavimentadas, removendo os detritos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;
-Retirar papéis, detritos e folhagens, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela contratante, sendo terminantemente vedada ai queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita, observada a. legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;
-Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Frequência Semanal:
-Executar serviços considerados necessários à frequência semanal.

Frequência Mensal:
-Executar serviços considerados necessários a frequência mensal.

3. Áreas externas tipo III - Coleta de detritos em áreas verdes: Considera-se áreas externas tipo III os jardins, gramados e demais áreas verdes. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequência Periódica:
- Manter os cestos isentos de detritos, acondicionados em local indicado pela Contratante;
- Coletar papéis, detritos e folhagens das áreas, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela Contratante, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita de propriedade da Contratante, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho.
- Executar demais serviços cuja execução seja necessária periodicamente.

4. Esquadria externa (face interna/externa): Considera-se esquadria externa, a janela das edificações, nela incluídos os vidros. As esquadrias se compõem de face interna e face externa. A quantificação da área dos vidros externos deverá se referir somente a uma de suas faces. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequência Mensal:
- Limpar todas as esquadrias externas, face interna/externa, aplicando-lhes produtos adequados.

5. Fachada envidraçada (face externa): Considera-se fachada envidraçada (face externa), aquela localizada no frontispício das edificações, sendo está toda em vidro. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequência Mensal:
- Limpar toda a fachada envidraçada, face externa, aplicando-lhes produtos ante embaçantes.

Composição e atribuições da equipe de higienização:

Gerente Operacional:
- Profissional responsável pela coordenação e orientação técnica dos colaboradores atuantes nas áreas da assistência na unidade;

- Responsável pela supervisão, planejamento e desenvolvimento do Plano de Educação Permanente do serviço de limpeza da unidade;
- Responsável pela elaboração e analise dos indicadores da política de Qualidade do serviço de limpeza da unidade;
- Responsável pelos relatórios e preparação de planilhas de desempenho dos colaboradores e produção do serviço;
- Profissional participante das visitas técnicas.

Superviso de turma:
- Profissional responsável pelo planejamento, cronograma de higienização, escalas dos agentes e encarregados de limpeza, escalas dos agentes e encarregados de limpeza, fiscalização dos procedimentos operacionais de serviços, inclusive da frequência por meio do controle de ponto, férias, folgas, substituições, e no caso que caiba aplicação de advertências de acordo com as normas internas da empresa;
- Responsável pela Inspeção, notificação e orientação para o adequado desempenho das atividades dos agentes de limpeza.

Agente de limpeza:
- Profissional responsável pela execução dos serviços de higienização de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor, com os cuidados necessários e usando os EPl(s) no correr por procedimento da Limpeza;
- Responsável pelo uso e guarda e conservação dos seus uniformes e equipamentos pessoais, cabendo-lhe comunicar à liderança qualquer alteração que os tornem impróprios para o uso.

Agente de limpeza de fachada:
- Profissional com experiência na área de serviços em altura, ensino médio completo, boa comunicação, agilidade, flexibilidade, racioc1rno rápido, capacidade de organização e disciplina responsável pela execução dos serviços de higienização de acordo' com as normas estabelecidas pela chefia, com os cuidados necessários e usando os EPI no correr do procedimento da limpeza;
- Responsável pelo uso e' guarda e conservação dos seus uniformes e equipamentos pessoais, cabendo-lhe comunicar à liderança qualquer alteração que os tornem impróprios para o uso;
- Responsável pela limpeza das fachadas envidraçada e esquadrias externa, aplicando-lhes produtos. ante embaçantes e desengordurantes;
- Responsável pela limpeza de vidros e esquadrias; mármores pastilhas; de reparos na fachada inclusive pinturas quando necessário; manutenção e reparos da parte elétrica na fachada (letreiros e holofotes); impermeabilização de vidros utilizando metodologia de vedação com silicone; colocação de mantas, quando necessário; suporte nas trocas de vidros danificados; suporte emergencial 24 horas.

Agente Operador em Controle de Pragas:
- Profissional treinado para a identificação de áreas contaminadas com a presença das pragas, mais especificamente com relação à *Biatei/a gennanica* (barata "francesinha"), *Periplaneta americana* (barata de esgoto), *Rattus norvegicus* (Ratazana) e *Mus muscu/us* (Camundongo) e outras espécies de insetos, expertise na aplicação dos produtos específicos de combate para cada um dos tipos de animal, e. acompanhamento dos resultados com relatórios e descrição de possíveis inconformidades.

Os protocolos de boas práticas do Serviços da Higienização serão discutidos com os responsáveis de cada unidade assistencial e comissão de controle de infecção hospitalar do UPA, para adequá-lo ao perfil de cada serviço, seguindo as normas técnicas de controle, identificação, sinalizações, horários previstos de visitas e execução das atividades e acesso nas dependências internas do estabelecimento.

Os protocolos de Higienização tratarão principalmente da descrição da equipe e do serviço, dos princípios básicos da limpeza, dos procedimentos relativos à higienização detalhando-os por tipos e metodologia para o seu tratamento, também tratam entre outros temas das normas de conduta dos colaboradores.

A seguir apresentamos alguns aspectos constantes nos protocolos, relacionados às Normas de Conduta:

Comportamento:
- Apresentar-se no local de trabalho devidamente uniformizado após ter registrado o seu ponto;
- Desenvolver as suas atividades com presteza e rapidez, respeitando a hierarquia da Instituição;
- Preservar o silêncio no ambiente de trabalho. Ter um tom de voz moderado, andar discreto e manusear adequadamente os materiais e equipamentos, evitando barulhos desnecessários;
- Bater à porta antes de entrar nas dependências onde vai atuar e cumprimentar clientes internos e externos;
- Tratar todos os clientes internos e externos como Senhor e Senhora;
- Evitar permanecer em grupos durante o seu horário de trabalho;
- Usar sempre o crachá de identificação funcional.

Apresentação:
- Apresentar-se diariamente ao serviço com o uniforme completo e limpo:
Calça de elástico, blusa e sapatos próprios ao uniforme;
Manter cabelos presos e arrumados;
Usar apenas maquilagem discreta;
Usar adornos somente pequenos e de cores discretas;
Manter unhas curtas e limpas e uso de esmaltes apenas de cores discretas.

- Para o sexo masculino deve ser observado:
Calça com de elástico, camisa e sapatos próprios ao uniforme;
Manter cabelos curtos e penteados;
Manter barba feita;
Uso discreto de adornos, inclusive aliança;
Manter unhas limpas e curtas.

Proibições:
- Não será permitido aos colaboradores em serviço:
Introduzir pessoas estranhas ao serviço;
Venda de rifas e qualquer tipo de comércio;
Comer no ambiente de trabalho (deverão ser usadas áreas destinadas para este fim);
Receber dinheiro de clientes internos e externos pelo trabalho prestado;
Retirar material e equipamentos das dependências do ambiente de trabalho;
Entrar em áreas restritas sem acompanhamento do supervisor ou responsável pela área;
Uso do telefone nos locais de trabalho. Em caso de necessidade, solicitar ao encarregado ou supervisão;
Atender solicitações de ordem pessoal de clientes internos e externos e/ou setores (compras de cigarro, xerox, mensagens, etc.)
Usar equipamentos que não sejam próprios ao trabalho;
Assistir TV nas recepções dos locais de trabalho.

Comportamento Ético

Zelar pelo bom nome da Instituição;
Zelar pelo bom nome do serviço de higienização;
Manter-se discreto sobre o que ouve e vê nas dependências do ambiente de trabalho;
Não emitir opiniões negativas sobre a Instituição, o serviço e profissionais;
Não fazer nenhum tipo de discriminação: religiosa, social, racial;
Manter-se cooperativo com o seu grupo de trabalho e com a Instituição;
Comunicar qualquer não conformidade identificada no seu local de trabalho ou áreas de circulação à liderança ou responsável pelo setor para que seja corrigida e com isso manter a qualidade do serviço.

Biossegurança
Será obrigatório o uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC de acordo com orientações atentando para evitar acidentes próprios ou de terceiros:
Equipamentos de Proteção Individual (EPI): visando a proteção do colaborador durante a realização de determinadas tarefas. É composto de óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, avental impermeável ou não, máscara, gorro descartável, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, vidros e outros.
Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC): visando a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas. É composto de placas sinalizadoras, cones, fitas zebradas e outros.
Fica proibida a utilização de cordas para a execução de serviços de limpeza externa de vidros.
A empresa contratada deverá apresentar relação dos equipamentos e materiais de proteção individual e coletiva (EPI e EPC) utilizados por seus colaboradores;
Comunicar à liderança as não conformidades na sua área de atuação ou áreas de circulação que estejam favorecendo ocorrências de acidentes;
Utilizar corretamente materiais e equipamentos, não realizando improvisos que comprometam o seu funcionamento ou levem a acidentes.
A verificação da qualidade do serviço terá procedimentos específicos inclusive visitas técnicas periódicas definidas junto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Segurança do Trabalho e o responsável do Setor da respectiva unidade assistencial a ser verificada.
Mediante "*check list*" serão avaliadas as atividades como:
Pesquisa de satisfação aos clientes perante o serviço de higienização;
Cumprimento do cronograma· de higienização e limpeza;
Cumprimento das atividades de rotina;
Uso de EPI e EPC;
Apresentação pessoal e com uso correto do uniforme.
Os indicadores levantados acima descritos serão apresentados em relatórios ao responsável por cada unidade assistencial.

Disposições gerais

A Limpeza Hospitalar deve seguir normas técnicas recomendadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, principalmente, com respeito ao treinamento, reciclagem e supervisão sistemática do pessoal, relatório de ocorrências e demais determinações.

- Todos os produtos, materiais e equipamentos devem ser submetidos à prévia apreciação e aprovação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da unidade Contratante.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua composição, fabricante e utilização, deverão ter registro no Ministério da Saúde e serem comprovados mediante apresentação de cópia reprográfica do Certificado de Registro expedido pela Divisão de Produtos (DIPROD)

ANVISA e Divisão de Produtos Saneantes Domissanitários (DISAD), da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

As técnicas de limpeza e soluções a serem utilizadas nas atividades descritas, observarão o disposto na Portaria n.° 2616, de 12/05/98, do Ministério da Saúde, Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde.

As técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde, deverão observar as normas da ANVISA, NBR 12.810, NBR 12.807 e NBR 12.809.

- O Serviço de Higiene implantará manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas, a seguir apresentamos Procedimento Operacional Padrão que poderá ser adaptado para utilização no UPA.

INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE	Procedimento Operacional Padrão para Rotina de Limpeza	Serviço / Setor: Limpeza POP: (Limpeza+ Nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /
Responsável:		

AMBIENTE: CENTRO CIRÚRGICO

AMBIENTE/SUPERFICIE		FREQUENCIA	
		Limpeza Concorrente	Limpeza Terminal
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Semanal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		Após cada procedimento	Semanal e sempre que necessário
Dispensadores e porta escova			Ao final da última cirurgia e sempre que necessário
Maca transfers			Semanal e sempre que necessário
Luminárias e similares			Semanal e sempre que necessário
Janelas	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Pisos em geral		Após cada procedimento	Semanal e sempre que necessário
Lavatório		Após cada procedimento e sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face interna	Após cada procedimento e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face interna	Após cada procedimento e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Sempre ao término do papel

SALAS ESPECIFICAS DO CENTRO CIRÚRGICO

Salas pré-operatórias / pré-parto		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
Salas operatórias		Antes do início de cada cirurgia e após cada cirurgia	1 vez ao dia
Reanimação do RN		3 vezes ao dia e sempre que necessário	1 vez ao dia
Recuperação pós anestéeica		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
Lavatório		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	Após cada procedimento e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	Após cada procedimento e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

SERVIÇOS DE EMERGENCIA / UTI/ CUIDADOS INTERMEDIÁRIO			
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Mensal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
Mobiliário sem pacientes			Na saída do paciente e sempre que necessário
Luminárias e similares			Semanal e sempre que necessário
Janelas	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Paredes, divisórias, teto, portas e visores			Semanal e sempre que necessário
Pisos em geral		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Lavatório		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel
AMBULATÓRIOS			
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Mensal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Quinzenal e sempre que necessário
Luminárias e similares			Quinzenal e sempre que necessário
Janelas	Face interna		Quinzenal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Paredes, divisórias, teto, portas e visores			Quinzenal e sempre que necessário
Pisos em geral		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Consultórios / triagem		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Salas de curativos		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Salas de medicação / inalação		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Salas de vacinação		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Lavatório		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO			
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Semanal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
Luminárias e similares			Semanal e sempre que necessário
Janelas	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Paredes, divisórias, teto, portas e visores			Semanal e sempre que necessário
Pisos em geral		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Lavatório		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel
FARMÁCIA			
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Semanal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		1 vez ao dia e sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
Luminárias e similares			Semanal e sempre que necessário
Janelas	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Paredes, divisórias, teto, portas e visores			Semanal e sempre que necessário
Pisos em geral		1 vez ao dia e ao final do expediente e sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel
LABORATORIOS			
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Mensal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		1 vez ao dia e sempre que necessário	Diária e sempre que necessário
Luminárias e similares			Mensal e sempre que necessário

Mobiliários (cadeiras, mesas)			1 vez ao dia e sempre que necessário
Janelas	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
Paredes, divisórias, teto, portas e visores			Semanal e sempre que necessário
Pisos em geral		1 vez ao dia e ao final do expediente e sempre que necessário	Semanal
Lavatório		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel
BANHEIROS EM GERAL			
Pisos, área de banho, vasos, pias, torneiras e acessórios		2 vezes ao dia e sempre que necessário	
Banheiro completo			Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel
Elaborado por (nome/função)	**Revisado por (nome/função)**	**Aprovado por (nome/função)**	

Serviço de Nutrição

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO e DIETÉTICA - SND

A desnutrição, em âmbito hospitalar, foi identificada nas décadas de 70 e 80, desde então, preocupa os profissionais da saúde, devido à grande importância que o estado nutricional tem sobre o tratamento de pacientes visto que, a desnutrição hospitalar é fator de risco para piora da evolução clínica, pois prejudica a função imune, interferindo na susceptibilidade às infecções, cicatrização e resposta inflamatória. Os prejuízos da desnutrição impactam também na perda de massa muscular prejudicando a função do trato gastrointestinal, dos músculos respiratórios e cardíacos acarretando maiores chances de fraturas ósseas e úlceras de pressão. Além disso, um paciente desnutrido, em sua maioria, acaba apresentando apatia e depressão durante seu tratamento.

Atualmente, o papel do SND na assistência ao paciente está bem documentado na literatura e já se tornou parte integrante da assistência ao paciente, especialmente para aqueles em estado grave, com depleção nutricional ou com ambas as indicações simultaneamente. A atuação do SND evoluiu da simples administração de nutrientes essenciais para um conjunto de medidas adjuvantes capazes de modificar a resposta ao estresse e melhorar os resultados finais do tratamento.

Assim, o **Serviço de Nutrição e Dietética do UPA** tem a finalidades de planejar, receber, armazenar e distribuir as refeições para colaboradores, pacientes e acompanhantes, conforme as normas da vigilância sanitária.

O SND funcionará em regime de 24 horas por dia durante todos os dias do ano ininterruptamente, prestando assistência integral ao paciente e aos colaboradores da Unidade Hospitalar, sobre a supervisão de uma nutricionista responsável técnica.

Objetivo do SDN:

1. Gerenciar o Serviço de Nutrição e Dietética, norteado pelos princípios da gestão da qualidade, com o objetivo de desenvolver as atividades técnico-administrativas necessárias para a produção de alimentos e refeições, até a sua distribuição para coletividade sadia e enferma, com a prestação de assistência aos pacientes internados e ambulatorial nas diversas áreas de atendimento nutricional de maneira qualificada e eficiente, com a organização de processos preventivos e terapêuticos de modo à torna-los mais eficazes e menos dispendiosos, otimizando os resultados com vistas na melhoria da qualidade de vida e segurança dos pacientes e demais usuários do serviço.

Serão competências do Serviço:

1. Assegurar a assistência nutricional individualizada, eficiente e humanizada aos pacientes;
2. Assegurar o controle higiênico sanitário no SND;
3. Desenvolver e implementar as técnicas apropriadas de nutrição clínica e terapia metabólico-nutricional;
4. Realizar avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional.
5. Formular as preparações dietoterápicas estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação;
6. Orientar o paciente e responsável legal, quanto utilização das preparações dietoterápicas;
7. Contribuir para reduzir do tempo de internação hospitalar e na diminuição das taxas de morbimortalidade;
8. Utilizar técnicas pré-estabelecidas de preparação dietoterápicas que asseguram a manutenção das características nutricionais dos alimentos dentro de padrões recomendados;
9. Realizar a Nutrição Clínica dos pacientes adotando os seguintes critérios:
- Realizar anamnese nutricional (Folha de Admissão Nutricional);
- Elaborar e disponibilizar os Protocolos de Nutrição;
- Elaborar os Mapas de Prescrição Nutricional;
- Elaborar e disponibilizar orientações nutricionais;
- Disponibilizar solicitação das dietas ao setor de alimentação;
- Realizar mapa de acompanhamento diário;
- Realizar Evolução Nutricional;
- Realizar orientação de alta nutricional;
- Realizar registros da assistência nutricional no prontuário do paciente.
10. Desenvolver programas de educação continuada de profissionais, residentes e alunos da graduação dentro das áreas de Nutrição enfatizando progressos recentes na área da Nutrição;
11. Investigar cientificamente novas propostas e metodologias em Terapia Nutricional e Metabólica, clinicamente, respeitando as normas éticas da pesquisa científica.

Composição da equipe do SND

A equipe de nutrição do **UPA** será composta pelos seguintes profissionais:
- Nutricionistas
- Cozinheiros
- Copeiros
- Auxiliares de cozinha / Despenseiro
- Auxiliar Administrativo

Atribuições da equipe do SND

Atribuições do Nutricionista Coordenadora:

1. Implantar e acompanhar a execução de procedimentos de boas práticas em *nutrição* e dietética hospitalar;
2. Colaborar com as atividades de fiscalização profissional e sanitária;
3. Participar da elaboração de projetos de construção e/ou reforma da área física do S.N.D;
4. Colaborar na execução dos programas de nutrição, e de pesquisas cientificas e de estágios;
5. Elaborar escalas de serviço e fazer remanejamento de pessoal, de acordo com as necessidades do S.N.D.;
6. Implementar controle de plantões, como trocas, substituições, quantidades de acordo com necessidade do serviço;
7. Controlar manutenção de equipamentos e utensílios, assim como aquisição dos mesmos;
8. Avaliar qualidade e quantidade das atividades dos colaboradores do S.N.D.;
9. Realizar reuniões periódicas para avaliação das atividades desenvolvidas no Serviço;
10. Colaborar com os demais Serviços do UPA, participando das reuniões e atividades afins;
11. Planejar, orientar e desenvolver programas e treinamentos, em parceria com os setores responsáveis, para os colaboradores do S.N.D.;
12. Participar de Processos de Padronização proposta pela Diretoria Técnica;
13. Apresentar à Diretoria Técnica relatórios periódicos de atividades e estatísticas do S.N.D.;
14. Cumprir e fazer cumprir: Ordens de Serviço, Portarias e Regulamento expedidos pelo Diretor Geral da unidade;
15. Cumprir e fazer cumprir os dispositivos legais que regulamentam o exercício profissional dos profissionais de Nutrição:
Lei nº 8.234 de 1991, que regulamenta a profissão Nutricionista e determina outras providências;
Resolução CFN Nº 334/2004 Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências
RESOLUÇÃO CFN Nº 333/2004 Dispõe sobre o Código de Ética Profissional dos Técnicos em Nutrição e Dietética e dá outras providências.

Atribuições dos Nutricionistas de Produção:

1. Solicitar o balanço diário de gêneros e materiais estocados;
2. Requisitar ao almoxarifado, de acordo com o balanço e o cronograma de pedido, os gêneros alimentícios não perecíveis e os materiais descartáveis;
3. Encaminhar aos fornecedores, de acordo com o cronograma de abastecimento, a solicitação de gêneros perecíveis;
4. Acompanhar o processo de abastecimento e armazenamento de gêneros alimentícios;
5. Solicitar dos fornecedores a substituição de gêneros alimentícios que não atendam às especificações;
6. Orientar técnicas de preparo de alimentos, porcionamento e distribuição de refeições;

7. Elaborar cardápios adequados às condições do Serviço;
8. Modificar a requisição de gêneros para a confecção de cardápios, surgir à necessidade de substituir insumos;
9. Requisitar insumos para a execução de cardápios
10. Orientar e acompanhar os procedimentos previstos nos protocolos de boas práticas do SND;
11. Realizar controle mensal do consumo de gêneros alimentícios;
12.Realizar estatística mensal das refeições servidas;
13. Elaborar trimestralmente, a previsão de gêneros alimentícios e de material de consumo;
14.Supervisionar o processo de abastecimento e armazenamento de gêneros alimentícios;
15. Manter contato com fornecedores visando solucionar questões relativas ao fornecimento de gêneros, encaminhando para a Coordenadora do Serviço àquelas que julgar necessárias;
16. Participar da elaboração de cardápios;
17.lntroduzir preparações no cardápio;
18.Supervisionar a qualidades e quantidade de gêneros alimentícios a das preparações a serem servidas;
19.Providenciar a confecção e distribuição para os diversos setores do impresso contendo a programação semanal do cardápio para colaboradores;
20. Elaborar as escalas de Serviços dos colaboradores do setor, juntamente com a Coordenação;
21. Comunicar a ocorrência de trocas e/ou substituições de plantões de colaboradores da Supervisão de Produção à Supervisão de Gestão de Pessoas;
22.Solicitar reparo ou reposição de material danificado e a aquisição de materiais necessários ao setor;
23.Colaborar na execução de estágios de Nutrição em parceria com as Instituições de Ensino;
24.Solicitar a realização de cursos e treinamentos para colaboradores do Serviço;
25.Reunir informações registradas no serviço relativas às atividades desenvolvidas;
26.Participar da Elaboração dos Relatórios periódicos do S.N.D.
27.Registrar atividades desenvolvidas no Serviço.

Atribuições das Nutricionistas Dietoterápicas / Clínicas:

1. Participar da Equipe Multidisciplinar de Saúde;
2. Promover assistência Nutricional integral aos pacientes;
3. Elaborar prescrição dietética, com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica, adequando-a as condições do paciente, em consenso com o Médico assistente;
4. Programar a T.N.E. (Terapia Nutricional Enteral), formulando-a e estabelecendo as suas características;
5. Orientar e supervisionar o processo de confecção e a distribuição da dieta prescrita;
6. Acompanhar a evolução nutricional do paciente;
7. Colaborar na formação de profissionais da área de saúde;
8. Orientar estágios de Nutrição, em colaboração com as Instituições de Ensino;
9. Orientar alimentação de transição para pacientes em desmame da Terapia Nutricional Enteral e/ou Parenteral;
10. Elaborar Plano Alimentar de Alta Hospitalar, quando solicitado;
11. Realizar orientação nutricional de alta hospitalar para pacientes com indicação de Nutrição Enteral Domiciliar;
12.Realizar a cada início de plantão, conforme a necessidade, o remanejamento dos colaboradores da área de Dietética;
13.Elaborar as escalas de Serviço dos colaboradores do Serviço, juntamente com a Coordenação;
14.Elaborar o pedido mensal de plantões das Nutricionistas;
15. Programar o cronograma de férias das Nutricionistas;

16.Comunicar em formulário próprio a ocorrência de trocas e/ou substituições de plantões de colaboradores da área de Dietética à Supervisão de Gestão de Pessoas;
17.Supervisionar a confecção de lanches e de dietas dos pacientes;
18. Participar da elaboração e revisão dos protocolos de boas práticas do SND;
19.Solicitar reparo ou reposição de material danificado e a requisição de materiais necessários ao Serviço;
20. Controlar os impressos utilizados na Supervisão de Dietética e fazer solicitação semanal à gráfica ou ao almoxarifado de acordo com a necessidade;
21. Participar da elaboração dos Relatórios periódicos do S.N.D;
22.Solicitar a realização de cursos e treinamentos para os colaboradores do Serviço;
23. Colaborar na execução de estágios de Nutrição em parceria com as Instituições de Ensino;
24. Colaborar na execução de estágios práticos e de pesquisas científicas na área Clínica;
25. Registrar as atividades desenvolvidas no Serviço.

Atribuições do Despenseiro:
1. Receber e conferir os gêneros alimentícios e materiais;
2. Realizar processo de higienização dos gêneros, de acordo com as normas do serviço;
3. Realizar o armazenamento adequado, de acordo com as normas do serviço, de gêneros e materiais recebidos;
4. Realizar balanço diário dos gêneros e materiais armazenados;
5. Entregar os insumos ao responsável pela respectiva área de trabalho, obedecendo à requisição da Nutricionista de Produção;
6. Comunicar à Supervisão imediata qualquer falta e/ou alteração no fornecimento normal de gêneros e materiais;
7. Encaminhar à Supervisão imediata os comprovantes de requisições e notas de entregas, devidamente assinadas e datadas;
8. Zelar pela manutenção da limpeza, ordem, controle de materiais e equipamentos do local de trabalho;
9. Comunicar à Nutricionista, quando para a confecção das preparações; necessário, a substituição de insumos
10.Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da unidade.

Atribuições do Cozinheiro:
1. Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
2. Executar as preparações determinadas pela Nutricionista de Produção;
3. Encaminhar as preparações especiais solicitadas pela Nutricionista Dietoterápica;
4. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
5. Comunicar à Supervisão imediata qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
6. Distribuir as preparações sob sua responsabilidade para as áreas de porcionamento de refeições.
7. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da unidade.

Atribuições do Auxiliar de Cozinha:
1. Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
2. Solicitar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
3. Comunicar à Nutricionista responsável qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
4. Executar a confecção de preparações determinadas pela Nutricionista de Produção;
5. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
6. Executar o porcionamento e a distribuição de refeições para os usuários do refeitório;

7. Lavar e higienizar as panelas e utensílios após a sua utilização;
8. Lavar os carros após a distribuição das refeições;
9. Lavar e esterilizar as bandejas de refeições;
10. Executar a limpeza e organização do Refeitório, antes e após as refeições;
11. Executar a limpeza do Serviço, de acordo com o cronograma de higienização do S.N.D;
12. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da unidade.

Atribuições da Copeira:
1. Distribuir as refeições para os pacientes, seguindo o mapa de dieta;
2. Executar a montagem de dietas livres;
3. Participar da confecção centralizada dos lanches, de acordo com a escala do Serviço;
4. Solicitar, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
5. Zelar pela guarda e higiene de utensílios utilizados na distribuição refeições;
6. Atender aos pedidos de alimentos sob a orientação da Nutricionista;
7. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da unidade.

Auxiliar Administrativo:
1. Redigir e preparar correspondências;
2. Organizar fichários e arquivos;
3. Preencher requisições e formulários;
4. Controlar a movimentação de documentos;
5. Receber e transmitir mensagens telefônicas;
6. Digitar os documentos necessários ao Serviço;
7. Desempenhar tarefas correlatas que lhe forem solicitadas;
8. Auxiliar as Nutricionistas responsáveis na elaboração das escalas de Serviço;
9. Controlar a distribuição de materiais utilizados;
10. Manter atualizado o impresso de controle de refeições
11. Realizar controle diário de faltas e substituições dos colaboradores do S.N.D.
12. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da unidade.

Atividades do serviço de Nutrição:
As atividades do serviço de nutrição se dividirão em duas partes:
- Produção: Será responsável pelo desenvolvimento das atividades inerentes a produção gastronômica.
- Clínica: Será responsável pelo acompanhamento diário aos pacientes com adequação das dietas de acordo com o quadro clínico apresentado e as particularidades inerentes a cada patologia.

PRODUÇÃO

O Serviço de Nutrição realizará a produção e a distribuição de todos os alimentos do UPA, empenhando-se muito para fazê-lo com qualidade. Terá a finalidades de planejar, receber, armazenar e distribuir as refeições conforme as normas da vigilância sanitária. Funcionará diariamente sobre a supervisão de uma nutricionista que será responsável pelo planejamento e organização do setor. Essa área produzirá refeições com dietas especializadas e de acordo com a prescrição dietoterápica. O sistema de distribuição de refeições será centralizado sendo as mesmas porcionadas e acondicionadas dentro da cozinha.

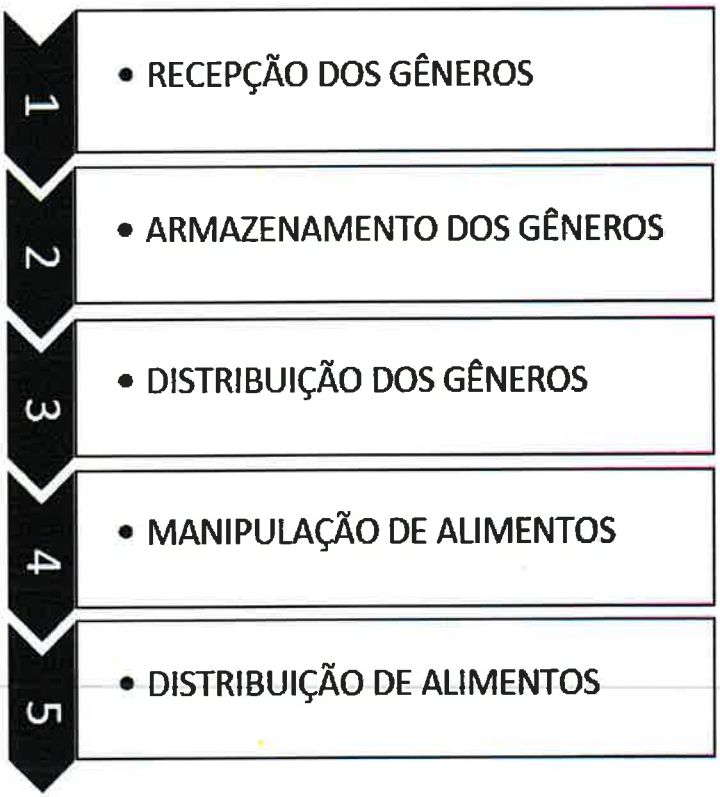
As refeições serão confeccionadas conforme as Normas Higiênico-sanitárias dos Alimentos para garantir o fornecimento de refeições segura sob o ponto de vista higiênico sanitário por meio de rotinas de trabalho dentro da produção através de:

- Controle a higiene pessoal dos colaboradores;
- Avaliação da qualidade do produto e do fornecedor;
- Supervisão das dietas produzidas;
- Controle da higiene de utensílios, equipamentos e local de trabalho;
- Controle contínuo do combate as pragas;
- Controle ao acesso de visitantes e pessoal externo à área de produção de alimentos.

A produção das dietas seguirá alguns critérios, tais como:

• As dietas pastosas, hipossódicas, para diabetes, hipoprotéicas, ricas ou pobres em fibras, etc., terão seus cardápios baseados na dieta normal/branda, com modificação na consistência das preparações e adaptações, com acréscimos ou retiradas de componentes, baseados nas necessidades do paciente.
• As Dietas Líquidas e Semilíquidas serão individualizadas, baseadas nas necessidades de cada paciente.
• As dietas especiais serão confeccionadas individualmente, e a sua composição será determinada pela Nutricionista Assistencial.

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE ALIMENTOS



1. Recepção de Gêneros:

• O Recebimento tem por finalidade efetuar o recebimento de todos os gêneros alimentícios utilizados no SND. Durante todo o processo de recebimento será realizado controle de quantidade e qualidade, conforme legislações vigentes constantes das Portarias: 1.428 de 26/11/1993 - MS/CVS; 06/99 de 10/03/99; 1.21 O de 03/08/06.
• Os gêneros devem ser recebidos e conferidos, de acordo com as notas entrega do fornecedor. As notas devem ser assinadas e datadas pelo / colaborador conferencista. Este processo deve ser supervisionado pela Nutricionista;
• Devem ser substituídos pelo fornecedor os gêneros que não atendam às especificações, que estejam com prazo de validade vencida, com embalagem danificada ou que apresentem características físicas inadequadas;
• Eventuais alterações nas notas de entrega ou no cronograma de abastecimento devem ser comunicadas imediatamente à Nutricionista;
• Os gêneros recebidos devem ser higienizados, de acordo com os protocolos de boas práticas do S.N.D.;
• A área de recepção de gêneros deve permanecer limpa.

2. Armazenamento de Gêneros:

• O armazenamento dos produtos destinados à cozinha será dividido em duas áreas: Estocáveis e Perecíveis.
- Os **estocáveis** são os alimentos de maior tempo de duração ou validade como cereais, temperos, enlatados, açúcar, farináceos, café, óleo comestível, etc., além de materiais de uso e reposição como descartáveis em geral, talheres, pratos, bandejas, recipientes diversos, e outros. Estes por não necessitam de temperaturas baixas para a sua conservação, serão armazenados na despensa.
- Os **perecíveis** por contarem com menor tempo de duração, como ovos, legumes, frutas e verduras, serão estocados sob refrigeração, em câmara frigorífica, com a faixa de temperatura adequada para congelados, carnes, laticínios e vegetais.
• Os gêneros devem ser armazenados em locais apropriados, de acordo com os protocolos de boas práticas do serviço;
• Os gêneros devem ser organizados de forma a facilitar o fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);
• As caixas plásticas devem ser transportadas sobre carrinhos ou carregadas com as mãos;
• Os recipientes com tampas devem permanecer tampados;
• As portas das câmaras frigoríficas devem permanecer fechadas, permanecendo abertas o menor tempo possível;
• A área de armazenamento deve permanecer limpa;
• Os locais sem refrigeração, atenderão aos seguintes critérios:
Os empilhamentos de embalagens serão feitos de maneira segura e nos locais determinados, obedecendo a forma e as quantidades recomendadas;
Será evitado guarda de cargas em áreas de circulação, na proximidade da porta, quadros de energia elétrica, extintores e outros equipamentos.
Os colaboradores farão treinamentos sobre os procedimentos como o desligamento de chaves em quadros de energia elétrica, telefones de emergência, manuseio de extintores de incêndio e rotas de fuga seguindo as devidas sinalizações.

• Nas câmaras frigoríficas os colaboradores serão orientados quanto:

A importância de procurar acumular os alimentos na antecâmara para retirá-los depois, evitando maiores choques térmicos, caso seja necessário entrar e sair várias vezes da câmara.
Ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.) necessários, casaco térmico com capuz, luvas térmicas e botas.
A necessidade de diariamente, antes da primeira entrada em qualquer das câmaras, verificar o destravamento das portas pelo lado interno (em todas as câmaras).

3. Distribuição de Gêneros:

• A distribuição de gêneros deve obedecer ao fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);
• A distribuição de gêneros somente é feita mediante apresentação de requisição da Nutricionista;
• A distribuição de gêneros deve obedecer aos horários pré-estabelecidos pela Coordenação do S.N.D.;
• A substituição de gêneros só pode ser feita pela Nutricionista responsável, devendo a mesma ser comunicada pelo despenseiro sobre esta necessidade com a devida antecedência;
• A área de distribuição de gêneros deve permanecer limpa.

4. Manipulação de alimentos:

• O manipulador de alimentos deve seguir as Normas de Conduta do Manipulador e dos protocolos de boas práticas do serviço;
• A distribuição de colaboradores por área de trabalho deve obedecer à escala de serviço e atender às necessidades e conveniência do Serviço.
• Cada etapa da Manipulação de Alimentos é executada pelos manipuladores (Cozinheiro, Copeiro e Auxiliar de Cozinha) treinados para a execução da mesma.

Pré - Preparo:

• Esta etapa dos procedimentos incluirá as seguintes tarefas:
Transporte dos alimentos de suas áreas de estoque;
Retirada de embalagens;
Cortes;
Seleção (grãos, folhas e outros);
Retirada de cascas ou sementes;
Lavagem.

• A área de pré-preparo, os utensílios e gêneros alimentícios que ser utilizados durante este processo deverão ser previamente higienizados;
• As operações de pré-preparo devem obedecer às orientações feitas pela Nutricionista responsável;
Qualquer alteração verificada na quantidade/qualidade dos gêneros o cozinheiro deve comunicar à Nutricionista;
Os dejetos acumulados durante o pré-preparo devem ser colocados pelo cozinheiro nos depósitos apropriados;
Após o pré-preparo devem ser higienizados os utensílios e as áreas utilizadas.

Preparo:

• A operação de preparo dos alimentos deve obedecer às orientações, feitas pela Nutricionista responsável, para cada tipo de preparação;

• A área e os utensílios destinados à operação de preparo dos alimentos devem ser previamente higienizados;
• Os equipamentos elétricos devem ser manipulados obedecendo às Normas de Segurança. Após sua utilização devem ser imediatamente desligados. Somente depois de certificar-se de que os equipamentos estão desligados pode ser iniciada a higienização dos mesmos;
• O processo de higienização dos equipamentos utilizados durante o preparo é de responsabilidade do colaborador que o manipulou;
• Os cozinheiros devem zelar pela manutenção dos equipamentos destinados ao processo de cocção dos alimentos. Os mesmos são responsáveis pela higienização, pelo desligamento dos equipamentos elétricos e pelo fechamento dos botões dos equipamentos a gás.
• Sistema centralizado, preparado na cozinha dietética, porcionada em embalagens aluminizadas com tampa;
• A embalagem para sobremesa será devidamente fechada com tampa no caso de doces, e quando fruta embalada em sacos plásticos limpos e atóxicos;
• Os talheres de mesa serão acompanhados de guardanapo e embalados em sacos plásticos;
• As embalagens destinadas às dietas deverão estar devidamente identificadas com nome do paciente, leito, dieta, data e horário;
• Será fornecido copo descartável com ou sem tampa, de acordo com a necessidade dos pacientes.

5. Distribuições de Refeições - Sistema Centralizado:

• As refeições são distribuídas em horários pré-determinados pelo SND;
• Durante o processo de distribuição de refeições os colaboradores devem seguir as normas de conduta e dos protocolos de Boas Práticas/SND;
• A execução das tarefas deve obedecer à Escala de Serviço do S. N. D.
• O porcionamento das preparações deve obedecer aos per capitas preestabelecidos pelo Serviço.
• A distribuição de refeições para pacientes deve obedecer à contagem prévia diária feita pelas Nutricionistas e transcritos para o impresso controle de dietas;
• As auxiliares dietéticas são responsáveis pela execução das dietas de rotina e das dietas especiais;
• As copeiras são responsáveis pela execução das dietas livres e das refeições para os acompanhantes;
• O fornecimento de refeições para colaboradores fora da escala (troca de plantão, dobra ou hora extra deve ser atendido mediante solicitação por escrita da Coordenação/Supervisão/Plantonista do Serviço solicitante, enviada ao SND até 11 horas;
• A distribuição de refeições no refeitório é feita nos horários preestabelecidos e divulgados pelo S. N. D;
• As dietas serão transportadas em recipientes fechados apropriados, para distribuição em carros de transporte fechados apropriados de maneira que garanta a chegada das mesmas em temperaturas adequadas;
• A distribuição de refeições no refeitório deve obedecer à organização da fila;
• Após as refeições, os usuários devem entregar suas respectivas bandejas no guichê próprio.

Número e Horários de Refeições:

REFEIÇÃO	PÚBLICO		
	PACIENTE	ACOMPANHANTE	COLABORADOR
Desjejum	07:00 às 8:00 hs	07:30 às 8:00 hs	06:30 às 7:30 hs
Lanche manhã	09:00 ás 10:00 hs	-	-
Almoço	11:30 às 12:30 hs	12:00 às 13:30 hs	11:00 às 14:00 hs

Lanche tarde	14:30 às 15:30 hs	-	-
Jantar	18:00 às 19:00 hs	18:00 às 19:00 hs	18:00 às 19:00 hs
Lanche noturno	20:30 às 21 :00 hs	-	-
Ceia	-	-	23:00 às 24:00 hs

ATENDIMENTO CLÍNICO NUTRICIONAL DO UPA

A Nutrição Clínico Assistencial faz parte da equipe interdisciplinar de assistência integral ao paciente. Na assistência nutricional ao paciente internado e no ambulatório a dinâmica dos profissionais obedecerá a Resolução CFN nº 380/2005 que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação.

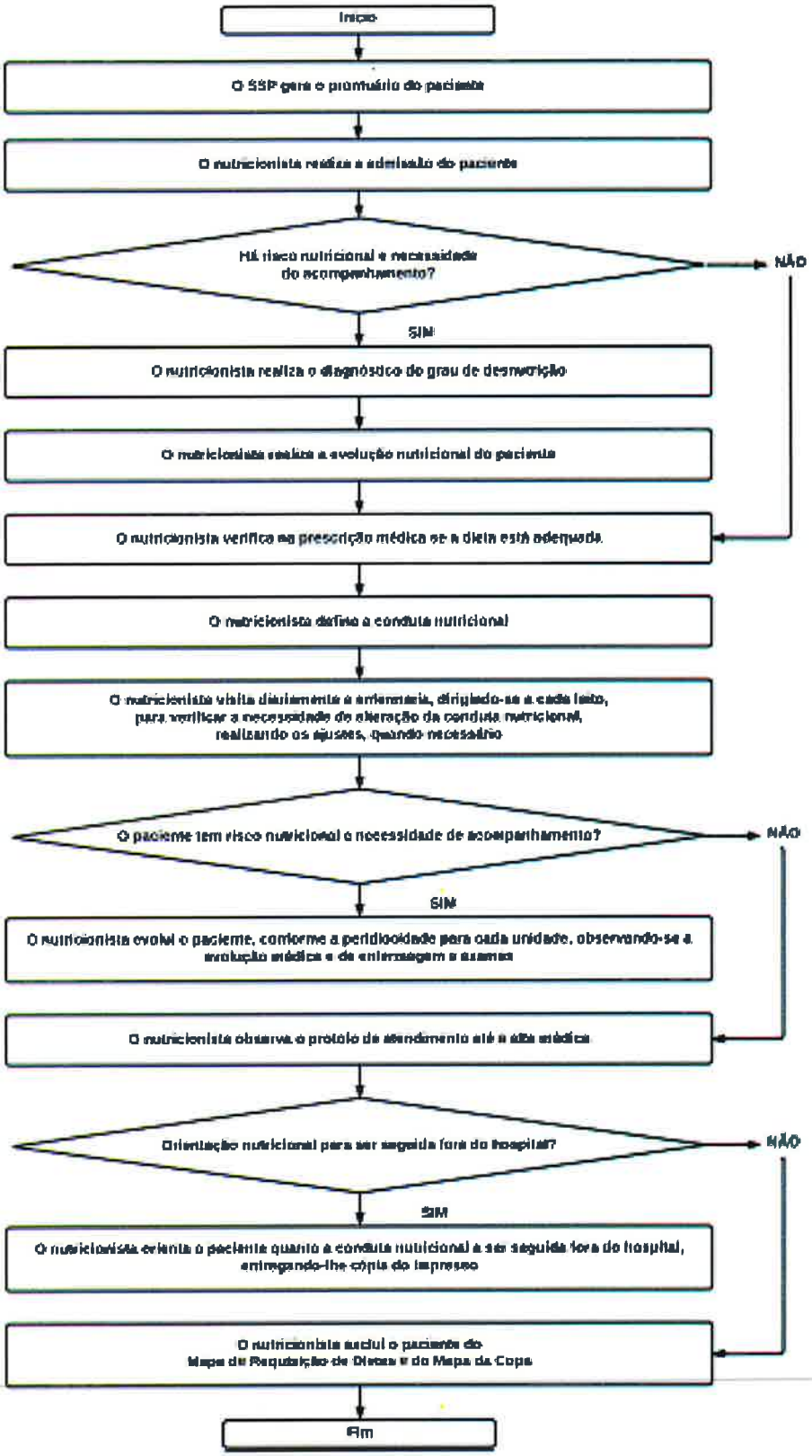
Na Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN), será conforme previsto / na legislação (RDC 63, de 06/07/2000, ANVISA/MS). Assim, os nutricionistas clínicos do SND do UPA deverão atuar como membros da equipe assistencial para:
a) Realizar avaliação e reavaliação nutricional do paciente, conforme níveis de assistência;
b) Indicar os tipos de terapia nutricional mais adequado para cada caso clínico;
c) Formular a nutrição adequada estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação;
d) Realizar avaliação periódica do controle de qualidade das técnicas de terapia nutricional e dos resultados obtidos no tratamento dos pacientes;
e) Realizar atendimento a pacientes ambulatoriais que necessitem de cuidados que necessitarem de acompanhamento nutricional após a alta hospitalar.
f) Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da nutrição prescrita para o período após a alta hospitalar.

Os nutricionistas assistenciais serão responsáveis pelo acompanhamento nutricional dos pacientes internados e ambulatorial onde será feita a triagem para identificação do status nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional, estratificando os pacientes em três grupos de cuidados primário, secundário e terciário a fim de prestar a assistência.
Níveis de assistência em nutrição:

NÍVEL	CARACTERÍSTICA DOS PACIENTES	CONDUTA
PRIMÁRIO	- PACIENTES, CUJA PATOLOGIA DE BASE OU PROBLEMA APRESENTADO NÃO EXIJA CUIDADOS DIETOTERÁPICOS ESPECÍFICOS E QUE NÃO APRESENTAM FATORES DE RISCO NUTRICIONAL	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL INICIALMONITORIZAÇÃO 1X / SEMANA
SECUNDÁRIO	-PACIENTES, CUJA PATOLOGIA DE BASE OU PROBLEMA APRESENTADO NÃO EXIJA CUIDADOS DIETOTERÁPICOS ESPECÍFICOS, PORÉM APRESENTAM FATORES DE RISCO NUTRICIONAL ASSOCIADOS COMO POR EXEMPLO: ANOREXIA, INGESTÃO ALIMENTAR INADEQUADA, HÁBITO ALIMENTAR ERRÔNEO E OUTROS. - PACIENTES, CUJA PATOLOGIA DE BASE EXIGE CUIDADOS DIETOTERÁPICOS E QUE NÃO APRESENTAM FATORES DE RISCO NUTRICIONAL ASSOCIADO.	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL INICIALMONITORIZAÇÃO 3X / SEMANA
TERCIÁRIO	PACIENTES, CUJA PATOLOGIA DE BASE EXIGE CUIDADOS DIETOTERÁPICOS ESPECIALIZADOS E QUE APRESENTAM FATORES DE RISCO NUTRICIONAL	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL INICIAL MONITORIZAÇÃO DIÁRIA

Para os casos em que seja necessário, haverá o acompanhamento da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN), e terá o nutricionista como interlocutor entre o médico assistente e a EMTN. O médico assistente solicitará a interconsulta.
Os pacientes que estiverem em terapia nutricional serão diariamente avaliados pela equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN). A EMTN permanecerá de sobreaviso, caso haja intercorrência relacionada à terapia nutricional fora deste horário e orientará quanto à melhor conduta.
Haverá interação entre os serviços de nutrição assistencial e farmácia a fim de garantir a oferta adequada de nutrição oral, enteral e parenteral.

FLUXO DO ATENDIMENTO CLÍNICO NUTRICIONAL



Normas Administrativas do SND do UPA:

São Normas administrativas do SND:

1. Os colaboradores deverão comparecer ao local de trabalho devidamente uniformizados;
2. Os colaboradores deverão se apresentar ao serviço no horário pré-estabelecido, havendo tolerância de 15 minutos;
3. É proibido o uso do uniforme nas dependências externas da unidade;
4. É proibida a entrada e circulação de pessoas estranhas ao serviço sem autorização prévia da coordenação do SND;
5. Os objetos de uso pessoal, bem como as vestimentas dos colaboradores devem ser guardadas nos armários destinados a este fim;
6. É terminantemente proibida a entrada de colaboradores nas dependências da despensa e câmaras sem autorização da Nutricionista responsável. Os colaboradores da área devem entrar nas câmaras o menor número de vezes possível, obedecendo ao horário de atividades;
7. É obrigatória a higienização imediata de equipamentos e utensílios utilizados nas operações de preparo dos alimentos. O responsável por este procedimento é o colaborador que o manipulou. Após utilização e higienização, os equipamentos elétricos devem ser desligados;
8. É proibido fazer as refeições fora do refeitório;
9. É proibido a todo e qualquer colaborador recolher sobras e/ou restos de alimentos para qualquer finalidade;
10. É proibido ausentar-se do Serviço portando sacolas e/ou pacotes, sem a devida autorização;
11. É proibido fumar nas dependências do SND;
12. É proibido trocar plantões sem a autorização por escrito da Coordenação do S.N.D.;
13. As faltas ao Serviço devem ser comunicadas à Coordenação do S.N.D. para as devidas providências.
14. A equipe de Nutricionistas plantonista do S.N.D. trabalha em regime de plantão diurno e noturno de 12 horas cada, sendo obrigatório a presença permanente na unidade, de onde não podem se afastar para atividades externas, alheias ao plantão;
15. As equipes de Copeiros, Cozinheiros, Auxiliar de Cozinha trabalham em regime de plantão de 12:00 horas (diurno ou noturno), com presença permanente na unidade, de onde não poderão se afastar para atividades externas, alheias ao plantão.

A seguir apresentamos o modelo de POP - Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

INVISA	Procedimento Operacional Padrão	Serviço/Setor: Nutrição POP: (SND + nº de ordem) Elaborado em: / /
SETOR:		
PROCEDIMENTO:		
LOCAL DE EXECUÇÃO:		
EXECUTANTE:		
RESULTADOS ESPERADOS:		
MATERIAL NECESSÁRIO:		
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:		
CUIDADOS ESPECIAIS:		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:		
ELABORADO POR: (NOME/FUNÇÃO)	REVISADO POR: (NOME/FUNÇÃO)	APROVADO POR: (NOME/FUNÇÃO)

Laboratório de Análises Clínicas

O laboratório de análises clínicas do **UPA** visa segurança do pessoal, proteção da amostra, precisão dos resultados, eficiência no fluxo de trabalho, assim como a proteção do meio ambiente e dos riscos provenientes das atividades realizadas no seu interior, e está em condições de atender exames à pacientes oriundos da internação, da unidade de urgências e emergências e ambulatório em atendimento e referenciados:

1. Análises Clínicas
2. Hematologia
3. Microbiologia

Horário de Funcionamento:

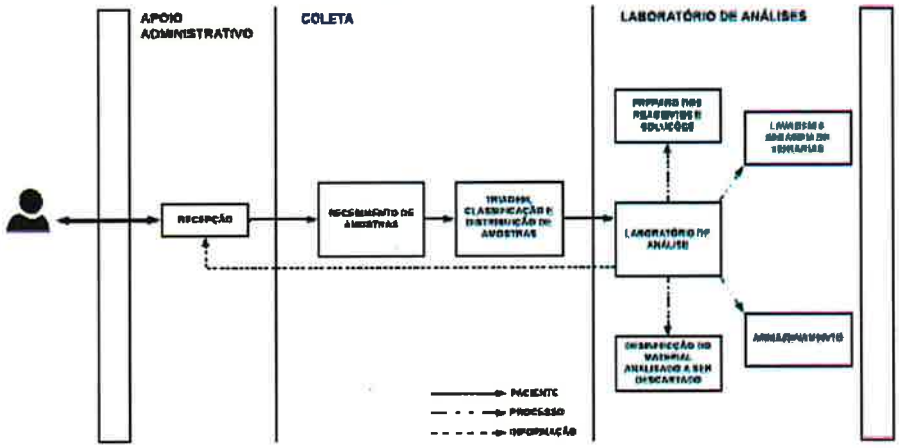
O Laboratório da unidade funcionará com horários distintos para as diferentes clínicas:
- Para o ambulatório: funcionará das 07h00minh às 17h00minh, de segunda a sexta para atendimentos em ambulatório.
- Horário de coleta (paciente externo): 07h00minh às 09h00minh.
- Para as unidades de internação e pronto socorro: funcionará 24 h interruptas todos os dias da semana.

As rotinas serão adaptadas de acordo com a necessidade da unidade para melhor atendimento ao paciente.

Fluxo de Trabalho:

O fluxo básico de trabalho do laboratório conforme ANVISA/ MS RDC n.º 50/2002 e ANVISA/ RDC n.0 302/2005 será:
1. Receber ou realizar a coleta de material;
2. Fazer análise e procedimentos laboratoriais de substâncias ou materiais biológicos com finalidade diagnóstica e de pesquisa;
3. Fazer o preparo de reagentes/soluções;
4. Fazer a desinfecção do material analisado a ser descartado;
5. Fazer a lavagem e preparo do material utilizado;
6. Emitir laudo das análises realizadas em duas vias

Fluxo do Atendimento do Laboratório de Análises Clínicas:



Equipe Técnica:

O laboratório de análises clínicas contará com as seguintes profissionais:
1. Bioquímico;
2. Técnico de Laboratório;
3. Auxiliar Administrativo;
4. Auxiliar de Higienização.

Rotinas de Serviço e Atribuições dos Profissionais:

Bioquímico:

O bioquímico responsável pelo laboratório de análises clínicas desenvolverá suas atividades, com a responsabilidade de planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos, incluindo:
1. A equipe técnica e os recursos necessários para o desempenho de suas atribuições;

2. A proteção das informações confidenciais dos pacientes;
3. A supervisão do pessoal técnico legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;
4. Os equipamentos, reagentes, insumos e produtos utilizados para diagnóstico uso "in vitro", em conformidade com a legislação vigente;
5. A utilização de técnicas conforme recomendações do fabricante (equipamentos e produtos) ou com base científica comprovada;
6. A rastreabilidade de todos os seus processos;
7. Elaborar instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas e fazer atualizações quando for o caso;
8. Promover treinamento e educação permanente aos seus colaboradores mantendo disponíveis os registros dos mesmos;
9. Avaliar os equipamentos e instrumentos de acordo com a complexidade do serviço e necessidade de atendimento de sua demanda;
10. Manter registros das manutenções preventivas e corretivas;
11.Registrar a aquisição dos produtos para diagnóstico de uso in vitro, reagentes e *insumos*, de forma a garantir a rastreabilidade.

Técnico de Laboratório:

Profissional qualificado devidamente registrado no conselho de classe tem como atividades básicas:
1. Coletar o material empregando técnicas e instrumentações adequadas para testes e exames de Laboratório de Análises Clínicas;
2. Proceder ao registro, identificação, separação, distribuição, acondicionamento, conservação, transporte e descarte de amostra ou de material;
3. Preparar as amostras do material para a realização dos exames;
4. Auxiliar no preparo de soluções e reagentes;
5. Executar tarefas técnicas para garantir a integridade física, química e biológica do material biológico coletado;
6. Auxiliar na manutenção preventiva e corretiva dos instrumentos e equipamentos do Laboratório de Análises Clínicas;
7. Organizar o estoque e proceder ao levantamento de material de consumo para os diversos setores, revisando a provisão e a requisição necessária;
8. Seguir os procedimentos técnicos de boas práticas e as normas de segurança biológica, química e física, de qualidade, ocupacional e ambiental;
9. Guardar sigilo e confidencialidade de dados e informações conhecidas em decorrência do trabalho.

Auxiliar administrativo:
1. Recepcionar o paciente agendado;
2. Proceder a verificação do agendamento;
3. Registrar a ficha do paciente;
4. Encaminhar o paciente a sala de espera;
5. Organizar arquivos e registrar as cópias dos resultados, preparando os dados para fins estatísticos.

Auxiliar de Higienização:
1. Realizar limpeza concorrente, diariamente, uma vez ao dia, e quando solicitado pela equipe;
2. Proceder a higienização, limpeza, lavagem, desinfecção, secagem e *esterilização* de instrumental, vidraria, bancada e superfícies;
3. Realizar limpeza do chão de acordo técnica descrita no manual;
4. Realizar limpeza terminal uma vez por semana e quando solicitado;
5. Observar rotinas determinadas pelo PGRSS;

6. Observar horário de coleta do lixo geral;
7. Anotar no check list atividades diárias realizadas;
8. Anotar intercorrências do plantão em livro próprio.

Normas operacionais:
1. O laboratório clínico e a sala de coleta laboratorial devem implantar o Plano de / Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) do UPA atendendo aos requisitos da RDC/ANVISA nº 306 de 07/12/2004, suas atualizações, ou outro instrumento legal que venha substituí-la em conjunto com o SCIH;
2. O laboratório de análises seguirá as normas de instrução de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos, artigos e materiais de acordo orientação do SCIH contribuindo para sua fiscalização;
3. Os saneantes e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estarem regularizados junto a ANVISA/MS, de acordo com a legislação vigente;
4. Os profissionais da área de Laboratório deverão seguir, obrigatoriamente, as normas de segurança contidas no manual do SCIH do UPA / NR32 / PGRSS do Laboratório de Análises e POPs do setor.
5. Todos os profissionais da área deverão seguir as instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC).

Procedimentos operacionais:

Fase pré-analítica:
1. Disponibilizar ao paciente ou responsável, instruções escritas e ou verbais, em linguagem acessível, orientando sobre o preparo e coleta de amostras tendo como objetivo o entendimento do paciente;
2. Solicitar ao paciente documento que comprove a sua identificação para o cadastro;
3. Pacientes em atendimento de urgência ou submetidos a regime de internação, a comprovação dos dados de identificação também poderá ser obtida no prontuário médico;
4. O cadastro do paciente incluirá as seguintes informações:
- Número de registro de identificação do paciente gerado pelo laboratório;
- Nome do paciente;
- Idade, sexo e procedência do paciente;
- Telefone e/ou endereço do paciente, quando aplicável;
- Nome e contato do responsável em caso de menor de idade ou incapacitado;
- Nome do solicitante;
- Data e hora do atendimento;
- Horário da coleta, quando aplicável;
- Exames solicitados e tipo de amostra;
- Quando necessário: informações adicionais, em conformidade com o exame (medicamento em uso, indicação/observação clínica, dentre outros de relevância);
- Data prevista para a entrega do laudo;
- Indicação de urgência, quando aplicável.
5. Fornecer ao paciente ambulatorial ou ao seu responsável, um comprovante de atendimento com: número de registro, nome do paciente, data do atendimento, data prevista de entrega do laudo, relação de exames solicitados e dados para contato com o laboratório;
6. Dispor de meios que permitam a rastreabilidade da hora do recebimento e/ou coleta da amostra;
7. Identificar a amostra no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente;
8. Deve ser identificado o nome do colaborador que efetuou a coleta ou que recebeu a amostra de forma a garantir a rastreabilidade;

9. Documentar o nível de biossegurança dos ambientes e/ou áreas, baseado nos procedimentos realizados, equipamentos e microrganismos envolvidos, adotando as medidas de segurança compatíveis.

Fase Analítica:
1. Dispor de instruções escritas, disponíveis e atualizadas para todos os processos analíticos, podendo ser utilizadas as instruções do fabricante;
2. Elaborar e disponibilizar para a equipe POPs com a descrição passo a passo de todas as técnicas disponíveis,
3. Disponibilizar por escrito, uma relação que identifique os exames realizados no local;
4. Definir mecanismos que possibilitem a agilização da liberação dos resultados em situações de urgência;
5. Definir o grau de pureza da água reagente utilizada nas suas análises, a forma de obtenção, o controle da qualidade.

Fase pós-analítica:
1. Elaborar e disponibilizar para a equipe POPs com instruções escritas para emissão de laudos, que contemplem as situações de rotina, plantões e urgências;
2. O laudo deve ser legível, sem rasuras de transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado;
3. O laudo deve conter no mínimo os seguintes itens:
- Identificação do laboratório;
- Endereço e telefone do laboratório;
- Identificação do Responsável Técnico (RT);
- **Nº.** de registro do RT no respectivo conselho de classe profissional;
- Identificação do profissional que liberou o exame;
- **Nº.** registro do profissional que liberou o exame no respectivo conselho classe do profissional;
- Nome e registro de identificação do cliente no laboratório;
- Data da coleta da amostra;
- Data de emissão do laudo;
- Nome do exame, tipo de amostra e método analítico;
- Resultado do exame e unidade de medição;
- Valores de referência, limitações técnicas da metodologia e dados para interpretação;
- Observações pertinentes.
4. Quando for aceita amostra de paciente com restrição, esta condição deve constar no laudo;
5. O laudo de análise do diagnóstico sorológico de Anticorpos Anti-HIV deve estar de acordo com a Portaria MS n.º 59/2003, suas atualizações ou outro instrumento legal que venha a substitui-la;
6. As cópias dos laudos de análise bem como dados brutos devem ser arquivadas pelo prazo de 5 (cinco) anos, facilmente recuperáveis e de forma a garantir a sua rastreabilidade.

Protocolo de Instruções de Coleta
Serão elaborados POP de Instruções de Coleta, que deverão ser adequados ao perfil de atendimento quando da sua implantação e validados num prazo de até 30 dias. A seguir alguns exemplos:

Ácido Úrico
ACIDO URICO
Código: ACUR
Material: Soro
Volume: 1.0 ml
Sinônimo: Uremia
Rotina: Diária
Coleta: Jejum obrigatório de 8 horas
Amilase Sérica
AMILASE TOTAL
Código: AMILA
Material: Soro
Volume: 1.0 ml
Sinônimo: Amilasemia
Rotina: Diária
Coleta: Jejum não obrigatório
ANTI - HBS AG
Código: Anti - HBS
Material: Soro
Sinônimo: Antigeno de Superficie do Virus da Hepatite B
Rotina: Diária
Coleta: Jejum de 4 horas
ASLO
Código: ASLO
Sinônimo: Antiestrepitolisina O
Material: Soro
Rotina: Diária
Coleta: Jejum de 4 horas
BETA HCG
Código: HCG
Sinônimo: Gonadotrofina Coriônica - Fração Beta
Material: Soro ou Urina
Rotina: Diária
Cálcio Sérico
CALCIO
Código: CA
Material: Soro
Volume: 1.0 ml
Sinônimo: Calcemia
Rotina: Diária
Coleta: Jejum de 4 Horas. Diureticos, antiácidos, vitamina D, podem aumentar a calcemia. Corticosteróides e insula podem diminuir.
Barr
CULTURA PARA MICOBACTERIA
MATERIAL: Escarro 1 - Colher pela manhã, antes de se alimentar 2 - Efetuar higiene bucal com escovação e gargarejo, somente com água, sem creme dental (pasta de dente). 3 - Quando for o caso, retirar prótese dentária (dentadura) antes de colher a amostra. 4 - Respirar profundamente de 8 a 10 vezes. 5 - Após tosse, encostar a borda do frasco (fornecido pelo Laboratório) abaixo do lábio inferior da boca e obter o material. 6 - Tampar o frasco e enviar imediatamente ao Laboratório. 7 - Importante: Não coletar Saliva.
CK
CK - CREATINA FOSFOQUINASE
Código: CPK
Material: Soro
Sinônimo: CK/CPK
Rotina: Diária
Coleta: Não obrigatório
MATERIAL: URINA 1 - Colher a primeira urina da manhã. 2 - Antes de colher a urina, lavar bem a região genital pelo menos 3 vezes com bastante água e sabonete. Enxaguar com bastante água e secar com papel toalha. 3 - Coletar toda urina (1ª urina de manhã) no frasco fornecido pelo Laboratório. 4 - Repetir a coleta durante 3 dias consecutivos, enviando as amostras ao Laboratório: até 24 horas após a coleta. OBSERVAÇÃO: Na impossibilidade de levar o material imediatamente ao Laboratório, o frasco com o material coletado deve ser conservado em geladeira (nunca congelar). Prazo de entrega da amostra ao Laboratório - até 24 horas após a coleta.
MATERIAL: SANGUE MENSTRUAL Colher a amostra de preferência no 2º dia do ciclo menstrual ou no dia em que o sangramento for mais abundante. A

coleta é realizada somente na Matriz do Laboratório.
MATERIAL: FEZES Amostra recente coletada em frasco sem conservante.
CLARENCE DE CREATINA
Código: CREAU
Material: Urina de 24 horas
Sinônimo: Depuração de Creatinina
Rotina: Diária
Coleta: Coletar amostra de urina de 24 horas - Desprezar a primeira urina do dia e coletar as próximas urinas em frasco apropriado, sempre mantendo na geladeira. Colher até a primeira urina do dia seguinte, completando de 24 horas.
COLESTEROL HDL
Código: HDL
Material: Soro
Rotina: Diária
Coleta: Jejum de 10 à 12 horas.
COLESTEROL TOTAL
Código: COL
Material: Soro
Sinônimo: Colesterolemia
Rotina: Diária
Coleta: Jejum de 10 à 12 horas.
COPROCULTURA
MATERIAL: FEZES 1 - Colher as fezes diretamente no recipiente plástico de boca larga. Não coletar fezes do vaso sanitário e não misturar com urina. 2 - Com ajuda da colher plástica, passar uma medida de fezes (uma colher cheia) para o frasco, dando preferência as partes das fezes que contenham muco, sangue ou pus, quando presentes. 3 - Colocar o frasco no saco plástico e fechar.
IMPORTANTE: Na impossibilidade de levar imediatamente ao Laboratório, o frasco pode ser conservado em geladeira (nunca congelar). Prazo de entrega da amostra ao Laboratório: até 3 horas após a coleta. "A positividade de coprocultura é maior quando o material é coletado nos primeiros dias da diarreia".

invisa
instituto
vida e saúde

PGRSS do LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

O PGRSS apresentado para o laboratório será adequado ao funcionamento do serviço quando da sua implantação e avaliado em prazo de 90 dias.

Objetivo:

Este procedimento está baseado no PGRSS do UPA, e respaldado pela na Resolução 306 de 07 de dezembro de 2004, CONAMA 358/05, que trata do setor específico de laboratórios cuidando dos resíduos gerados nas suas atividades, abrangendo todas as instruções e procedimentos para processamento, recolhimento, armazenamento e disposição de acordo com as normas da ABNT da Vigilância Sanitária e outras pertinentes, desta forma visamos ainda:
1. Racionalizar os recursos, permitindo-se tratamento especifica e de acordo com as necessidades de cada categoria;
2. Intensificar as medidas de segurança apenas onde estas forem necessárias;
3. Facilitar a ação em caso de acidente ou emergência;
4. Divulgar os procedimentos para reduzir e eliminar os riscos para a saúde e para o meio ambiente e incentivar a minimização segura e econômica da geração de resíduos.

DEFINIÇÕES:
1. **Geração:** Transformação de material utilizável em resíduos;
2. **Segregação:** Operação de separação dos resíduos no momento da geração;
3. **Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) ou Lixo Hospitalar:** Resíduo resultante das atividades exercidas por estabelecimento gerador. Lixo da área técnica ou lixo contaminado. Deve ter tratamento diferenciado, pois é fonte potencial de transmissão de doenças;
4. **Lixo Administrativo:** Lixo de área administrativa, lixo de banheiros. Materiais adquiridos: insumos, medicamentos para provas funcionais, antígenos para reação intradérmica, kits de reagentes, controles, padrões e calibradores;
5. **Materiais Contaminados Descartáveis:** Tubos contendo os coágulos, sangue total, soro, plasma cuja sorologia para HIV e Hepatite for conhecidamente positiva, frascos contendo: escarro, urina, esperma, secreções, líquidos corporais e fezes, fitas de urina, gases, toalhas de papel, esparadrapos, swabs, algodão e espéculos contaminados;
6. **Materiais Reutilizáveis:** Materiais que não são descartáveis, por serem passíveis de reutilização nos processos produtivos, após limpeza adequada dos mesmos;
7. **Materiais Adquiridos:** Insumos, kits, reagentes;
8. **PGRSS:** Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde que se Enquadram ao Laboratório:

Grupo A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

A1:
- Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;
- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de

disseminação ou causador de doença emergente que se tome epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A4:
- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons;
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

A5:
- Fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou contaminação com príons.

Grupo 8: Resíduos contendo substancias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por este;
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em analises clinicas;
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamàveis e reativos).

Grupo C: Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas dos CNEN e para os quais a reutilização imprópria ou não prevista.
- Enquadram-se neste grupo os rejeitas radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratório de análise clinicas, serviço de medicina nuclear e radioterapia, segundo a resolução CNEN-6.05.

Grupo D: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.
- Papel de uso sanitàrio e fralda, absorventes higiênicos, peça descartàveis de vestuàrios, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como resíduos provenientes das áreas administrativa.

Grupo E: Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais com: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de petri) e outros similares.

Geração de Resíduos:
A geração de RSS, sempre que possível, deve contemplar sua minimização, reutilização, reciclagem ou recuperação A identificação das unidades geradoras de RSS deve ocorrer de forma otimizada. O Laboratório de Análises Clínicas gera:

- Resíduos do grupo A.
- Resíduos do grupo B.
- Resíduos do grupo D.
- Resíduos do grupo E.

Segregação de Resíduos: Tem como objetivos principais:
- Impedir que resíduos infectantes contaminem os resíduos comuns.
- Racionalizar recursos e reduzir custos.
- Prevenir acidentes ocupacionais ocasionados pela inadequada segregação. A segregação entre resíduo perigoso e resíduo comum é feita no local de origem e seguindo a classificação;
-Separar, com exclusividade, o resíduo químico identificando sua embalagem; - Classificar e separar, em recipientes ou embalagens recomendadas por normas técnicas, cada grupo de RSS gerado;
-Capacitar os colaboradores responsáveis pela limpeza quanto aos procedimentos de identificação, classificação de manuseio dos RSS. *Deve* o colaborador portar equipamentos de proteção individual, ao manusear qualquer grupo de RSS.

Acondicionamento do Resíduo:
O acondicionamento consiste no ato de acomodar em sacos plásticos, em recipientes ou em embalagens apropriadas, cada tipo de RSS, de acordo com suas características.
Considera-se como manuseio a manipulação realizada dentro do laboratório, consistindo na identificação e recolhimento de resíduos das lixeiras, fechamento dos sacos plásticos e sua remoção por colaboradores devidamente paramentados e capacitados, da unidade geradora até o armazenamento final.

Normas Gerais Para Manuseio e Acondicionamento:

Resíduos do Grupo A

- **Tubos Contendo Sangue Total:** São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, em seguida são autoclavados e colocados em sacos plásticos brancos leitosos escritos RSSS (Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde) e encaminhados para o lixo hospitalar. Obs.: Os sacos deverão ser totalmente fechados de modo a não derramar conteúdo;

Tubos Contendo Coágulos: São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, os coágulos são retirados dos tubos e são autoclavados em seguida são colocados em sacos plásticos brancos (RSSS) e encaminhados para o lixo hospitalar. Os tubos são enxaguados em H20 corrente e lavados;

Potes Contendo Urina: São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, a urina é desprezada na pia em H20 corrente em seguida os potes são lavados;

Potes Contendo Fezes: São desprezados em sacos plásticos brancos escritos (Resíduos Infectantes), estes são totalmente fechados e encaminhados para o lixo hospitalar;

Resíduos Gerados no Setor de Microbiologia: São transportados em galões com tampas ao setor de lavagem onde serão autoclavados, e em seguida desprezados em sacos plásticos brancos (RSSS) posteriormente encaminhados para o lixo hospitalar;

Frascos de Hemocultura: São transportados em galões fechados ao setor de lavagem em seguida são autoclavados, e posteriormente descartados em descartex, que em seguida são lacrados em saco plástico branco (Resíduos Infectantes) e encaminhados para o lixo hospitalar;

Gases, Fitas de Urina, Algodão Contaminados: São descartados em lixeira com sacos brancos leitosos e em seguida são encaminhados para o lixo hospitalar.

Resíduos do Grupo B

- São descartados em recipientes apropriados, e em seguida são recolhidos pela coleta interna da unidade, e encaminhados ao abrigo externo. O destino final é feito por empresa contratada pelo Hospital.

Resíduos do Grupo D

Lixo Administrativo (Recepção): São descartados em lixeiras com saco plástico azul, e encaminhados à lixeira para reciclagem da unidade;

Papeis não Infectantes Resultantes do Setor Técnico: São desprezados em um contêiner azul com saco plástico azul, posteriormente os sacos são / encaminhados para a lixeira reciclagem da unidade;

Papeis Provenientes do Banheiro: São descartados em lixeiras com sacos plásticos pretos, em seguida são encaminhados para a lixeira da unidade identificada como lixo comum.

Resíduos do Grupo E

- Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso, em recipientes rígidos, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. O volume dos recipientes deve ser compatível com a geração. Devem ser descartados quando o preenchimento atingir de sua capacidade deve ser devidamente lacrado e colocado em sacos plásticos brancos com o símbolo de risco infectante.

Observações:
Todo resíduo infectante a ser transportado será acondicionado em saco plástico branco impermeável e resistente;
Os sacos deverão ser totalmente fechados, de tal forma a não permitir o derramamento do conteúdo, mantendo-os íntegros até a destinação final do resíduo;
Acondicionar o resíduo infectante em saco plástico de cor branca leitosa, retirando o excesso de ar sem inalar o conteúdo ou expor-se ao fluxo de ar interno;
Fechar totalmente o saco plástico, torcendo e amarrando sua abertura comum;
As lixeiras devem ser de material rígido, com pedal para abertura da tampa e submetidas a desinfecção quando necessário;
Os sacos plásticos para resíduos Tipo A, devem conter o símbolo de resíduos infectantes;
Conter o resíduo líquido em frasco ou recipiente inquebrável e, no caso de recipiente de vidro ou quebrável, protegê-lo dentro de outra embalagem
resistente;
Proceder a remoção de forma a não permitir o rompimento das embalagens e, no caso de acidente ou derramamento, realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultâneas do local, notificando à chefia;

Manusear o resíduo comum separadamente, de modo a evitar qualquer possibilidade de contaminação.

Equipamentos e materiais para o processamento dos resíduos:

RESÍDUO	PACIENTE	SACO PLÁSTICO	EPI
Resíduo laboratorial	Lixeira com tampa e pedal	Saco branco leitoso	Mangas longas, bota ou calçado fechado impermeável, luvas
Resíduos perfuro cortantes	Recipiente rígido sinalizado "Risco Biológico".	Saco branco leitoso	Mangas longas, bota ou calçado fechado impermeável, luvas
Resíduo geral e confidencial	Lixeira comum com tampa e pedal	Saco azul	Não se aplica

Coleta do Resíduos

Coleta e Transporte Internos:
- Consistem no recolhimento de remoção dos RSS da unidade geradora até o abrigo de resíduos;
É aquela realizada dentro da unidade, consiste no recolhimento das lixeiras, no fechamento do saco e no seu transporte até a sala de lixo. Os sacos e as lixeiras deverão ter capacidade de acordo com a quantidade de resíduos produzidos e o número previsto de coletas;
O transporte interno de resíduos é realizado em sentido único;
O horário de coleta será programado de forma a minimizar o tempo de permanência do lixo no local. O melhor horário prevê a coleta após as horas de maior movimento, para não atrapalhar a rotina dos setores;
O colaborador do setor de esterilização passa nos setores técnicos pela manhã e à tarde recolhendo os materiais para lavagem ou descarte, usando os EPIs necessários segundo o Manual de Biossegurança do Laboratório do UPA.

Horários para a coleta dos resíduos:
Áreas Técnicas: 07h00minh, 11h00minh, 12 h00minh, 14h00minh, 16h00minh, 16h30minh e 19h00minh.
Áreas Administrativas (recepção): 11h00minh, 14h00minh, 16h00minh e 19h00minh.

Coleta Externa:
- A coleta externa seguirá as orientações preconizadas pelo Hospital.

Observações:
Regras para Coleta Interna de Resíduos infectantes ou Especiais:
- Jamais a cor do saco (o saco branco deverá ser sempre substituído por outro saco branco);
- As lixeiras para resíduos infectantes deverão ser providas de tampa hão de ser lavadas pelo menos uma vez por semana ou sempre que houver vazamento do saco;
- A coleta do lixo infectante seguirá a esta rotina:
Observar a cor do saco e utilizar equipamentos de segurança individual recomendados para aquele tipo de resíduo;
Fechar o saco da lixeira;
Colocar um saco novo, fixando-o firmemente nas bordas da lixeira.

Recolher os RSS, nos intervalos estabelecidos, sendo proibido deixar os sacos plásticos no corredor, transportados abertos ou arrastados pelo piso.

Armazenamento do Resíduo: Consiste no armazenamento externo dos RSS em abrigos distintos, da unidade.
Caberá ao Responsável pelo Manuseio e Armazenamento:
- Armazenar os RSS em contenedor padronizado e mantê-lo de forma ordenada no abrigo externo de armazenamento final até a coleta externa;
- Manter fechada a tampa do contenedor, sem empilhamento de recipientes sobre esta;
- Não utilizar o abrigo externo para a guarda de utensílios e materiais de limpeza;
- Realizar a limpeza e desinfecção dos abrigos.

Descarte do Resíduo:
- O descarte de materiais deve ser feito de acordo com a categoria a que pertence, ou seja:

Lixo Administrativo: Eliminar em sacos plásticos de cor preta;

Resíduos Perfurocortantes: Descartar em coletor rígido próprio, que deve ser colocado próximo ao local onde o procedimento é realizado para evitar que o colaborador circule com os perfurocortantes nas mãos ou bandejas.

Não exceder a capacidade do coletor rígido e, após preenchimento, acrescentar hipoclorito de sódio à 1%. Quando forem usadas caixas tipo coletor para material perfuro cortante o hipoclorito se faz desnecessário. Descartá-lo em saco de cor branca no lixo hospitalar;

Lixo Comum (papeis secos no setor técnico): Descartar em contêiner azul contendo saco plástico azul;

Materiais Contaminados Descartáveis: São encaminhados para o setor de lavagem, onde serão autoclavados, em seguida são descartados em sacos plásticos brancos, e encaminhados para o lixo hospitalar;

Urinas: Descarte no esgoto;

Fezes, Esperma, Escarro, Secreções, Líquidos Corporais: Descartar em saco plástico de cor branco (resíduos sólidos infectantes) e encaminhados para o lixo hospitalar;

Fitas de Urina, Gases, Swabs, Algodão e Esparadrapos Contaminados: Descartar em saco de cor branca (Resíduos Sólidos infectantes) e são encaminhados para lixo hospitalar;

Descarte de Resíduos Químicos: O descarte é feito em recipientes apropriados e são recolhidos pelo colaborador da unidade até ao abrigo externo. A coleta é feita 02 vezes ao dia (11h30min e 16h30min).

- **Resíduos Sólidos:** São encaminhados para o lixo hospitalar em sacos de plástico branco (Resíduos Sólidos infectantes);

Materiais Reutilizáveis: Nos setores os materiais reutilizáveis são descartados em potes plásticos contendo hipoclorito 1%. Estes materiais são recolhidos pelo responsável do setor de limpeza e encaminhados para lavagem.

Importante:

As caixas de papelão devem ser desmontadas para diminuírem de volume, antes de serem acondicionadas nas lixeiras;
Jamais jogue lixo sobre a tampa da lixeira ou no chão;
As lixeiras para resíduos biológicos devem permanecer fechadas;
Nunca cole esparadrapos ou fitas autocolantes nas lixeiras;
Não misture resíduo biológico com resíduo comum;
Use as lixeiras adequadamente, com cuidado, de maneira a não destruí-las.

- **Lixo da Copa:** É descartado em lixeira de pedal com saco plástico preto, e em seguida são fechados e encaminhados para a lixeira do prédio.
Coleta Interna: será recolhido diariamente às 10h30minh da manhã;
Coleta Externa: será feita pelo responsável da limpeza urbana diariamente.

- **Lixo Administrativo:** É descartado em lixeiras com saco plástico azul, é recolhido internamente à tarde e em seguida encaminhado à lixeira laranja do prédio, que é recolhido pelo responsável da limpeza urbana;

- **Lixo Comum (Banheiro):** É descartado em lixeiras com saco plástico azul, é recolhido internamente pela manhã e à tarde, em seguida é encaminhado para a lixeira laranja do prédio;

- **Lixo Infectante (Sala de Coleta):** É descartado em lixeiras de pedal com saco plástico branco (Risco Biológico), em seguida são encaminhados para o lixo hospitalar que é recolhido diariamente pelo serviço de coleta seletiva da prefeitura;

- **Descarte de Perfurocortantes:** É feito em coletor para material perfuro cortante, onde depois de preenchido 2/3 de sua capacidade é lacrado colocado em saco plástico branco, e encaminhados para a lixeira branca onde será recolhida pelo serviço de coleta seletiva da prefeitura.

Segurança Ocupacional: O pessoal envolvido diretamente com o PGRSS é submetido a avaliação clínica abrangendo.
- Anamnese ocupacional, exame físico e os exames complementares incluindo hemograma completo e vacinação contra hepatite e tétano.
- O pessoal envolvido diretamente com o PGRSS é capacitado na ocasião da admissão e treinado, periodicamente, para as atividades de manejo de resíduos de serviço de saúde, desde a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, armazenamento, tratamento e disposição final dos resíduos de serviço de saúde, incluindo a responsabilidade de higiene pessoal e de materiais.

A capacitação deve incluir:
- Noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais;
- Conhecimento da legislação relativa aos RSS;
- Definição, tipo e classificação dos resíduos e potencial de risco do resíduo;
- Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;
- Formas de reduzir a geração de resíduos e a reutilização de materiais;
- Conhecimento das responsabilidades e de tarefas;

- Identificação das classes de resíduos;
- Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;
- Uso de EPI e EPC - conscientização da importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual - uniforme, luvas, avental, mascara, botas e óculos de segurança específicos a cada atividade, bem como para mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação;
- Orientações sobre biossegurança;
- Orientação quanto à higiene pessoal e do ambiente;
- Providências a serem tomadas em caso de acidentes e situações emergenciais;
- Visão básica do gerenciamento de resíduos sólidos do município;
- Noções básicas do Controle de Infecção e de Contaminação Química.

Monitoramento do PGRSS:

A avaliação e monitoramento do PGRSS levam em conta os seguintes indicadores, avaliados periodicamente a partir dos seguintes dados:

INDICAÇÃO	PERIODICIDADE	CÁLCULO
TAXA DE ACIDENTES COM RESÍDUOS PERFURO-CORTANTES	MENSAL	NÚMERO DE ACIDENTES COM PERFURO-CORTANTES X100 Nº DE ATENDIMENTOS
VARIAÇÃO DE GERAÇÃO DE RESÍDUOS	ANUAL-COLETA DE DADOS (PESO)	100 - PESO DOS RESÍDUOS NA CATEGORIA X100 PESO DOS RESÍDUOS POR CATEGORIA NA ÚLTIMA AVALIAÇÃO
VARIAÇÃO DA PROPORÇÃO DE RESÍDUO DO GRUPO A		
VARIAÇÃO DE RESÍDUO DO GRUPO B		
VARIAÇÃO DE RESÍDUO DO GRUPO C		
ÍNDICE DE RECICLAGEM DE MATERIAIS		TOTAL DE RESÍDUOS (KG) (RESÍDUOS A+B) X100

Tratamento e disposição final:

A segregação dos RSS pode ser encarada como parte integrante do tratamento, pois permite maior leque de opções na atividade propriamente dita. A finalidade de qualquer sistema de tratamento é eliminar as características de periculosidade.

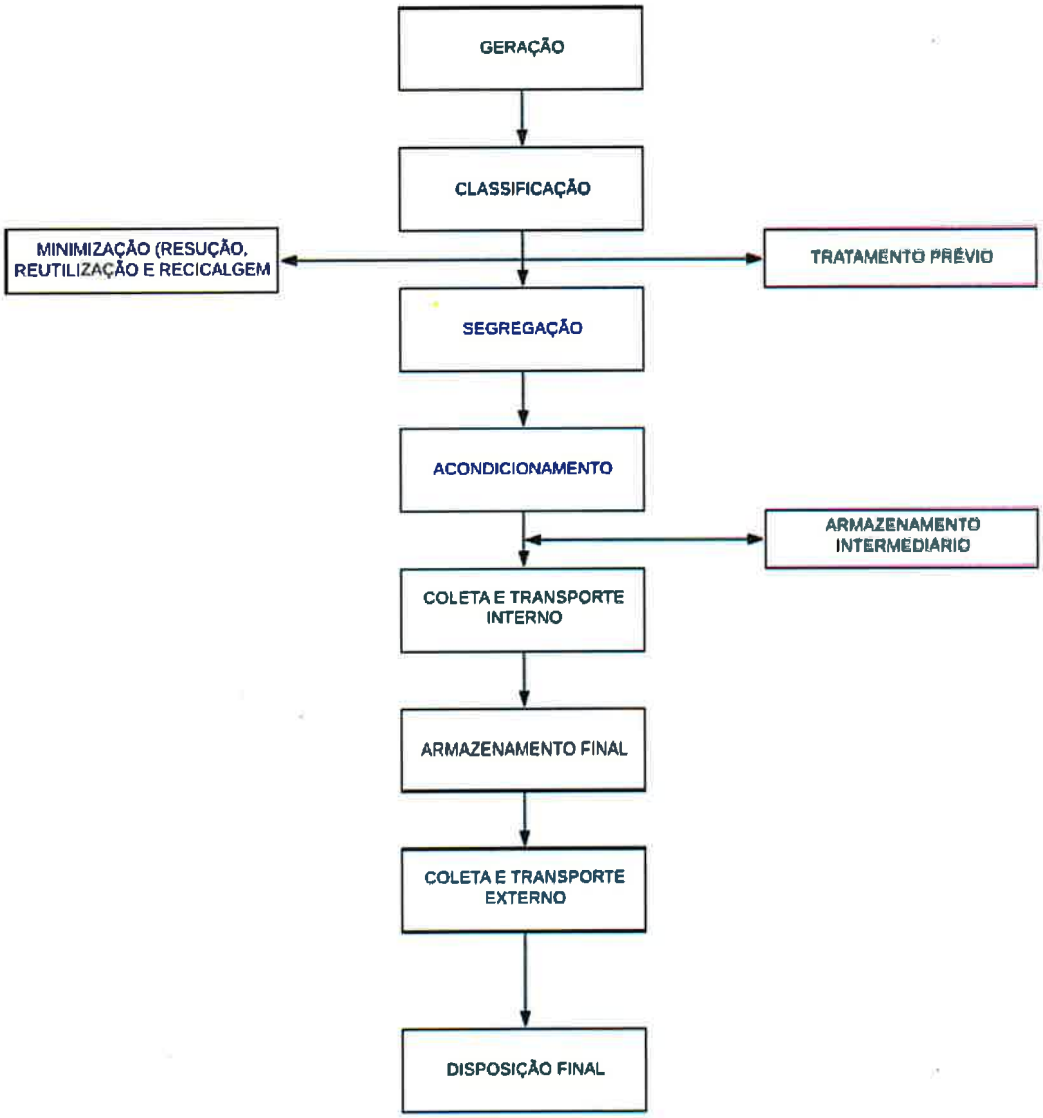
Neste caso, merecem destaque os resíduos do Grupo A (Resíduos de Risco Biológico), do Grupo B (Resíduos com Risco Químico) e do Grupo C (Rejeito Radioativo). Cada um desses grupos de resíduos tem características próprias, o que implica em tratamento especifica.

O tratamento pode dividir-se em tratamento parcial e tratamento completo. Os tratamentos "parciais" existentes são a autoclavagem, tratamentos químicos, irradiação e micro-ondas. Os tratamentos completos são térmicos, incinerador, queimador elétrico e tocha de plasma. Normalmente apenas os tratamentos completos garantem a realização dos objetivos:

- Esterilização do fluxo de saída (como por exemplo, sangue);

- Destruição de moléculas altamente tóxicas e estabilização de elementos críticos (metais pesados presentes no fluxo de saída, como por exemplo, medicamentos vencidos ou parcialmente utilizados materiais contaminados com tais medicamentos, etc.);
- No Laboratório faz-se o tratamento parcial de autoclavagem;
- O tratamento completo é feito por empresa contratada pelo Hospital.

FLUXOGRAMA DOS RSS LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLINICA



O Laboratório de Análises Clínicas implantará manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

INVISA	Procedimento Operacional Padrão	Serviço/Setor: Laboratório Análises Clínicas POP: (LAC + nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /
ROTINAS OPERACIONAIS		
OBJETIVO:		
INDICAÇÕES:		
FATORES DE RISCO:		
TÉCNICA / ROTINA:		
PROCEDIMENTO EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:		
ELABORADO POR: (NOME/FUNÇÃO)	REVISADO POR: (NOME/FUNÇÃO)	APROVADO POR: (NOME/FUNÇÃO)

O Instituto apresenta POP Patologia clínica – coleta de materiais biológicos e POP Patologia clínica- transporte de materiais biológicos que podem ser adaptados para utilização no UPA:

Procedimento Operacional Padrão- Patologia Clínica- Coleta de materiais biológicos

1. INTRODUÇÃO

Uma das principais finalidades dos resultados dos exames laboratoriais é reduzir as dúvidas que a história clínica e o exame físico fazem surgir no raciocínio médico. Para que o laboratório clínico possa atender adequadamente a este propósito, é indispensável que todas as fases do atendimento ao paciente sejam desenvolvidas seguindo os mais elevados princípios de correção técnica, considerando a existência e a importância de diversas variáveis biológicas que influenciam, significativamente, a qualidade final do trabalho.

Atualmente, tem se tornado comum a declaração de que a fase pré-analítica é responsável por cerca de 70% do total de erros ocorridos nos laboratórios clínicos que possuem um sistema de controle da qualidade bem estabelecido. A respeito de todas as dificuldades para a comprovação desta afirmativa, a implantação, cada vez mais frequente, de procedimentos automatizados e robotizados na fase analítica permite assumi-la como verdadeira. Adicionalmente, algumas características desta fase aumentam, em muito, o grau de complexidade e, por consequência, a oportunidade de ocorrência de erros e não conformidades.

A fase pré-analítica inclui a indicação do exame, redação da solicitação, transmissão de eventuais instruções de preparo do paciente, avaliação do atendimento às condições prévias, procedimentos de coleta, acondicionamento, preservação e transporte da amostra biológica até o momento em que o exame seja, efetivamente, realizado. Dessa forma, a fase pré-analítica se desenvolve pela sequência de ações de um grande número de pessoas, com diferentes formações profissionais, focos de interesse e grau de envolvimento. Ao médico solicitante do exame e seus auxiliares diretos interessa a obtenção, às vezes em caráter de urgência, de um resultado laboratorial; ao paciente, toca a preocupação com o possível desconforto do preparo e da coleta da amostra; ao flebotomista, cabe a preocupação com o cumprimento dos requisitos técnicos da coleta e com os riscos biológicos potenciais; igualmente, às pessoas encarregadas do acondicionamento, preservação e transporte da amostra, restam os cuidados para com a segurança e integridade do material e delas próprias.

A correta indicação do exame dependerá, primariamente, da familiaridade do médico solicitante com os recursos laboratoriais disponíveis, bem como do seu conhecimento das condições ideais para a coleta de material. O médico solicitante – ou seus auxiliares diretos – deveria ser a primeira pessoa a instruir o paciente sobre as condições requeridas para a realização do exame, informando-o sobre a eventual necessidade de preparo, como jejum, interrupção do uso de alguma medicação, dieta específica ou prática de atividade física.

De uma forma ideal, o paciente deveria contatar o laboratório clínico, onde receberia informações adicionais e complementares, com alguns pormenores, como o melhor horário para a coleta e a necessidade da retirada de frascos próprios para a coleta domiciliar de algum material. O paciente, absolutamente, não é um agente neutro neste contexto, influenciando de forma significativa a qualidade do atendimento que lhe é prestado. Dessa forma, é preciso alguma atenção no sentido de se assegurar que ele compreendeu as instruções ministradas e que dispõe de meios para segui-las. Algumas vezes, não é tarefa fácil obter informações críticas, omitidas voluntariamente ou involuntariamente pelo paciente. Para que os resultados de alguns exames laboratoriais tenham algum valor clínico, deve ser registrado o horário de coleta, referindo o uso de determinados medicamentos (incluindo tempo de uso e dosagem), outros exigem cuidados técnicos de procedimento, como o uso ou não do garrote, de tubos, anticoagulantes e conservantes específicos, e outros exigem a descrição exata do local da coleta, por exemplo, nos casos de amostras para exames microbiológicos etc. Para a coleta de sangue para a realização de exames laboratoriais, é importante que se conheça, controle e, se possível, evite algumas variáveis que possam interferir na exatidão dos resultados. Classicamente, são referidas como condições pré-analíticas: variação cronobiológica, gênero, idade, posição, atividade física, jejum, dieta e uso de drogas para fins terapêuticos ou não. Em uma abordagem mais ampla, outras condições devem ser consideradas, como procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, cirurgias, transfusões de sangue e infusão de soluções.

Antes da coleta para a realização de exames laboratoriais, é importante conhecer, controlar e, se possível, evitar algumas variáveis classicamente conhecidas como variáveis pré-analíticas, que podem interferir no desempenho da fase analítica e, consequentemente, na exatidão e precisão do resultado dos exames, vitais para a conduta médica e, em última instância, para o bem-estar do paciente.

2. VARIÁVEIS PRÉ-ANALÍTICAS

Variação Cronobiológica

Corresponde às alterações cíclicas da concentração de determinado parâmetro em função do tempo. O ciclo de variação pode ser diário, mensal, sazonal, etc. Por exemplo, amostras de soro coletadas no período da tarde para a dosagem de ferro mostram resultados até 50% mais baixos do que aquelas coletadas no período da manhã.

Sexo

Além das diferenças hormonais específicas, alguns outros parâmetros sanguíneos e urinários se apresentam em concentrações significativamente diferentes em homens e mulheres em decorrência das diferenças metabólicas e da massa muscular, entre outras.

Idade

Alguns parâmetros bioquímicos possuem concentração sérica dependente da idade. Em situações específicas, por exemplo, concentrações séricas de fosfatase alcalina, os intervalos de referência devem considerar essas diferenças.

Posição

Mudança rápida na postura corporal pode causar variações na concentração de alguns componentes séricos. Quando o indivíduo se move da posição supina para a posição ereta, por exemplo, ocorre um afluxo de água e substâncias filtráveis do espaço intravascular para o intersticial. Substâncias não filtráveis, como as proteínas de alto peso molecular e os elementos celulares, terão sua concentração relativamente aumentada até que se restabeleça o equilíbrio hídrico.

Atividade física

O esforço físico pode causar aumento das concentrações séricas de algumas enzimas como, por exemplo, creatinofosfoquinase (CPK), aldolase e aspartatoaminotransferase (AST), pelo aumento da liberação celular.

Jejum

Habitualmente, é preconizado um período de jejum para a coleta de sangue para exames laboratoriais. Os estados pós-prandiais, em geral, se acompanham de turbidez do soro, o que pode interferir em algumas metodologias. Na população pediátrica e de idosos, o tempo de jejum deve guardar relação com os intervalos de alimentação. Devem ser evitadas coletas de sangue após períodos muito prolongados de jejum – acima de 16 horas. O período de jejum habitual para a coleta de rotina de sangue é de 8 horas, podendo ser reduzido a 4 horas, para a maioria dos exames. A nova diretriz da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial traz novos valores de referência para

o perfil lipídico quando o exame é realizado sem jejum. (consultar Rotina Operacional Padrão - ROP bioquímica, disponível na Subunidade).

Uso de fármacos e drogas de abuso

Ambos podem causar variações nos resultados de exames laboratoriais seja pelo próprio efeito fisiológico, *in vivo*, como pela interferência analítica, *in vitro*. O tabagismo, por exemplo, é causa de variação nas concentrações da hemoglobina.

Aplicação do torniquete

Ao se aplicar o torniquete por um tempo de 1 a 2 minutos, ocorre aumento da pressão intravascular no território venoso facilitando a saída de líquido e de moléculas pequenas para o espaço intersticial, resultando em hemoconcentração relativa.

Procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos

Alguns procedimentos diagnósticos (exames radiológicos contrastados, toque retal), e alguns terapêuticos (hemodiálise, transfusão sanguínea), também são causas de variação nos parâmetros laboratoriais.

Infusão de medicamentos

A coleta de sangue sempre deve ser realizada em local distante da instalação do cateter.

2.11. Gel separador

O gel é um polímero com densidade específica de 1,040 e contém um acelerador da coagulação que pode, eventualmente, liberar partículas que interferem com eletrodos seletivos e membranas de diálise.

2.12. Hemólise

A hemólise leve tem pouco efeito, mas se for de intensidade significativa, causa aumento na atividade plasmática de algumas enzimas como, por exemplo, desidrogenase lática (DHL), aldolase, fosfatase alcalina, além de interferir nas dosagens de potássio, fósforo e magnésio. Fatores interferentes também podem ser originados da lise de plaquetas e granulócitos quando, por exemplo, o sangue é armazenado em baixa temperatura.

2.13. Lipemia

Também pode interferir em metodologias que usam métodos colorimétricos e imunoturbidimétricos.

3. PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE ERROS

O flebotomista deve se assegurar de que a amostra será colhida do **paciente** especificado na **requisição** de exames. Para isto, recomendam-se:

- Para um paciente adulto e consciente:

Perguntar o nome completo, solicitar o documento de identidade e comparar as informações do documento com as constantes na requisição de exames.

- Para pacientes internados:
O flebotomista deve verificar SEMPRE a identificação do paciente, comparando com as etiquetas previamente impressas, através de pulseira de identificação e à beira leito e, quando possível, perguntar o nome completo. O número do leito nunca deve ser utilizado como critério de identificação. Qualquer dúvida checar com a enfermagem antes de efetuar a coleta.

C - Para pacientes muito jovens, inconscientes ou com algum tipo de dificuldade de comunicação:
O flebotomista deve valer-se de informações de algum acompanhante ou da enfermagem. Pacientes atendidos no pronto-socorro ou em salas de emergência podem ser identificados pelo seu nome e número de entrada no cadastro da unidade de emergência. É indispensável que a identificação possa ser rastreada a qualquer instante do processo. O material colhido deve ser identificado na presença do paciente. Recomenda-se que materiais não colhidos no laboratório sejam identificados como **"amostra enviada ao laboratório"**, e que o laudo contenha esta informação. É importante verificar se o paciente está em condições adequadas para a coleta, especialmente no que se refere ao jejum e ao uso de eventuais medicações. O paciente não deve suspender os medicamentos antes da coleta de sangue, exceto quando autorizada pelo médico do paciente. Na monitorizarão de drogas terapêuticas é importante o laboratório anotar o horário da última dose e registrar esta informação no laudo.

4. PROCEDIMENTO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E ANTISSEPSIA

Para a antissepsia da pele no local da punção, usada para prevenir a contaminação direta do paciente e da amostra, o antisséptico escolhido deve ser eficaz, ter ação rápida, ser de baixa causticidade e hipoalergência na pele e mucosa. O álcool etílico possui efeito antisséptico na concentração de 70%, sendo o mais usado, pois, nesta composição, preserva sua ação antisséptica, e diminui a inflamabilidade. Nesta diluição, tem excelente atividade contra bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, boa atividade contra *Mycobacterium tuberculosis*, fungos e vírus, além de ter menor custo.

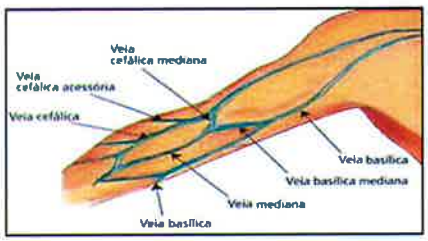
Higienização das Mãos:
As mãos devem ser higienizadas antes e após o contato com cada paciente e após todos os procedimentos, evitando, assim, contaminação cruzada. Esta higienização pode ser feita de duas maneiras:
utilização de água e clorexidina degermante 2%, quando estiverem visivelmente sujas;
utilização de álcool gel.
Colocando as luvas:
As luvas devem ser calçadas com cuidado para que não rasguem e devem ficar bem aderidas à pele para que o flebotomista não perca a sensibilidade na hora da punção.
Antissepsia do local da punção:
Recomenda-se usar um algodão embebido com solução de álcool etílico 70%, comercialmente preparado;
Limpar o local com um movimento circular do centro para a periferia;
Permitir a secagem da área por 01 minuto, para evitar hemólise da amostra, e também a sensação de ardência quando o braço do paciente for puncionado;
Não assoprar, não abanar e não colocar nada no local;
Não tocar novamente na região após a Antissepsia.

5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE SANGUE VENOSO

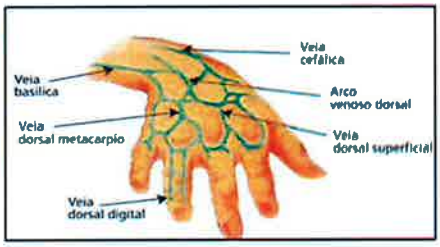
5.1. Locais de escolha para venopunção:

A escolha do local de punção representa uma parte vital do diagnóstico. Existem diversos locais que podem ser escolhidos para a venopunção, apontados abaixo nas figuras. Embora qualquer veia do membro superior que apresente condições para coleta possa ser puncionada, as veias basílica mediana e cefálica são as mais frequentemente utilizadas. A veia basílica mediana costuma ser a melhor opção, pois a cefálica é mais propensa à formação de hematomas.

Veia do membro superior



Veia do dorso da mão



Fonte: Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / ML para Coleta de Sangue Venoso. 1ª ed., São Paulo, 2005.

5.2. Áreas a evitar:

Áreas com terapia ou hidratação intravenosa de qualquer espécie;
Locais com cicatrizes de queimadura;
Membro superior próximo ao local onde foi realizada mastectomia, cateterismo ou qualquer outro procedimento cirúrgico;
Áreas com hematomas;
Fístulas arteriovenosas;
Veias que já sofreram trombose porque são pouco elásticas, podem parecer um cordão e têm paredes endurecidas.

5.3. Técnicas para evidenciação da veia:

Pedir para o paciente abaixar o braço e fazer movimentos suaves de abrir e fechar a mão;
Massagear delicadamente o braço do paciente (do punho para o cotovelo);
Fixação das veias com os dedos nos casos de flacidez;
Equipamentos ou dispositivos que facilitam a visualização de veias podem ser utilizados uma vez que há venoscópios disponíveis na unidade.

5.4. Uso adequado do torniquete:

É importante que se utilize adequadamente o torniquete, evitando-se situações que induzam ao erro diagnóstico (como hemólise, que pode elevar o nível de potássio, hemoconcentração, alterações na dosagem de cálcio, por exemplo), bem como complicações de coleta (hematomas, parestesias).
Portanto, recomenda-se:
Posicionar o braço do paciente, inclinando-o para baixo a partir da altura do ombro;
Posicionar o torniquete com o laço para cima, a fim de evitar a contaminação da área de punção;

Não aplicar o procedimento de "bater na veia com dois dedos", no momento de seleção venosa. Este tipo de procedimento provoca hemólise capilar e, portanto, altera o resultado de certos analitos;
Se o torniquete for usado para seleção preliminar da veia, fazê-lo apenas por um breve momento, pedindo ao paciente para abrir e fechar a mão;
Localizar a veia e, em seguida, afrouxar o torniquete. Esperar 2 minutos para usá-lo novamente;
O torniquete não é recomendado para alguns testes como lactato ou cálcio, para evitar alteração do resultado;
Aplicar o torniquete cerca de 8 cm acima do local da punção para evitar a contaminação do local; •
Realizar limpeza com água e sabão e desinfecção do torniquete, com álcool 70%, entre um paciente e outro;
Realizar troca/substituição do torniquete, quando integridade comprometida.

5.5. Posicionamento correto do torniquete:

Não usar o torniquete continuamente por mais de 01 minuto, já que poderia levar à hemoconcentração e falsos resultados em certos analitos;
Ao garrotear, pedir ao paciente que feche a mão para evidenciar a veia;
Não apertar intensamente o torniquete, pois o fluxo arterial não deve ser interrompido. O pulso deve permanecer palpável;
Trocar o torniquete sempre que houver suspeita de contaminação;
Caso o torniquete tenha látex em sua composição, deve-se perguntar ao paciente se ele tem alergia a este componente. Caso o paciente seja alérgico ao látex, não se deve usar este material para o garroteamento.

5.6. Posição do paciente:

A posição do paciente pode também acarretar erros em resultados. O desconforto do paciente, agregado à ansiedade pode levar à liberação indevida de alguns analitos na corrente sanguínea. Algumas recomendações que permitem facilitar a coleta de sangue e promovem um perfeito atendimento ao paciente, neste momento, são indicadas e comentadas a seguir:

- Procedimento com paciente sentado:
Pedir ao paciente que se sente confortavelmente numa cadeira própria para coleta de sangue. Recomenda-se que a cadeira tenha apoio para os braços e evite quedas, caso o paciente venha a perder a consciência. Cadeiras sem braços não fornecem o apoio adequado para o braço, nem protegem pacientes nestes casos. Recomenda-se que a posição do braço do paciente no descanso da cadeira, seja inclinada levemente para baixo e estendido, formando uma linha direta do ombro para o pulso. O braço deve estar apoiado firmemente pelo descanso e o cotovelo não deve estar dobrado. Uma leve curva pode ser importante para evitar hiperextensão do braço.

- Procedimento para paciente acomodado em leito:
Solicitar ao paciente que se coloque em posição confortável. Caso esteja em posição supina e seja necessário um apoio adicional, coloque um travesseiro debaixo do braço do qual será coletada a amostra. Posicione o braço do paciente inclinando levemente para baixo e estendido, formando uma linha direta do ombro para o pulso. Caso esteja em posição semi sentado, o posicionamento do braço para coleta torna-se relativamente mais fácil.

5.7. Coleta de sangue venoso a vácuo:

A coleta de sangue a vácuo é a técnica de coleta de sangue venoso recomendada pelas normas CLSI (*Clinical and Laboratory Standards Institute*). Atualmente, é usada mundialmente e em boa parte dos laboratórios brasileiros, pois proporciona ao usuário inúmeras vantagens:
A facilidade no manuseio é um destes pontos, pois o tubo para coleta de sangue a vácuo tem, em seu interior, quantidade de vácuo calibrado proporcional ao volume de sangue em sua etiqueta externa, o que significa que, quando o sangue parar de fluir para dentro do tubo, o flebotomista terá a certeza de que o volume de sangue correto foi colhido. A quantidade de anticoagulante/ativador de coágulo proporcional ao volume de sangue a ser coletado, proporciona, ao final da coleta, uma amostra de qualidade para ser processada ou analisada;
O conforto ao paciente é essencial, pois com uma única punção venosa pode-se, rapidamente, colher vários tubos, abrangendo todos os exames solicitados pelo médico.
Pacientes com acessos venosos difíceis, pacientes em terapia medicamentosa, quimioterápicos etc. também são beneficiados, pois existem produtos que facilitam tais coletas (escalpe para coleta múltipla de sangue a vácuo em diversos calibres de agulha e tubos para coleta de sangue a vácuo com menor volume de aspiração). Outro ponto relevante a ser observado é o avanço da tecnologia em equipamentos para diagnóstico e kits com maior especificidade e sensibilidade, que hoje requerem um menor volume de amostra do paciente.
Garantia da qualidade nos resultados dos exames, fator este relevante e primordial em um laboratório.
Segurança do profissional de saúde e do paciente, uma vez que a coleta a vácuo é um sistema fechado de coleta de sangue. Ao puncionar a veia do paciente, o sangue flui diretamente para o tubo de coleta a vácuo. Isto proporciona ao flebotomista maior segurança, pois não há necessidade do manuseio da amostra de sangue.

5.8. Procedimento de Coleta de Sangue a Vácuo:

Verificar se a cabine da coleta está limpa e guarnecida para iniciar as coletas;
Solicitar ao paciente que diga seu nome completo para confirmação do pedido médico e etiquetas; em pacientes internados, conferir identificação na pulseira e à beira leito;
Conferir e ordenar todo material a ser usado no paciente, de acordo com o pedido médico (tubos, gaze, torniquete, etc.). A identificação dos tubos deve ser feita na frente do paciente;
Informá-lo sobre o procedimento;
Abrir o lacre da agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo em frente ao paciente;
Rosquear a agulha no adaptador do sistema a vácuo; O adaptador do sistema à vácuo deve ser limpo e desinfetado com álcool 70% entre um paciente e outro;
Higienizar as mãos (ver item 4);
Calçar as luvas (ver item 4);
Posicionar o braço do paciente, inclinando-o para baixo na altura do ombro;
Se o torniquete for usado para seleção preliminar da veia, pedir para que o paciente abra e feche a mão, faça a escolha da veia a ser puncionada, e afrouxe-o. Esperar 2 minutos para usá-lo novamente;
Fazer a Antissepsia;
Garrotear o braço do paciente;
Retirar a proteção que recobre a agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo;
Fazer a punção numa angulação oblíqua de 30°, com o bisel da agulha voltado para cima. Se necessário, para melhor visualizar a veia, esticar a pele com a outra mão (longe do local onde foi feita a antissepsia);
Inserir o primeiro tubo a vácuo;
Quando o sangue começar a fluir para dentro do tubo, desgarrotear o braço do paciente e pedir para que abra a mão;
Realizar a troca dos tubos sucessivamente;
Homogeneizar imediatamente após a retirada de cada tubo, invertendo-o suavemente de 5 a 10 vezes;

Após a retirada do último tubo, remover a agulha e fazer a compressão no local da punção, com algodão ou gaze seca;
Exercer pressão no local, em geral de 1 a 2 minutos, evitando assim a formação de hematomas e sangramentos. Se o paciente estiver em condições de fazê-lo, orientá-lo adequadamente para que faça a pressão até que o orifício da punção pare de sangrar;
Travar a agulha com a trava de segurança e descartá-la em recipiente para materiais perfuro cortantes;
Fazer curativo oclusivo no local da punção;
Orientar o paciente para que não dobre o braço, não carregue peso ou bolsa a tiracolo no mesmo lado da punção por, no mínimo 1 hora, e não mantenha manga dobrada, que pode funcionar como torniquete;
Verificar se há alguma pendência, fornecendo orientações adicionais ao paciente, se for necessário;
Certificar-se das condições gerais do paciente, perguntando se está em condições de se locomover sozinho;
Entregar o comprovante de coleta com data provável do resultado e liberá-lo;
Colocar as amostras em local adequado ou encaminhá-las imediatamente para processamento em casos indicados (como materiais que necessitem ser mantidos em gelo, por exemplo), de acordo com o procedimento operacional do laboratório.

5.9. Coleta de sangue venoso com seringa e agulha:

A coleta de sangue com seringa e agulha é usada há muitos anos e enraizou-se em algumas áreas de saúde, pois o mesmo produto é usado para infundir medicamentos. É a técnica mais antiga desenvolvida para coleta de sangue venoso. Embora não seja mais o procedimento recomendado pelas normas CLSI, ainda hoje, em algumas regiões do mundo, este procedimento é bastante utilizado em laboratórios clínicos e hospitais. A coleta com seringa e agulha é ainda muito usada, seja por sua disponibilidade, uma vez que seringas e agulhas hipodérmicas são materiais essenciais para o funcionamento de uma instituição de saúde, e pelo menor custo do produto. Porém, poderá trazer impacto em maior escala na qualidade da amostra obtida, bem como nos riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes. Em função do sistema de coleta ser aberto, e por existir a etapa de transferência do sangue para os tubos acima ou abaixo da capacidade dos mesmos, que altera a proporção correta de sangue/aditivo, a qualidade da amostra pode ser comprometida pela ocorrência de hemólise, formação de micro coágulos e fibrina, que provocam resultados incompatíveis com o real estado do paciente. Além disso, causa um aumento de custo em todo o processo, pois uma amostra comprometida leva o laboratório ao reprocessamento de amostras, causando situações incômodas, como descritas a seguir:
Novas coletas, ocasionando transtornos na reconvocação do paciente e para os profissionais do laboratório;
Gasto de tempo desnecessário para o flebotomista e laboratório;
Possibilidade de problemas nos equipamentos dos setores técnicos (entupimento da probe); • Utilização desnecessária de materiais de coleta e reagentes, envolvendo custos para o setor;
Custos desnecessários para os setores administrativos e técnicos do laboratório.

5.10. Procedimento de coleta de sangue com seringa e agulha estéreis:

Verificar se a cabine da coleta está limpa e guarnecida para iniciar as coletas;
Solicitar ao paciente que diga seu nome completo para confirmação de pedido médico e etiquetas;
Conferir e ordenar todo material a ser usado no paciente, de acordo com o pedido médico (tubos, gaze, torniquete, etc.). A identificação dos tubos deve ser feita na frente do paciente;
Informá-lo sobre o procedimento;
Higienizar as mãos;

Calçar as luvas;
Abrir a seringa na frente do paciente;
Posicionar o braço do paciente, inclinando-o para baixo na altura do ombro;
Se o torniquete for usado para seleção preliminar da veia, pedir para que o paciente abra e feche a mão, faça a escolha da veia a ser puncionada, e afrouxe-o. Esperar 2 minutos para usá-lo novamente;
Fazer a Antissepsia;
Garrotear o braço do paciente;
Retirar a proteção da agulha hipodérmica;
Fazer a punção numa angulação oblíqua de 30°, com o bisel da agulha voltado para cima. Se necessário, para melhor visualizar a veia, esticar a pele com a outra mão (longe do local onde foi feita a antissepsia);
Desgarrotear o braço do paciente assim que o sangue começar a fluir dentro da seringa; 15. Aspirar devagar o volume necessário de acordo com a quantidade de sangue requerida na etiqueta dos tubos a serem utilizados (respeitar ao máximo a exigência da proporção sangue/aditivo). Aspirar o sangue evitando bolhas e espuma, e com agilidade, pois o processo de coagulação do organismo do paciente já foi ativado no momento da punção;
Retirar a agulha da veia do paciente;
Exercer pressão no local, em geral de 1 a 2 minutos, evitando assim a formação de hematomas e sangrentos. Se o paciente estiver em condições de fazê-lo, oriente-o para que faça a pressão até que o orifício da punção pare de sangrar;
Tenha cuidado com a agulha para evitar acidentes perfuro cortantes;
Descartar a agulha imediatamente após sua remoção do braço do paciente, em recipiente adequado, sem a utilização das mãos (de acordo com a normatização nacional – não desconectar a agulha - não reencapar);
Abrir a tampa do 1° tubo, deixar que o sangue escorra pela sua parede devagar para evitar hemólise;
Fechar o tubo e homogeneizar, invertendo-o suavemente de 5 a 10 vezes de acordo com o tubo utilizado. O CLSI recomenda que o processo de homogeneização do sangue ao anticoagulante citrato ocorra num intervalo inferior a 1 minuto, após a finalização da coleta;
Abrir a tampa do 2° tubo, e assim sucessivamente até o último tubo, de acordo com o pedido médico do paciente. Não se esquecer de fazer o processo tubo a tubo, para evitar a troca de tampa dos tubos (causando erro de diagnóstico). A sequência a ser preconizada na transferência do sangue para os tubos, ao utilizar seringa e agulha, deve ser aquela recomendada pelo CLSI. Este procedimento visa prevenir riscos de contaminação das amostras;
Ao final, descartar a seringa em descartador apropriado para materiais contaminantes;
Fazer curativo oclusivo no local da punção;
Orientar o paciente para que não dobre o braço, não carregue peso ou bolsa a tiracolo no mesmo lado da punção por no mínimo 1 hora, e não mantenha manga dobrada, que pode funcionar como torniquete;
Verificar se há alguma pendência, dando orientações adicionais ao paciente, se for necessário; 27. Certificar-se das condições gerais do paciente perguntando se está em condições de se locomover sozinho, entregar o comprovante de coleta com a provável data do resultado e liberá-lo; 28. Colocar as amostras em local adequado ou encaminhá-las imediatamente para processamento em casos indicados (como materiais que necessitem ser mantidos em gelo, por exemplo) de acordo com o procedimento operacional do laboratório;

5.11. Agrupamento de exames para coleta:

Tubo com gel SST (*Serum Separation Tubes*) – tampa amarela:

Ácido Úrico, Adenosina Deaminase (ADA), Alanina Amino Transferase (ALT/TGP - transaminase glutâmico pirúvica), Albumina, Alfa-1 Glicoproteína Ácida, Alfa Fetoproteína, Amilase, Anticorpos Antitiroglobulina (ATG), Anticorpos Antiperoxidase, Anticorpos Anti-antígeno superfície (Anti-HBs), Anticorpo ContraAntígeno E - Anti-HBe, Anticorpos Totais Contra Antígeno Central (Anti-HBc), Antígeno Carcinoembrionário (CEA), Antígeno de superfície (HBsAg), Antígeno E – HbeAg, Antígeno Prostático Específico Total (PSA Total), Aspartato Amino Transferase (AST/TGO - transaminase glutâmico oxalacética), Ácido Fólico, Ácido Valproico, Aldolase, Aldosterona, Alfa-1 Antitripsina (AAT), 17-Alfa Hidroxi Progesterona (17-OH-Progesterona), Amicacina, Androstenediona, Anticorpos Antimitocôndria (AMA), Anticorpos Anti-Músculo Liso (ASMA), Anti ENA, Antiestreptolisina O (ASLO), Anti Jo-1, Anti-LKM(*Liver kidney microsome*)-1, Anti RNP (*Ribonucleoprotein*), Anti Scl-70, AntiSm, Anti SSB (Antígeno B da Síndrome de Sjögren) (La), Anticorpos Anti-peptídeoCitrulinadoCiclico, Anticorpos Anti-SSA (Antígeno A da Síndrome de Sjögren) (Ro), Anti DNA (ácido desoxirribonucleico) Nativo (Dupla Hélice), Bilirrubina Totais e Frações, Beta-2 Microglobulina,Brucelose,Ceruloplasmina, Cortisol Após Estímulo com DDAVP (teste da desmopressina), CA (Carcinoma) 125, CA 15.3, CA 19.9,
CA 72.4, Cálcio Total, Cálcio iônico, Citomegalovírus (CMV), Citomegalovírus - Avidez de IgG, Cobre, Cloro (Cl), Colesterol Total e Frações, Cortisol, Creatinina, Creatinoquinase (CK), CreatinoquinaseIsoenzima MB (CKMB), Curva de Insulina, C3, C4, Carbamazepina, Estradiol (E2), Dehidropiandrosterona, Detecção do DNA do Toxoplasma gondii, Detecção do DNA do Parvovírus Humano, Detecção do DNA do Vírus Epstein-Barr (líquor), Detecção de DNA do vírus Hepatite B, Detecção do DNA e Tipagem Herpes vírus I e II, Detecção do RNA (ácido ribonucleico) do Vírus Hepatite C, Detecção do DNA do Vírus Varicela-Zoster (líquor), Desidrogenase lática (LDH), Digitoxina, Digoxina, Eletroforese de proteínas e imunofixação, Eritropoietina, Esquistossomose, Fator Anti Núcleo (FAN), Fator Reumatoide (FR), Fenitoína, Fenobarbital, Fosfatase Ácida Prostática, Fosfatase Ácida Total, Herpes IgG (Imunoglobulina G) e IgM (Imunoglobulina M), Ferritina, Ferro (Fe), Fosfatase Alcalina, Fósforo, Gama GlutamilTransferase (GGT), Gonadotrofina Coriônica Humana - Fração beta (Beta- HCG - hormona gonadotrofina coriónica humana), Hepatite A (Anti-HAV - Hepatitis A Virus), Hepatite B (Anti-HBV), Hepatite C (AntiHBC), HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) – Teste Rápido, Hormônio do Crescimento (GH), Hormônio Folículo Estimulante (FSH), Hormônio Luteinizante (LH), Hormônio Tireoestimulante (TSH), Imunoglonulinas A, E G e M (IgA, IgE,IgG e IgM)), IGF-1 - Somatomedina C,Influenza A/H1, Rubéola - Avidez de IgG (soro), Linhagem Suína, Influenza Sazonal, Isolamento de Vírus (líquor), Insulina, Lipase, Lítio, Magnésio (Mg), Metotrexato, Mononucleose, NTPróBNP, Paratormônio, PCR (proteína C reativa) para Parvovírus Humano, Peptídeo C, Potássio (K), Progesterona, Prolactina (PRL), Proteína C Reativa - Ultra Sensível (PCR), Proteína Total (PT), Proteína Total e Frações (PTF),Quantificação do DNA do Citomegalovírus (soro), Quantificação do DNA do Vírus Hepatite B, Quantificação do DNA do Vírus Hepatite C, Quantificação do DNA do vírus Epstein-Barr, Rubéola,Rubéola - Avidez de IgG (soro), Sódio (Na),Sorologia para HTLV (vírus T-linfotrópico human) I e II, Sarampo, Sorologia para Bartonela, Sorologia para Dengue, Sorologia paraChagas, Sorologia para Caxumba, Sorologia para HIV, Sorologia para Sífilis, Sorologia para Clamídia, Sorologia para Micoplasmapneumoniae, Sorologia para Paracoccidioidomicose, Sulfato de Dehidroepiandrosterona (DHEA'S), T3 Livre, T4 Livre, Testosterona Total, Toxoplasmose, Toxocara canis IgG, Transferrina, Triglicérides (TG), Troponina T - Alta sensibilidade (Tropo T), Teofilina, Testosterona Livre, Tobramicina, Toxoplasmose - Avidez de IgG (soro), Uréia, Vancomicina, VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), Vitamina D Total, Vitamina A, Vitamina B12.

Tubo tampa roxa – EDTA:

Curva de Fragilidade Osmótica, Eletroforese de Hemoglobinas, Falcização de Hemácias, Glicose 6 Fosfato Desidrogenase – G6PD, Hemograma, Hemoglobina Glicada – HbA1C, Hormônio Adenocorticotrófico (ACTH), Plaquetas, Pesquisa de Esferócitos, Pesquisa de Hematozoários, Reticulócitos, Renina, Velocidade de Hemossedimentação (VHS).

Tubo tampa cinza – EDTA + FLUORETO DE SÓDIO:

Curva Glicêmica de 3 horas, Curva Glicêmica de 5 horas, Glicemia de Jejum, Glicose Pós-prandial, Lactato, Teste Oral de Tolerância à Glicose (75g).

Tubo tampa azul – CITRATO DE SÓDIO

Coagulograma, Dímero D, Fator de Von Wilebrand, Fator V, Fator VII, Fator VIII, Fator IX, Fibrinogênio, Tempo de Protrombina (TP), Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa), Titulação do Inibidor do Fator VIII, Titulação do Inibidor do Fator IX.

5.12. Recomendações da sequência dos tubos a vácuo na coleta de sangue venoso de acordo com o CLSI:

Existe uma possibilidade pequena de contaminação com aditivos de um tubo para outro, durante a troca de tubos, no momento da coleta de sangue. Por isso, foi estabelecida pelo CLSI uma ordem de coleta. Esta contaminação pode ocorrer numa coleta de sangue venoso quando:
Na coleta de sangue a vácuo, o sangue do paciente entra no tubo e se mistura ao ativador de coágulo ou anticoagulante, podendo contaminar a agulha distal, (recoberta pela manga de borracha da agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo), quando a mesma penetra a rolha do tubo;
Na coleta com seringa e agulha, pelo contato da ponta da seringa com o anticoagulante ou ativador de coágulo na parede do tubo, quando da dispensação do sangue dentro do tubo.
Em dezembro de 2003, a ordem de coleta do CLSI foi reformulada contemplando também a coleta em tubos plásticos. Isto ocorreu porque os tubos plásticos para soro (tampa vermelha ou amarela com gel separador) contêm ativador de coágulo em seu interior, o que pode alterar os resultados dos testes de coagulação. Devido a este componente, estes tubos devem ser colhidos depois do tubo para coagulação (tampa azul), como veremos abaixo. No caso de coleta com tubos de vidro, tubos para soro (tampa vermelha) podem ser colhidos normalmente, antes dos tubos para coagulação (tampa azul), pois não possuem ativador de coágulo. Em casos de usar somente tubos plásticos, e o paciente necessitar testes específicos de coagulação, coletar primeiro um tubo de vidro para soro (tampa vermelha) ou um tubo de descarte sem nenhum aditivo (que não serão utilizados para análise), para evitar a contaminação de testes específicos pela tromboplastina tecidual. O tubo de descarte deve ser um tubo sem nenhum aditivo, ou seja, este tubo será usado para descartar o primeiro volume de sangue da coleta, onde está presente o fator de coagulação tromboplastina tecidual, que interfere em testes específicos de coagulação.

Nos casos em que a coleta for feita com escalpe e o primeiro tubo a ser colhido for o tubo de citrato ou um tubo de menor volume de aspiração, deve-se primeiro colher um tubo de descarte. O tubo de descarte deve ser usado para preencher o espaço morto do tubo vinílico do escalpe com sangue, assegurando a manutenção da proporção sangue/anticoagulante no tubo e também o volume exato de sangue que foi colhido dentro do tubo.

5.13. Sequência de coleta de sangue em tubos plásticos:

Frascos para hemocultura;
Tubos com citrato (tampa azul claro);
Tubos para soro com Ativador de Coágulo, com ou sem Gel Separador (tampa vermelha ou amarela);
Tubos com Heparina com ou sem Gel Separador de plasma (tampa verde);
Tubos com EDTA (tampa roxa);
Tubos com fluoreto (tampa cinza).

Coleta de sangue em geriatria:

Como o acesso venoso em pacientes pediátricos e geriátricos pode ser difícil, pois os mesmos possuem veias menos calibrosas, o êxito de uma coleta nestes pacientes requer agulhas de menor calibre, escalpes e tubos de menor volume.

Coleta de sangue em queimados:

Dependendo das condições do paciente queimado, deve-se manter uma via de acesso preservada para infusão. No caso de coleta de sangue, recomenda-se procurar uma veia cujo acesso esteja íntegro e facilitado. Esta coleta também requer agulhas de menor calibre, escalpes e tubos de menor volume. Em alguns casos, pode-se colher sangue por punção capilar, com lancetas e microtubos.

Coleta de gasometria:

A coleta de sangue **VENOSO** para análise dos gases sanguíneos requer cuidados na escolha do material adequado a ser utilizado na coleta, na conservação da amostra e transporte imediato ao laboratório. A melhor opção está na utilização de seringa previamente preparada com heparina de lítio jateada na parede, com "balanceamento" de cálcio. O uso de seringa, de preparação "caseira", utilizando heparina de sódio líquida é aceitável, porém aumenta a possibilidade de interferência na dosagem de cálcio iônico, pois existe a possibilidade da heparina ligar-se quimicamente ao cálcio, resultando em valores falsamente mais baixos do que o real. A introdução do cálcio em concentração "balanceada" nas seringas destinadas especificamente para coleta de gasometria e eletrólitos tem por finalidade minimizar os efeitos da queda deste íon na amostra. A heparina líquida, em excesso, pode ainda causar diluição da amostra, resultando valores incompatíveis com a situação clínica do paciente. As seringas específicas para a análise de gases sanguíneos, além de eliminarem o risco de diluição da amostra, asseguram a proporção exata entre volume de sangue e anticoagulante, evitando assim a formação de micro coágulos que podem produzir resultados errôneos, bem como obstruir os equipamentos analisadores de gases sanguíneos. O volume de sangue coletado pode variar de 1 a 3 mL. Após a obtenção da amostra despreza-se a agulha, esgotase o ar residual, veda-se a ponta da seringa com o dispositivo oclusor, e homogeneiza-se suavemente, rolando-a entre as mãos. O material necessita ser encaminhado de imediato ao laboratório, idealmente não excedendo o prazo de 15 minutos. O resfriamento do material em gelo auxilia sobremaneira na diminuição da atividade metabólica dos leucócitos, porém não assegura uma inibição completa. Deve-se evitar o contato direto da seringa com

o gelo, isolando-a com papel, compressa ou similar, visando prevenir o congelamento da amostra, fato que inviabilizaria sua análise.

Coleta de hemocultura:

Consultar ROP específico para hemocultura, disponível na Subunidade.

Coleta de sangue para teste oral de tolerância à glicose e outras provas funcionais:

Provas funcionais são aquelas em que o organismo do paciente é estimulado ou suprimido, de alguma forma, antes da coleta do exame, por administração endovenosa ou ingestão de medicamento ou substância, por meio de exercícios ou, até mesmo, permanecendo por um período em repouso. Recomenda-se que estes testes tenham acompanhamento médico e que o laboratório disponha de um local separado para sua realização. Devido à particularidade de se fazer coleta seriada de sangue para as provas funcionais, o uso de escalpe é o mais indicado e, em geral, o ideal é puncionar uma só vez este paciente.

Coleta de Testes de Coagulação:

Para esse tipo de coleta, algumas das informações fornecidas são importantes durante a interpretação da análise de consistência dos resultados, tais como: nome da medicação em uso, horário da última tomada da medicação, horário da coleta e nome do flebotomista. Estas recomendações apoiam-se no documento "CLSI H21-A5 – *Collection,Transport, and Processing of Blood Specimens for Testing Plasma-Based Coagulation Assays and Molecular Hemostasis Assays; Approved Guideline* – 5th ed. Vol.28, Nº5".

Comentários sobre a coleta:

Coleta com seringa pode ser utilizada, mas deve-se empregar seringa com material cuja superfície não seja ativadora (polipropileno) e de pequeno volume, para não haver formação de microcoágulos;
Cuidados maiores devem ser tomados na transferência do material da seringa para um tubo de coleta. Deve-se manter um fluxo contínuo durante o processo de transferência, particularmente evitando-se o turbilhonamento de sangue;
Recomenda-se que o processo de homogeneização do sangue ao anticoagulante citrato ocorra num intervalo inferior a 1 minuto, após a coleta;
Segundo a literatura, os resultados de tempo de protrombina (TP) e o cálculo do *International Normalized Ratio* (INR) obtidos de pacientes normais, pacientes submetidos à terapia de anticoagulação oral com varfarina e pacientes com tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPA) normal, não seriam afetados, se realizados no primeiro tubo coletado sem o tubo de descarte. No entanto, uma vez que os outros testes de coagulação podem ser afetados, nessa situação, é aconselhável fazer a coleta de um segundo tubo para as outras provas de coagulação ou realizar o procedimento de coleta do tubo de descarte.

6. PROCEDIMENTO DE COLETA DE FEZES

Protoparasitológico:

Para a coleta do material, utilizar frascos com conservante (por exemplo, COPROTEST ou PARATEST) que são sistemas integrados para coleta com conservante e transporte de material fecal.

Esses sistemas, após a adição da amostra biológica (fezes) mantêm as formas parasitárias íntegras e bem preservadas, em temperatura ambiente por, pelo menos, trinta dias (4 semanas). Recomenda-se que o exame seja feito em até 10 dias após a adição da amostra fecal no líquido diluente/conservante.

Cultura de aeróbios e fungos:

Orientações necessárias:

Devem ser coletadas no início ou fase aguda da doença, quando os patógenos estão usualmente presentes em maior número e preferencialmente, antes da antibioticoterapia.

Procedimento:

Coletar as fezes e colocar em um frasco contendo salina glicerinada tamponada, fornecido pelo laboratório, uma quantidade equivalente a uma colher de sobremesa. Preferir sempre as porções mucosas e sanguinolentas; - Anotar o horário da coleta;
Se a amostra não for entregue no laboratório em até uma hora após a coleta, conservar em geladeira a 4°C, no máximo por um período de 12 horas.

NOTA: Identificar o material com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório o mais rápido possível juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida.

6.2.3. Pesquisa de sangue oculto:

Também conhecida por sangue oculto e sangue nas fezes. É um exame que representa uma alternativa não invasiva, de baixo custo, fácil operacionalidade e boa efetividade na investigação de sangramentos causados por doenças gastrointestinais. Portanto, é um exame útil no rastreamento do câncer colorretal ou de seus precursores benignos, os pólipos, mesmo em indivíduos sem qualquer sintoma.

6.2.3.1.Preparo do paciente:

Não precisa de dieta específica para coleta das fezes;
Coletar as fezes durante três dias consecutivos ou a critério médico;
Coletar uma pequena porção de fezes frescas, sem uso de substâncias laxativas e sem contaminação da urina;
Coletar em frascos de boca larga com tampa de rosca;
Encaminhar ao laboratório no mesmo dia, ou no máximo, até o dia seguinte, desde que conservado em geladeira;
Não se deve adicionar substâncias conservantes à amostra de fezes.

Restrições à pesquisa de sangue oculto: este exame não deve ser realizado em pacientes com sangramento visível, com suspeita de câncer colorretal, com idade inferior a 40 anos, já rastreado por colonoscopia ou com resultado de pesquisa positiva na expectativa de um novo teste negativo.

6.2.4. Pesquisa de *Clostridium difficile, Cryptosporidium sp e Isospora*:

Coletar uma pequena porção de fezes frescas em frascos de boca larga com tampa de rosca; - Encaminhar ao laboratório no mesmo dia, ou no máximo, no dia seguinte, desde que conservado em geladeira;
Não se deve adicionar substâncias conservantes à amostra de fezes.
NOTA (para os próximos procedimentos):
Identificar o material com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório o mais rápido possível juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida. As lâminas preferencialmente devem ser enviadas dentro de um suporte. Na falta deste elas devem ser afixadas sobre o pedido com fita crepe, por exemplo.

7. PROCEDIMENTO DE COLETA DE MATERIAL GENITAL

7.1. Secreção vaginal:

7.1.1. Orientações necessárias:

Não fazer uso de creme e/ou óvulo vaginal;
Não fazer uso de ducha vaginal e/ou lavagem interna nas 48 horas anteriores do exame;
Recomenda-se que a paciente não esteja menstruada;
A paciente deve estar em abstinência sexual por 02 dias, pelo menos;
Não estar fazendo uso de antibióticos ou quimioterápicos.
OBS: A coleta deste material deve ser feita preferencialmente pela manhã, sem que a paciente tenha feito higiene íntima e que esteja há pelo menos 02 horas sem urinar.

7.1.2. Procedimento:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
Colocar a paciente em posição ginecológica;
Inserir um espéculo (sem lubrificante) na vagina e retirar o excesso de muco cervical com um "*swab* (utensílio que tem a funcionalidade de coletar amostras clínicas)" ou gaze estéril.

Exame a fresco:
Colher material do canal vaginal com um *swab*, colocá-lo em um tubo com 1 mL de solução fisiológica estéril, e homogeneizar.

Bacterioscopia:
Colher material do canal vaginal com um *swab* e fazer um esfregaço de forma homogênea, rolando o *swab* sobre a lâmina.

Cultura de aeróbios e fungos:
Inserir um *swab* estéril no canal vaginal e rodar por alguns segundos sobre o fundo do saco.
Retirar e introduzir no meio de transporte Amies com carvão.

7.2. Secreção endocervical:

7.2.1. Procedimento:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;

Inserir um espéculo (sem lubrificante) na vagina e retirar o excesso de muco cervical com um *swab* de algodão ou gaze estéril.
Exame a fresco:
Colher o material do canal endocervical com um *swab*, colocá-lo em um tubo com 01 mL de solução fisiológica estéril e homogeneizar.

Bacterioscopia:
Colher material do canal endocervical com um *swab* e fazer um esfregaço de forma homogênea, rolando o *swab* sobre a lâmina.

Cultura de aeróbios e fungos:
Inserir um *swab* no canal endocervical até a ponta do *swab* não ser mais visível, rodar por alguns segundos, retirar evitando o contato com a parede vaginal, inserir este *swab* no meio de transporte Amies com carvão.

7.3. Secreção uretral:

7.3.1. Orientações necessárias:

O paciente não deve manter relação sexual por 48 horas anteriores a coleta;
Não tomar banho antes da coleta;
Não fazer uso de medicamentos tópicos nas 12 horas que antecedem o exame;
Estar no mínimo 02 horas sem urinar;
Informar medicamentos em uso nos últimos 07 dias.

7.3.2. Procedimento:

MULHERES:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
Estimular a eliminação da secreção massageando delicadamente a uretra contra a superfície púbica através da vagina.
Exame a fresco:
Colher o material da uretra com *swab* estéril, colocá-lo em um tubo com 01 mL de solução fisiológica estéril, e homogeneizar.

Bacterioscopia:
Colher o material da uretra com um *swab* estéril e fazer um esfregaço de forma homogênea, rolando o *swab* sobre a lâmina.

Cultura de aeróbios e fungos:
Colher o material com swab estéril e colocá-lo em meio de transporte Amies com carvão.

HOMENS:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
Fazer higiene da glande 02 vezes com gaze embebida em salina, iniciando pelo meato e a partir daí abrangendo toda a glande. Em seguida enxugar com gaze seca estéril;

Fazer higiene da fossa navicular utilizando 01 *swab* comum estéril umedecido com solução fisiológica estéril, desprezar este *swab*, em seguida enxugar com outro *swab* estéril seco.

Exame a fresco:
Utilizar o mesmo *swab* que foi colhida a bacterioscopia e colocá-lo em um tubo com 01 mL de solução fisiológica estéril.
Bacterioscopia:
Fazer a expressão do pênis (desde a base), para que a secreção se exteriorize, com um *swab* comum estéril, realizar a coleta introduzindo-o, se possível, de 2 a 3 cm no canal uretral e fazer um esfregaço de forma homogênea, rolando o *swab* sobre a lâmina.

Cultura de aeróbios e fungos:
Introduzir um *swab* alginatado estéril se possível a 04 cm no canal uretral e fazer cuidadosamente movimentos rotatórios. Colocar o *swab* em meio de transporte Amies com carvão.

7.4. Esperma:

7.4.1. Orientações necessárias:

O paciente deve estar no mínimo por 48 horas em abstinência sexual.

7.4.2. Procedimento:

Bacterioscopia, cultura de aeróbio, fungos e pesquisa de fungos:
O material é coletado por processo de masturbação;
O paciente deve ejacular dentro de um frasco de boca larga e estéril.

7.5. *Swab* retal:

7.5.1. Procedimento:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
Usar *swab* de algodão, certificando-se de que a ponta da haste que suporta o algodão esteja bem revestida;
Umedecer o *swab* em solução fisiológica estéril (não usar gel lubrificante) e inserir no esfíncter retal, fazendo movimentos rotatórios;
Ao retirar o *swab* certifique-se que existe coloração fecal no algodão. O número de *swabs* depende das investigações solicitadas;
Colocar o *swab* em meio de transporte (Amies com carvão, Stuart, NaCl 6,5% ou meio para *Enterococos* resistentes à Vancomicina- VRE).

7.6. Trato urinário:

7.6.1. Orientações necessárias:

A coleta deve ser feita pela manhã, preferencialmente, a primeira micção do dia, ou então após retenção de duas a três horas;
Não fazer uso de creme/óvulo vaginal nas 24 horas que antecedem o exame;
No dia do exame o paciente deve tomar banho pela manhã;
Lavar muito bem, com água e sabão a região gênito-urinária;

Enxaguar com bastante água para tirar o sabão; - Secar com toalha limpa.

7.6.2. Procedimento:

7.6.2.1. Adultos (sexo feminino):

Bacterioscopia, cultura de aeróbio, fungos e pesquisa de fungos:
A coleta de amostras de pacientes do sexo feminino deve ser feita supervisionada por um enfermeiro ou profissional capacitado. O processamento laboratorial deve ser feito dentro de duas horas ou as amostras deverão permanecer refrigeradas a 4 °C o menor tempo possível.
Remover toda a roupa da cintura para baixo e sentar no vaso sanitário;
Separar as pernas tanto quanto for possível;
Afastar os grandes lábios com uma das mãos e continuar assim enquanto fizer a higiene e coleta do material;
Usar uma gaze embebida em sabão neutro, lavar da frente para trás e certificar-se que está limpando por entre as dobras da pele, o melhor possível;
Com outra gaze embebida em água enxaguar da frente para trás;
Continuar afastando os grandes lábios para urinar. O primeiro jato de urina deve ser desprezado no vaso sanitário, colher o jato médio urinário no frasco de boca larga estéril e tampa vermelha fornecido pelo laboratório. Não encher o frasco;
Fechar bem o coletor e caso haja algum respingo de urina na parte externa lavar e enxugar o frasco coletor.

7.6.2.2.Adultos (sexo masculino):

Bacterioscopia, cultura de aeróbio, fungos e pesquisa de fungos:
Fazer rigorosa antissepsia do genital com água e sabão neutro, afastando o prepúcio, enxaguar com água e secar com gaze estéril;
Desprezar o 1° jato urinário;
Colher no mínimo 5mL de urina do jato médio em frasco de boca larga estéril;
O processamento laboratorial deve ser feito dentro de duas horas ou as amostras deverão permanecer refrigeradas a 4 °C até o momento da semeadura, no máximo por 24 horas.

Cultura para micobactérias e pesquisa de BAAR (Bacilo Álcool Ácido Resistente):
A melhor amostra para este exame é todo o volume da primeira urina da manhã;
Recomenda-se realizar este exame em 03 amostras, colhidas em dias consecutivos ou alternados para aumentar a sensibilidade do teste.

É contra indicada a realização deste exame em urina de 24 horas.

7.6.2.3. Coleta de urina de pacientes com sonda vesical de demora:

Bacterioscopia, cultura de aeróbio, fungos e pesquisa de fungos:
Antes de colher a urina, a sonda deve ser mantida fechada por um período de 1 a 2 horas;
Fazer antissepsia no dispositivo da sonda com álcool 70%;
Coleta de 30 a 60 mL de urina, em frasco de boca larga estéril de tampa vermelha, com uso de agulha e seringa estéreis;
Não deve ser utilizada a urina contida na bolsa coletora.

8. TRATO RESPIRATÓRIO

8.1.Trato respiratório inferior:
8.1.1. Escarro:

8.1.1.1. Orientações necessárias:

Escovar os dentes somente com água (não utilizar creme dental) e enxaguar a boca várias vezes, inclusive com gargarejos;
Tossir profundamente e escarrar no frasco fornecido pelo laboratório. É importante que o material coletado seja escarro e não saliva (não é o material para realização do exame);
Colher somente uma amostra por dia, se possível o primeiro escarro da manhã antes da ingestão de alimentos.

8.1.1.2. Procedimento:

Bacterioscopia e cultura de aeróbio:
Pedir ao paciente para respirar fundo várias vezes e tossir profundamente, recolhendo a amostra em um frasco de boca larga estéril fornecido pelo laboratório. Caso haja algum respingo na parte externa lavar e enxugar o frasco.
Cultura de micobactérias, fungos e pesquisa de fungos:
Pedir ao paciente para respirar fundo várias vezes e tossir profundamente, recolhendo a amostra em um frasco de boca larga estéril. Coletar pelo menos três amostras em dias consecutivos (colher apenas uma amostra por dia).
Em caso de pacientes com dificuldades para escarrar, esta amostra poderá ser induzida por inalação.

8.1.2. Aspirado traqueal:

8.1.2.1.Procedimento:

A coleta deve ser realizada por um profissional especializado, por exemplo: médico, fisioterapeuta ou enfermeiro.

Bacterioscopia, cultura de aeróbios, fungos, pesquisa de fungos, cultura de micobactérias e pesquisa de BAAR:
O material é obtido diretamente por aspiração transtraqueal, evitando-se contaminação com o trato respiratório alto. Encaminhar imediatamente o material coletado em frasco de boca larga estéril ao laboratório e não refrigerar.

A cultura para pesquisa de bactérias só deve ser coletada com orientação da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).

8.1.3. Lavado bronco-alveolar (BAL):

8.1.3.1.Procedimento:

A coleta deve ser realizada por equipe médica especializada durante a broncoscopia.

Bacterioscopia, cultura para aeróbios, fungos, pesquisa de fungos, cultura para micobactérias e pesquisa de BAAR:
Encaminhar imediatamente o material coletado no frasco utilizado durante a broncoscopia ou em um frasco de boca larga estéril ao laboratório e não refrigerar.
2. Trato respiratório superior:

8.2.1. Orofaringe:

8.2.1.1.Procedimento:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
Solicitar ao paciente que abra bem a boca;
Instruir o paciente que respire profundamente e abaixar a língua do paciente com um abaixador de língua;
Introduzir o *swab* estéril, fazer esfregaços sobre as amígdalas e faringe posterior, evitando tocar na língua e na mucosa bucal;
Procurar o material nas áreas com hiperemia, próximas aos pontos de supuração ou remover o pus ou a placa, colhendo o material da mucosa abaixo;
Coletar a amostra exatamente na área inflamada, evitando outros sítios na cavidade oral.

Bacterioscopia:
Fazer um esfregaço de forma homogênea rolando o *swab* sobre a lâmina.
Cultura de aeróbios e fungos:
Utilizando outro *swab*, repetir o procedimento de coleta e introduzir o *swab* no meio de transporte (Amies, Amies com carvão ou Stuart).

8.2.2. *Swab* nasal:

8.2.2.1.Procedimento:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
Introduzir o *swab* estéril na narina do paciente até que seja encontrada resistência;
Rodar o *swab* contra a mucosa nasal; - Repetir o processo na outra narina.
OBS: caso a narina esteja muito seca, umedecer o *swab* em solução fisiológica estéril.

Bacterioscopia:
Fazer um esfregaço de forma homogênea rolando o *swab* sobre a lâmina.

Cultura de aeróbios, fungos e pesquisa de fungos:
Utilizando outro *swab*, repetir o procedimento de coleta e introduzir o mesmo no meio de transporte (Amies, Amies com carvão ou Stuart).

OCULAR

9.1.1. Procedimento:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;

As amostras deverão ser coletadas antes da aplicação de antibióticos, soluções, colírios ou outros medicamentos;
Desprezar a secreção purulenta, fazendo a limpeza do olho com solução fisiológica estéril; - Colher o material da parte interna da pálpebra inferior ou do canto interno do olho usando um *swab* e fazendo suave rotação no local; - Usar sempre dois *swabs* para cada olho.

Bacterioscopia:
Fazer um esfregaço de forma homogênea rolando o *swab* sobre a lâmina.
Cultura de aeróbios, fungos e pesquisa de fungos:
Utilizando outro *swab*, repetir o procedimento de coleta e introduzi-lo no meio de transporte (Amies, Amies com carvão ou Stuart).

SECREÇÃO DE PELE, ESCARA, FÍSTULA, ABSCESSO E EXUDATOS

10.1.1. Orientações necessárias:

O paciente não deve fazer uso de pomadas ou antissépticos no dia da coleta.

10.1.2. Procedimento:

Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
As margens e superfície da lesão devem ser limpas com solução fisiológica;
Não coletar material purulento. Lavar toda a lesão com soro fisiológico 0,9% e coletar no tecido mais epitelizado;
Coletar o material purulento localizado na parte mais profunda da ferida, utilizando de preferência, aspirado com seringa e agulha. Quando a punção com agulha não for possível, aspirar o material somente com seringa tipo insulina;
Swabs (menos recomendados) serão utilizados quando os procedimentos acima citados não forem possíveis.

Observações:
A limpeza da superfície das lesões ou abscessos abertos, antes da coleta do material é crítica para a interpretação do resultado;
Não coletar o pus emergente. O material das margens da lesão e a parte mais profunda do sítio escolhido são mais representativos e possuem maior viabilidade de microorganismos;
A cultura de lesões secas e crostas não é recomendada;
A coleta de ferida de queimadura deve ser realizada após extensa limpeza e debridamento da lesão. Biópsia de pele é a técnica mais recomendada;

Bacterioscopia, cultura de aeróbios, fungos e pesquisa de fungos:
Se a coleta do material for realizada com seringa e agulha enviar imediatamente ao laboratório. - Se a coleta do material for realizada com *swab*, utilizar dois, um para bacterioscopia e o outro para cultura. Após a coleta do material um *swab* deverá ser introduzido no meio de transporte (Amies, Amies com carvão ou Stuart) e com o outro *swab* fazer um esfregaço de forma homogênea rolando-o sobre a lâmina.

CONDUTO AUDITIVO EXTERNO E MÉDIO

11.1.1. Orientações necessárias:

Não utilizar medicamento tópico nas 06 horas que antecedem a coleta do material para o exame; - Não fazer uso de antimicrobianos nos três dias que antecedem a coleta do material para o exame.

11.1.2. Procedimento:

Bacterioscopia:
Depois de realizado o procedimento de coleta do material para cultura, com outro *swab* coletar o material fazendo rotação no canal auditivo e fazer um esfregaço de forma homogênea rolando o *swab* sobre a lâmina.
Cultura de aeróbios, fungos e pesquisa de fungos:
Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
Remover a secreção superficial com um *swab* umedecido em solução fisiológica estéril e descartar. Com outro *swab*, coletar o material fazendo rotação no canal auditivo e em seguida inserir este *swab* no meio de transporte (Amies, Amies com carvão ou Stuart).

PONTA DE CATETER INTRAVASCULAR

Cateteres intravenosos são importantes fontes de bacteremia e fungemia, bem como causadores de complicações infecciosas no local da inserção. Quando existe suspeita de colonização no cateter, com a possibilidade de evolução para septicemia, a ponta do cateter deve ser cultivada. Cultura semi-quantitativa (método de Maki) da ponta de cateter é importante para determinar a relação entre colonização do cateter e *sepsis*. O resultado obtido, entretanto, depende de técnica adequada. Deve ser salientado que os mesmos cuidados de desinfecção utilizados na introdução do cateter devem ser adotados no momento da retirada.
Cateteres aceitáveis para cultura semi-quantitativa: Central, CVP (cateter venoso periférico), Hickman, Broviac, periférico, arterial, umbilical, alimentação parenteral e Swan-Ganz.
Não realizar cultura de ponta de cateter sem hemocultura.

12.1.1. Procedimento:

Fazer uma rigorosa antissepsia da pele ao redor do cateter seguindo as normas preconizadas para a retirada deste;
Remover o cateter e assepticamente cortar 5 cm da parte mais distal, ou seja, a que estava mais profundamente introduzida na pele. Não usar tesouras embebidas em soluções antissépticas.

Cultura de aeróbios e fungos:
Colocar a ponta do cateter em um frasco cônico graduado estéril fornecido pelo laboratório. O material deve ser transportado imediatamente ao laboratório para que a microbiota original seja mantida. A presença de um número maior ou igual a 15 colônias de um único tipo de bactéria sugere que a ponta de cateter pode ser fonte de infecção.

FLUÍDOS ORGÂNICOS (LÍQUIDOS: PLEURAL, PERITONEAL, PERICÁRDICO, BILIAR, SINOVIAL E OUTROS)

13.1.1. Procedimento:

A coleta deve ser realizada por equipe médica especializada;

Fazer uma rigorosa antissepsia seguindo as normas preconizadas para o procedimento de punção; - Obter a amostra através de punção percutânea ou cirúrgica. Quanto maior o volume da amostra, maior a probabilidade de isolamento do agente etiológico.

Bacterioscopia, cultura de aeróbio, fungos, pesquisa de fungos, cultura de micobactériase pesquisa de BAAR:
Encaminhar o líquido coletado em tubo seco estéril ou inoculado diretamente nos frascos de hemocultura, conforme segue:
cultura de aeróbio no frasco de tampa azul;
cultura de micobactérias e fungos frasco de tampa vermelha.
Encaminhar o líquido em um frasco estéril para bacterioscopia, pesquisa de fungos e pesquisa de BAAR.

LÍQUOR

14.1.1. Procedimento:

A coleta deve ser realizada por equipe médica especializada;
Recomenda-se jejum;
Após antissepsia correta da pele realizar a coleta. Caso a coleta permita a disponibilidade de material apenas para um tubo, este deve ser estéril e o laboratório de microbiologia deverá ser o primeiro a manipulá-lo.

Bacterioscopia, cultura de aeróbio, fungos, pesquisa de fungos, cultura de micobactérias, pesquisa de BAAR e tinta da china:
Colher no mínimo 2mL de líquor e enviar ao laboratório imediatamente; - O material para cultura não deve ser colocado em geladeira.

MICOLÓGICO DIRETO E CULTURA PARA FUNGOS DE UNHAS E LESÕES SUPERFICIAIS (PELE, PÊLO ECOURO CABELUDO)

15.1.1. Lesões superficiais:

15.1.1.1. Procedimento:

Limpar a superfície com soro fisiológico;
Não utilizar iodo, pois diminui a microbiota bacteriana e aumenta a sensibilidade do exame micológico;
Quando apresentar fissuras ou estiver inflamado usar soro fisiológico estéril, que é necessário para remover bactérias, cremes ou pomadas.

Para amostras de pele usar um bisturi ou com a borda da lâmina, raspar as bordas da lesão:
É importante que a coleta seja feita nas bordas, porque é o sítio ativo da infecção;
No centro da lesão pode haver resultado falso-negativo;
No caso de vesícula, colher o teto da bolha e com *swab* colher o material líquido;
Deve-se colher, raspando em vários pontos da lesão, procurando as bordas das lesões mais recentes;
Nos casos em que não há escamas aparentes, procura-se raspar bem o local e retirar o material que for possível;
Se o paciente tiver lesão úmida (frieira) entre os dedos das mãos ou pés (interdigital), colhe-se com o *swab*. Se a lesão for seca e descamativa, fazer a raspagem com bisturi ou a lâmina;

Quando não for possível o raspado opta-se pelo método de Porto, que consiste em usar fita adesiva tipo durex.

15.1.2. Amostras do couro cabeludo:

15.1.2.1. Procedimento:

-As amostras de lesões do couro cabeludo devem ser obtidas através da raspagem do local (colocar as amostras coletadas em placas ou frascos estéreis) ou coleta com *swab*; - Raspar as escamas com o lado sem corte do bisturi ou com a borda da lâmina;
Deve-se colher os fios de cabelo em região de alopecia ou que se apresentem brilho;
Que sejam fáceis de serem pinçados (os cabelos infectados são facilmente removíveis);
A amostra deve conter tocos de cabelo e as escamas de pele;
Se a lesão for ao longo do cabelo ou pelo, como nódulos, por exemplo, esses devem ser cortados com tesoura.

15.1.3. Coleta de unhas:

15.1.3.1. Procedimento:

Limpar a superfície com soro fisiológico estéril. Não utilizar iodo;
Os materiais obtidos podem ser colocados entre as lâminas (sanduíche) ou frascos estéreis e identificados separadamente para cada sítio a ser investigado;
Os fragmentos de unhas alteradas podem ser colhidos, raspando-os com bisturi;
Material que se deposita embaixo da unha (massa) pode ser retirado cuidadosamente com o bisturi, cureta ou espátula;
Em casos de paroníquia (lesões na região da cutícula), colher as escamas e, se possível, o pus, com um *swab*;
Se a lesão é uma mancha esbranquiçada em baixo da unha, raspar por cima da unha com o bisturi até chegar à parte com a lesão (desprezar este material e raspar todo o conteúdo da mancha).

15.1.4. Orientação geral para todas as coletas de exames micológicos:

Suspender o uso de antifúngico ou outra medicação tópica 15 dias antes da coleta;
Suspender o uso de antifúngico oral 30 dias antes da coleta;
Esmalte com medicação antifúngica 15 dias antes da coleta;
Esmalte comum retirar com 2 horas antes da coleta;
Caso não possa suspender o tratamento, informar as medicações usadas neste período.

OBS: A CCIH não recomenda coleta da secreção purulenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comitê de Coleta de Sangue da SBPC/ML e BD Diagnostics – PreanalyticalSistems. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / ML para Coleta de Sangue Venoso. 1ª ed., São Paulo, 2005.

Medeiros, Eduardo Alexandrino S.; Wey, Sérgio B.; Guerra, Carla M. Diretrizes para a Prevenção e o Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. São Paulo: Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo; 2005.
Smeltzer, S. C.; Bare, B. G..Brunner&Studdarth - Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. 10ª edição, Editora Guanabara Koogan.
Centro de Medicina Diagnóstica Fleury. Manual de Exames. São Paulo: Fleury; 2003.
Resolução da Diretoria Colegiada n° 343, de 13 de dezembro de 2002. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.
Miller, J. Michael. A guide to specimen management in clinicalmicrobiology. 2ª edição, Washington: American SocietyMicrobiology; 1999.
Brasil. Agência Nacional de Vigilância sanitária, Microbiologia Clínica para o Controle de infecção relacionada à Assistência à Saúde. Módulo 8: Detecção e identificação de fungos de importância médica/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília: Anvisa, 2013. 8. Diagnóstico Laboratorial das Micoses Humanas. RossanaSetti 2005 (fonte multimídia).
9. Araujo, Maria Rita E.Hemocultura: recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados. J InfectControl 2012; 1 (1): 08-19.

Procedimento Operacional Padrão Patologia Clínica - Transporte de materiais biológicos

OBJETIVO

Definir e estabelecer procedimentos padronizados para acondicionamento e transporte de material biológico de pacientes, coletados em Unidades- Postos de Coleta, para garantir a qualidade no transporte destes, mantendo-os adequados para posterior análise, embasados nas normas estabelecidas no "Manual de Vigilância Sanitária sobre o transporte de material biológico humano para fins de diagnóstico clínico" .

ABRANGÊNCIA

Equipe de coleta;
Equipe de logística/ Empresas de transporte terceirizadas; Gerenciamento de amostras.

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Acondicionamento de material biológico: procedimento de embalagem de material biológico que possui a finalidade de transporte, visando à proteção do material, do meio ambiente e das pessoas durante toda a etapa do transporte até o destino final. O acondicionamento é um procedi- mento fundamental para garantir a conservação das propriedades biológicas do material;

Amostras de pacientes: materiais coletados diretamente dos seres humanos (sangue, excreções, secreções, entre outros) para fins de diagnósticos, investigação, tratamento e prevenção de doen- ças;

Destinatário: qualquer pessoa jurídica, de natureza pública ou privada, responsável pelo recebi- mento do material biológico transportado;

Espécimes ou amostras para diagnóstico: quaisquer materiais biológicos de origem humana ou animal, incluindo – mas não se limitando a – dejetos, secreções, sangue e seus componentes, teci- dos ou fluidos expedidos para fins de diagnóstico;

Etiqueta: identificação afixada sobre o rótulo, sem rasuras e que não comprometa os dizeres ori- ginais do rótulo. A etiqueta é produzida posteriormente e tem como função a complementação dos dizeres do rótulo ao longo do processo de transporte;

Embalagem(ns) primária(s): recipientes que entram em contato direto com o material biológico. Podem ser fabricados com vidro, plástico, metal e outros. Ex.: tubos de coleta;

Embalagem secundária: com capacidade para envolver e conter a(s) embalagem(ns) primária(s). Pode ser constituída por saco plástico, saco plástico tipo bag, caixa de PVC (Policloreto de vinila), metal e outros;

Embalagem externa: recipientes com rigidez adequada. Podem ser constituídos por papelão, PVC, metal e outros. No transporte terrestre, uma das embalagens – secundária ou externa – deve ser rígida. Já para o transporte aéreo, a embalagem externa deve ser, obrigatoriamente, rígida.

INTRODUÇÃO

Todo material biológico (amostra de paciente) coletado deve estar em embalagem primária, devidamente lacrada e identificada. Este material, que é proveniente de uma unidade externa de- verá ser acondicionado em embalagem secundária (saco cristal), lacrados com lacre de segurança e acondicionados em geladeira ou caixa térmica, de forma que permita aferição da temperatura até o momento de retirada para transporte. O material deve ser transportado por colaboradores treina- dos quanto às regras de biossegurança e quanto a regras padronizadas para o acondicionamento e transporte de amostras biológicas. O transporte das amostras deve ser realizado em embalagem externa (caixa térmica), sendo este um recipiente isotérmico, higienizável e impermeável, com um termômetro disponível para o controle de temperatura do material transportado. Além do controle de temperatura, o tempo despendido no transporte, também deve ser controlado garantindo assim, a estabilidade das amostras biológicas desde a coleta até a realização do exame.
O recipiente para transporte deverá conferir total segurança ao transporte, evitando, por- tanto, que os profissionais de saúde, assim como os trabalhadores de frotas de veículos automoto- res e de empresas que efetuam o transporte, entrem em contato direto com o material humano coletado. A embalagem terciária/externa deverá conter as marcações e informações exigidas pela legislação vigente, a saber: nome e endereço do remetente e do destinatário; nome e número de telefone da pessoa responsável pelo conteúdo transportado (que deverá ficar em prontidão 24 horas por dia, até a remessa chegar), fornecidos em um documento escrito ou inscritos na embalagem externa; classificação correta do material que será transportado (substância biológica da categoria B); código numérico da ONU – Organização das Nações Unidas (UN - *United Nations* - 3373). A marca UN 3373 (imagem 1) 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, abaixo do qual será inscrita a seguinte frase de alerta: EM CASO DE DANO OU VAZAMENTO, INFORME IMEDIATAMENTE AS AUTORIDADES
DE SAÚDE PÚBLICA, e aposto rótulo contendo os endereços do remetente e do destinatário, sendo os mesmos, apenas transportados na parte traseira do veículo automotor para transporte.

IMAGEM 1: Designação oficial de transporte para amostras classificadas como UN 3373: "substância biológica da categoria B".

REQUISIÇÕES

Toda amostra biológica deve ser encaminhada à SPC (Subunidade Patologia Clínica) acompa- nhada da requisição para exames, contendo as seguintes informações a fim de evitar atrasos ou diagnósticos inadequados:
dados do paciente: nome completo (sem abreviaturas, legível, de preferência em letra de forma), data de nascimento, idade, sexo, etnia;
número do prontuário de atendimento da unidade;
dados da amostra: referir o tipo e sítio de coleta do material (topografia). Se houver mais de um local, identificar os frascos e referir a que local exato corresponde cada frasco;
quantidade de amostras;
tipos de exames solicitados;
dados complementares: informações que possam ser úteis no diagnóstico do patologista;
data da coleta;
solicitação do exame;
identificação do médico solicitante: assinatura e carimbo;

TRATAMENTO DAS AMOSTRAS Fezes:

Deverão ser acondicionadas em maletas térmicas, sendo a temperatura aceitável para transporte até 25° C. Para transporte de longa distância (prazo acima de 24 horas), refrigerar o material e transportar à temperatura de 2 a 8° C, em maletas térmicas contendo gelo reciclável para manter a refrigeração adequada.

Lâminas:

Serão enviadas dentro do porta lâminas ou tubete, e colocadas no saco cristal acondicionadas em maletas térmicas adequada, sendo a temperatura aceitável para transporte até 25°C.

Sangue:

Amostras coletadas em tubos: seco, com EDTA (ácido etilenodiamino tetra-acético) ou plasma, deverão ser transportadas em galerias, acondicionadas em maletas térmicas contendo gelo reciclá- vel para manter a refrigeração adequada, sendo a temperatura aceitável para transporte até 25° C. Estas não podem ficar próximas à fonte térmica, devendo ficar na parte mais alta das maletas. Para transporte de longa distância (prazo acima de 4 horas), refrigerar o material e transportar à temperatura de 2 a 8° C.

Secreções, líquidos biológicos, escarros e outros:

Microbiologia: Deverão ser transportados em galerias, acondicionadas em maletas térmicas não contendo gelo reciclável, sendo a temperatura aceitável para transporte de 18 a 25° C.

* Amostras de BK (bacilos de Koch) devem ser separadas das demais amostras, em saco plástico identificado externamente para que não seja aberta em local inadequado.

Urina:

Deverão ser acondicionadas em maletas térmicas contendo gelo reciclável para manter a refrige- ração adequada, sendo a temperatura aceitável para transporte entre 13 a 23° C. Para transporte de longa distância (prazo acima de 2 horas) refrigerar o material e transportar à temperatura de 2 a 8° C.

BIOSSEGURANÇA

A equipe envolvida 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 traba- lhador. 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:

Evitar o manuseio da embalagem ou reduzi-lo ao mínimo;

Inspecionar as embalagens adjacentes para verificar se foram contaminadas e separar as que possam ter sido contaminadas;

Informar as autoridades locais (policiamento, corpo de bombeiros etc.) sobre o fato;

Informar às autoridades de saúde pública (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica etc.) e fornecer informações sobre pessoas que possam ter sido expostas ao perigo de contamina- ção;

Notificar o remetente e o destinatário.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Manual de vigilância sanitária sobre o transporte de material biológico humano para fins de diagnóstico clínico – Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2015;
RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 20, de 10 de abril de 2014;
Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997, e suas atualizações;
Resolução 420, de 12 de fevereiro de 2004, e suas atualizações. Aprova as Instruções Com- plementares ao Regulamento do Transporte Terrestre de Produtos Perigosos;
Resolução 3.665, de 4 de maio de 2011, e suas atualizações. Atualiza o Regulamento do Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos, aprovado pelo Decreto 96.044, de 18 de maio de 1988;
Portaria nº. 788, de 23 de outubro de 2002;
Resolução RDC nº. 302, de 13 de outubro de 2005;
RDC 306/2004, que aprova o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

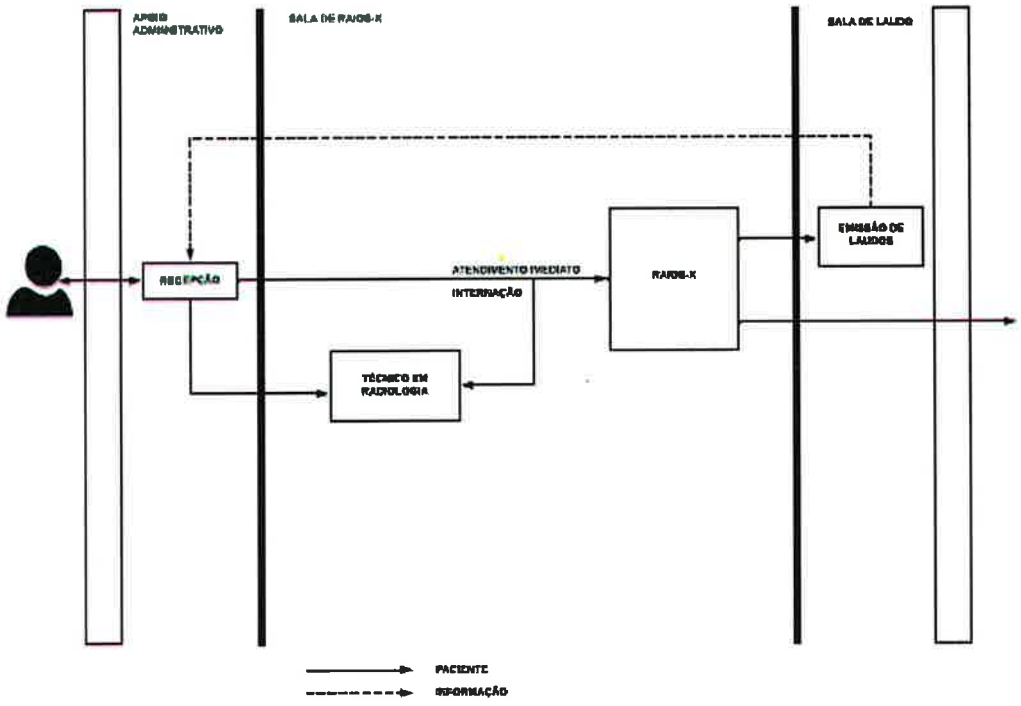
Serviço Radiologia

O Serviço de Radiologia do UPA desenvolverá atividades de radiologia convencional e contrastada para fins diagnósticos baseados no princípio da justificação que é o princípio básico de proteção radiológica que estabelece que nenhuma prática ou fonte adstrita a uma prática deve ser autorizada a menos que produza suficiente benefício para o indivíduo exposto ou para a sociedade, de modo a compensar o detrimento que possa ser causado. O Serviço de Radiologia desenvolverá suas atividades em conformidade com o manual operacional, normas, rotinas e protocolos que estão baseados nas normas estabelecidas pela RDC 50/02 ·Portaria Federal 453/1998, RE 1016 de 3 de abril de 2006 e será avaliado a cada 2 anos ou quando houver modificação na legislação.

Horário de funcionamento:

- O serviço de Radiologia Geral do UPA funcionará para atendimento agendado a pacientes internos, egressos e pacientes encaminhados/referenciados;
- Os atendimentos de Radiologia Geral em Urgência/Emergência e intercorrências do setor de Internação do UPA serão disponibilizados 24 horas ininterruptas.

Fluxo do Atendimento de Radiologia Geral:



Atribuições da Equipe Técnica:

Responsável Técnico (Médico Radiologista):

1. Assegurar que estejam disponíveis os profissionais necessários em número e com qualificação para conduzir os procedimentos radiológicos, bem como a necessária competência em matéria de proteção radiológica;
2. Validar os protocolos operacionais de procedimentos;
3. Prestar cooperação técnica à Comissão de protocolos;
4. Assegurar que a exposição voluntária de acompanhante, ao ajudar um paciente durante um procedimento radiológico, seja otimizada de modo que sua dose seja tão baixa quanto razoavelmente exequível, considerando o nível de restrição de dose estabelecido pela Portaria Nº. 453 de 01 de junho de 1998 - Vigilância Sanitária;
5. Zelar para que as exposições médicas de pacientes sejam as mínimas necessárias para atingir o objetivo radiológico pretendido e que sejam consideradas as informações relevantes de exames prévios que possam evitar exames adicionais desnecessários;
6. Assegurar que todos os procedimentos operacionais estejam escritos, atualizados e disponíveis à equipe;
7. Manter um exemplar da Portaria Federal Nº. 453 de 01 de junho de 1998 - Secretaria de Vigilância Sanitária em cada serviço de radiodiagnóstico sob sua responsabilidade e assegurar que cada membro da equipe tenha acesso ao mesmo. Estabelecer, e assegurar que sejam entendidas, as funções e responsabilidades de cada profissional, assim como linhas claras de autoridade para tomada de decisão no âmbito do estabelecimento;
8. Elaborar e manter atualizado o memorial descritivo de proteção radiológica;
9. Revisar e atualizar periodicamente os procedimentos operacionais de modo a garantir a otimização da proteção radiológica;

10. Assegurar que nos procedimentos radiológicos sejam utilizados as técnicas e os equipamentos adequados;
11. Emitir Laudos para os procedimentos realizados;
12.Assegurar que sua equipe técnica esteja treinada e ciente dos requisitos de desempenho e de segurança dos equipamentos;
13.Atender aos requisitos de controle ocupacional;
14. Promover a monitoração do desempenho dos equipamentos e segurança conforme guia da ANVISA (RE 1016);
15. Implantar um programa de treinamento anual, integrante do Programa de Proteção Radiológica, contemplando, pelo menos, os seguintes tópicos:
- Procedimentos de operação dos equipamentos, incluindo uso das tabelas de exposição e procedimentos em caso de acidentes;
- Uso de vestimenta de proteção individual para pacientes, equipe e eventuais acompanhantes;
- Procedimentos para minimizar as exposições médica e ocupacional.
16. Desenvolver um Programa de Garantia de Qualidade (PGQ) visando assegurar melhor desempenho dos serviços tendo como principais objetivos:
- Garantia de um diagnóstico de qualidade;
- Garantia de que as doses sejam as mais baixas possíveis para a realização de um exame de qualidade;
- Custo, que precisa ser reduzido ao menor possível, através do não desperdício de energia elétrica, desgaste do equipamento, filmes, químicos e mão-de-obra especializada.
17. Interpretar as imagens e emitir laudo dos exames realizados no serviço de Radiologia.

Técnicos em Radiologia:
1. Executar suas atividades em conformidade com as exigências da Portaria **Nº**.453 de 01 de junho de 1998 - Vigilância Sanitária e com as instruções do RT;
2. Manter as instalações e seus equipamentos de raios-x em boas condições;
3. Prover as vestimentas de proteção individual para a proteção dos pacientes, da equipe e de eventuais acompanhantes;
4. Prover o serviço de material, de forma a não haver falta de insumos necessários, ao funcionamento durante 24hs/dia obedecendo ao fluxo de pedido predeterminado pelo setor responsável;
5. Realizar apenas exposições médicas autorizadas por um médico do serviço;
6. Manter registro, em livro próprio, de qualquer ocorrência relevante sobre condições de operação e de segurança de equipamentos, das manutenções e dos reparos;
7. Registrar em livro próprio os procedimentos radiográficos realizados constando:
- Data do exame, nome e endereço completo do paciente, sexo, idade, indicação do exame, tipo de procedimento radiológico realizado, quantidade de filmes utilizados e, quando aplicável, tempo de fluoroscopia, número de cortes de CT e intervalo dos cortes;
8. Manter-se dentro da cabine de comando e observar o paciente durante o exame radiográfico, em instalações fixas;
9. Manter as portas de acesso de instalações fixas fechadas durante as exposições. A sinalização luminosa nas portas de acesso deverá estar acionada durante os procedimentos radiológicos;
10. Informar imediatamente ao RT qualquer evento que possa resultar em alterações nos níveis de dose ou em aumento do risco de ocorrência de acidentes, assim como qualquer outra circunstância que possa afetar a conformidade da Portaria Nº. 453 de 01 de junho de 1998 - Vigilância Sanitária;
11.Atuar no programa de garantia de qualidade, nas avaliações de doses em pacientes e nas avaliações do índice de rejeição de radiografias, segundo instruções do RT;
12. Submeter-se aos treinamentos de atualização regularmente oferecidos;
13. Fornecer ao RT informações relevantes sobre suas atividades profissionais atuais e anteriores, de modo a permitir um controle ocupacional adequado;

14. Em caso de exposição acidental envolvendo altas doses, fornecer informações para investigação e suporte para acompanhamento médico e tratamento;
15. Manter-se dentro da cabine de comando e observar o paciente durante o exame radiográfico, em instalações fixas;
16.Manter as portas de acesso de instalações fixas fechadas durante exposições. A sinalização luminosa nas portas de acesso deverá estar acionada durante os procedimentos radiológicos;
17.Anotar nos registros do paciente/cliente toda repetição de exposição e levar a conhecimento do RT.

Rotinas do Serviço:

Rotina para paciente oriundo do serviço de urgência/emergência:
1. Paciente ingressa na emergência da unidade e o médico verifica a necessidade da realização de exame radiológico;
2. Enfermeira/técnico da emergência providencia o encaminhamento do paciente ao Serviço de Radiologia para a sua realização;
3. Técnico de radiologia recebe o paciente, processa o registro de acordo com a requisição;
4. Técnico Radiologia prepara o paciente, com ajuda do enfermeiro/técnico, para a realização do exame;
5. Técnico de radiologia realiza o exame dentro das normas técnicas pertinentes ao serviço;
6. Técnico de radiologia encaminha o resultado, em protocolo próprio, à emergência para a avaliação do médico solicitante.

Rotina para paciente oriundo do serviço de internação:
1. Enfermeiro/técnico retira a solicitação de exame do prontuário;
2. Identifica o paciente que deverá ser encaminhado ao serviço de radiologia, certificando-se do seu preparo, se necessário;
3. Providencia para que o paciente seja transportado adequadamente até o Serviço;
4. Paciente em estado grave deverá ser acompanhado, obrigatoriamente, pelo enfermeiro assistencial;
5. Paciente menor deverá ser encaminhado juntamente com o acompanhante;
6. Técnico de radiologia recebe o paciente no setor e processa o registro de acordo com a guia de solicitação;
7. Técnico de radiologia prepara o paciente, com ajuda do enfermeiro/técnico, para a realização do exame;
8. Técnico de radiologia realiza o exame;
9. Enfermeiro/técnico retorna o paciente ao leito;
10. Técnico de radiologia encaminha o exame, em protocolo próprio, à sala de laudo;
11.Após o resultado o exame é protocolado e encaminhado pelo auxiliar administrativo ao setor de internação;
12. Enfermeiro/técnico anexa o exame ao prontuário e adota as providências necessárias para dar conhecimento ao médico assistente.

Rotinas para o exame de paciente egresso e paciente encaminhado/ referenciado:
1. Paciente mediante apresentação de Guia Autorizada do SUS terá o exame radiológico previamente agendado e deverá se apresentar no setor de recepção 15 minutos antes do horário marcado;
2. Será solicitada documentação de identificação e cartão SUS paciente é orientado pelo recepcionista à sala de espera:
3. Técnico de radiologia recebe o paciente no setor e processa o registro e prontuário de acordo com a requisição;
4. Técnico de radiologia prepara o paciente;

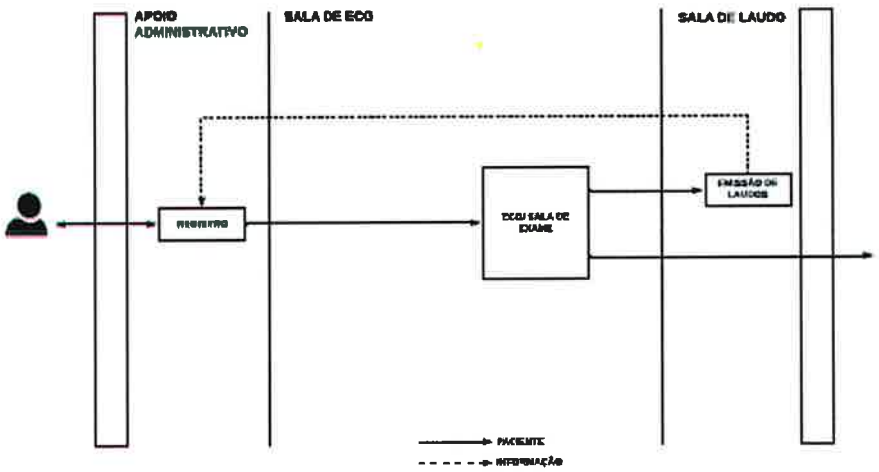
5. Pacientes que irão fazer exames que requeiram preparo serão avaliados anteriormente;
6. Médico radiologista realiza o exame dentro das normas técnicas pertinentes ao serviço e registra em livro próprio;
7. Técnico de radiologia agenda a entrega do resultado do exame.

Normas do Serviço:
1. Não será permitida a permanência de acompanhantes na sala durante o exame radiológico, salvo quando estritamente necessário e autorizado;
2. Afixar quadro no interior da sala, em lugar e tamanho visível ao paciente, com o seguinte aviso: "Nesta sala somente pode permanecer um paciente de cada vez".
3. Deverão ser entregues vestimentas de proteção individual para pacientes, equipe e pais/acompanhantes, e todos acessórios necessários aos procedimentos previstos para a sala, conforme estabelecido neste manual;
4. Deve haver suportes apropriados para sustentar os aventais plumbíferos de modo a preservar a sua integridade;
5. Junto ao painel de controle de cada equipamento de raios-x deve ser mantido um protocolo de técnicas radiográficas (tabela de exposição) especificando, para cada exame realizado no equipamento, as seguintes informações:
• Tipo de exame (espessuras e partes anatômicas do paciente) e respectivos fatores de técnica radiográfica;
• Quando aplicável, parâmetros para o controle automático de exposição;
• Tamanho e tipo da combinação tela-filme;
• Distância foco-filme;
• Tipo e posicionamento da blindagem a ser usada no paciente.
6. Será garantida as recomendações para uso do Dosímetro Individual (Portaria Nº. 453 de 01 de Junho de 1998 -ANVISA):
• Todo indivíduo que trabalha com raios-X diagnósticos deve usar, durante sua jornada de trabalho e enquanto permanecer em área controlada, dosímetro individual de leitura indireta, trocado mensalmente;
• Os dosímetros individuais destinados a estimar a dose efetiva devem ser utilizados na região mais exposta do tronco;
• Durante a utilização de avental plumbífero, o dosímetro individual deve ser colocado sobre o avental, aplicando-se um fator de correção de 1/10 para estimar a dose efetiva. Em casos em que as extremidades possam estar sujeitas a doses significativamente altas, deve-se fazer uso adicional de dosímetros de extremidade;
• O dosímetro individual é de uso exclusivo do usuário do dosímetro no serviço para o qual foi designado;
• Durante a ausência do usuário, os dosímetros individuais devem ser mantidos em local seguro, com temperatura amena, umidade baixa e afastados de fontes de radiação ionizante, junto ao dosímetro padrão, sob a supervisão do RT;
• Se houver suspeita de exposição acidental, o dosímetro individual deve ser enviado para leitura em caráter de urgência.

Protocolos para Realização dos Exames:
O Serviço implantará em até 30 dias da assinatura do contrato, protocolo de boas práticas com a descrição passo a passo de todos os exames Radiológicos a serem realizados no UPA, conforme modelo abaixo descrito.

Serviço de Eletrocardiograma

Fluxo do Atendimento de Eletrocardiograma:



Normas Técnicas

Técnica de registro do ECG de repouso:

Posicionamento:
- O decúbito dorsal horizontal deverá ser o posicionamento padrão para a obtenção do registro eletrocardiográfico.
- Registros obtidos nas posições ortostáticas e sentada não deverão ser adotados como traçados de referência para análise do eixo elétrico do QRS (SAQRS) e da repolarização ventricular;

Ambiente:
- O paciente não deverá estar em contato com partes de metal da maca ou divã; permanecendo imóvel e em posição confortável, a fim de evitar tremores musculares.
- O local deve ser preferencialmente, afastado de aparelhos de ondas curtas, fios de alta tensão, motores e outros aparelhos elétricos, pois esses causam interferências no traçado.
- A tomada de corrente elétrica para ligar o aparelho deve permitir um contato com entrada para fio terra;

Preparo da pele:
- Limpar com álcool, benzina ou éter, o local da aplicação dos especialmente quando se emprega aparelho de amplificação óptica. Eletrodos;
- Após a limpeza da pele, recomenda-se a aplicação de, aproximadamente, 1 cm de pasta apropriada. Aplicada a pasta, convém friccionar a pele do local, numa área não superior a 1 cm2.

Fatores que podem prejudicar o exame:
- Fatores relacionados ao paciente: Movimentação que gera artefatos; Conformação do tórax;

- Fatores relacionados ao operador: Posicionamento dos eletrodos; Uso excessivo de pasta de contato.
- Fatores relacionados ao equipamento: Sistema de calibração: antes de iniciar o registro do ECG, deve-se padronizar o aparelho com referência à voltagem. Para isso, existe um dispositivo elétrico que introduz uma corrente perfeitamente conhecida (1 mV) no circuito; Interferências eletromagnéticas; Filtro; Sistemas de aquisição e processamento do sinal.

Protocolos para Realização do ECG:

INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE	**Procedimento Operacional Padrão**	Serviço / Setor: POP: (ECG + nº de ordem) Elaborado em: / /
SETOR: SADT		
PROCEDIMENTO: ECG		
LOCAL DE EXECUÇÃO: Sala de ECG		
EXECUTANTE: Enfermeiro / técnico de enfermagem		
RESULTADOS ESPERADOS: Exame realizado		
METERIAL NECESSÁRIO: Kit de ECG		
DESCRIÇÃO TÉCNICA: Explicar o procedimento ao paciente; Posicionar em decúbito dorsal e solicitar que permaneça relaxado; Assegurar a privacidade do paciente com a colocação de biombos; Limpar a pele do paciente com álcool a 70%, desengordurando o local de contato com os eletrodos; Certificar que não há contato com o paciente com partes metálicas do leito; Verificar se o cabo dos eletrodos e o fio terra estão devidamente conectados; Conectar os eletrodos da seguinte forma: BRAÇO DIREITO – FIO VERMELHO BRAÇO ESQUERDO – FIO AMARELO PERNA DIREITO – FIO PRETO PERNA ESQUERDA – FIO VERDE Fixar as placas na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas evitando proeminências ósseas e/ou coxas em caso de membros amputados. Com estas conexões dos eletrodos, são determinados no traçado as derivações periféricos: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF; Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais. Atentar para posicionamento adequado: V1 – 4º espaço intercostal, no bordo direito do esterno V2 – 4º espaço intercostal, no bordo esquerdo do esterno V3 – situado entre V2 e V4 V4 – interseção da linha hemiclavicular esquerda e 5º espaço intercostal V5 – 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior V6 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média Após colocação dos eletrodos ligar o aparelho e iniciar o registro no eletrocardiógrafo; Avaliar se o registro no eletrocardiógrafo é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico; Após término do ECG identificar na fita o nome do paciente, idade, data, enfermaria,		

leito e hora da realização do exame; Desligar o aparelho da parede e do fio terra; Retirar os eletrodos e remover os resíduos da pasta do tórax e membros superiores e inferiores; Acomodar o paciente no leito; Organizar os fios e o carro de ECG; Registrar no prontuário do paciente.
CUIDADOS ESPECIAIS:
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

Elaborado por (nome/função)	Revisado por (nome/função)	Aprovado por (nome/função)

4.5 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

a) Apresentar projeto para definição da Política de Segurança no Trabaho e Prevenção de Acidentes.

Segurança e Prevenção de Acidentes no Trabalho

Considerando que Prevenção é a melhor forma de evitar acidentes no trabalho, a Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes a ser adotada no pelo INVISA para o UPA terá por objetivo a manutenção de um ambiente de trabalho seguro e saudável em suas instalações e incentivará as ações adequadas que minimizem os acidentes. Entre as atividades a serem desenvolvidas. por meio da referida política, destacamos:
- Atividades de proteção a saúde dos colaboradores;
- Criação de uma mentalidade preventiva coletiva;
- Adoção de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC;
- Promoção e conscientização com relação aos riscos e agentes existentes em nosso ambiente de trabalho.

Todos os colaboradores diretos e indiretos do UPA serão orientados para que sejam cumpridas as normas trabalhistas visando minimizar os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, bem como, proteger a integridade e a capacidade do trabalhador.

Objetivos:
1. Promover a liderança do Corpo Gerencial e Técnico da Área de Segurança e Saúde do Trabalho e de todos os gestores;
2. Garantir atualizações técnicas e legais para o Corpo Gerencial e Técnico de Segurança e Saúde do Trabalho;
3. Gerir os riscos à Segurança e Saúde do Trabalhador em cada atividade que desempenhe na unidade, .de acordo com os padrões técnicos e normativos estabelecidos nacionalmente.

• **PROGRAMAS E ATIVIDADES**:

Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA

Terá por objetivo reconhecer, avaliar e estabelecer controle dos riscos ambientais existentes ou que venha a existir no UPA tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

Conteúdo do PPRA:
a. Estrutura do Programa
b. Desenvolvimento do Programa
c. Formas de Registro e de Manutenção
d. Periodicidade e Forma de Avaliação Qualitativa e Quantitativa
e. Medidas Preventivas e de Controle
f. Plano de Ação para Gerenciamento dos Riscos:

• Plano para o Ambiente
• Plano para o Trabalhador
• Plano para o Controle Ambiental
• Acidentes com Material Biológico - Condutas /
• Plano de Ação par~ Substâncias Químicas Utilizadas por Setor
• Fichas de Segurança dos Produtos Químicos
• Quadros de EPI por Setor

Laudo: Técnico de Condições Ambientais - LTCAT

Tem por objetivo caracterizar exposição a todos os riscos, agentes. nocivos (químico, físico e biológico), agentes de acidentes 'e situação ergonômicas existentes no ambiente de trabalho as suas intensidades, variações, potencialidades, além do registro histórico das exposições.

Conteúdo do LTCAT:
a) Metodologia
b) Níveis de Ruídos
c) Níveis de Temperatura
d) Laudos Técnicos por Setor

Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO
Tem por objetivo promover a saúde dos trabalhadores, facilitando o encaminhamento das ações da empresa no âmbito das questões médico- ocupacionais no que diz respeito aos aspectos da medicina, higiene e segurança do trabalho.

Conteúdo do PCMSO:
a) Apresentação dos riscos por função existente na unidade e os controles médicos necessários;
b) Apresentação da relação de exames ocupacionais, e suas finalidades;
c) Controle Médico e de Higiene a serem implementados no PCMSO:

• Acidentes de Trabalho
• Profilaxia do Tétano e Hepatite
• Diabetes
• Hipertensão Arterial
• Toxicológicos
• Da água

• Programa de Preservação Auditiva
• Radiações Ionizantes
• Primeiros Socorros

Programa de Treinamento dos Colaboradores
Tem o objetivo possibilitar aos colaboradores meios para que possam desempenhar as suas atividades com segurança. Ações:

Realização de Treinamentos para os colaboradores da unidade, com registro de presença por meio de atas;
Elaboração e distribuição de Manuais.

Manual de Segurança do Trabalho
Conteúdo:
- Acidente de Trabalho
- Riscos Ambientais
- Segurança Elétrica
- Equipamentos de Proteção Individual - EPI
- Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC
- Prevenção e Combate a Princípio de Incêndio

Manuais de Primeiros Socorros

Conteúdo:
- Demais
- Convulsões
- Hemorragias 1 Fratura
- Queimaduras
- Asfixia
- Choque Elétrico
- Ferimentos
- Transporte de Acidentados

Manual de Biossegurança
Conteúdo:
- O que é Biossegurança
- Avaliação de Risco
- Riscos Biológicos
- Fatores de Risco
- Risco de Contágio após Exposição
- Higienização das Mãos
- Uso de EPI
- Descarte de Perfuro Cortante e Separação do Lixo
- Profilaxia Pré e Pós Contágio
- Procedimento em Caso de Acidente

Manual de Prevenção de Riscos
Conteúdo:
- Utilização de EPI
- Risco Biológico

- Risco Físico
- Segregação dos Resíduos
- Bem Estar do Trabalhador
- Risco Ergonômico

Manual de Lavanderia Hospitalar
Conteúdo:
- Equipamentos da Lavanderia
- Estrutura Orgânica da Lavanderia
- Equipe de Profissionais
- Atribuições dos Colaboradores
- Serviço de Processamento de Roupas - SPR
- SPR e o Controle de infecção Hospitalar
- SPR e o Marketing de Serviços
- Produtos e Processos de Lavagem
- Ciclo da Rotina de Trabalho do SPR

Outras Ações:
- Registro dos Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais
- Emissão da CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
- Elaboração de Estatísticas dos Acidentes de Trabalho
- Análises individuais e coletivas dos acidentes e doenças ocupacionais

Investigação e implementação de procedimentos preventivos
- Investigação e elaboração de relatórios conclusivos sobre acidentes de trabalho;
- Cadastro e Controle de Uso de EPI
- Equipamento de Proteção Individual;
- Cadastro e Controle de Uso e EPC
- Equipamento de Proteção Coletiva
- Apoio a atividades da CIPA, tais como: Realização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT e Realização de Mapas de Riscos Setoriais.

Afastamento Zero após primeiro ano de contrato:

Considerações Gerais

O Ministério do Trabalho (1995), segundo a Lei n 8.213, de 24 de julho de 1991, que foi alterada pelo Decreto n 611, de 21 de julho de 1992, no Art. 19, orienta que "Acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, ou ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária".

O Parágrafo 1° do citado art. orienta que "a empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador". Por outro lado, o parágrafo segundo orienta que "constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do ·trabalho". Já o parágrafo terceiro chama atenção que "é dever da empresa prestar 1 informações pormenorizadas sobre os, riscos da operação a executar e do produto a manipular".

A literatura especializada neste' assunto afirma que o acidente do trabalho, na sua grande parte pode ser evitado, quando há uma maior atenção desde. O planejamento, gerenciamento ~ processos adequados de execução do trabalho. Desta forma pode-se concluir' que investir na prevenção da segurança é de extrema importância, seja por meio do treinamento, formação de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), fornecimento· de Equipamento de proteção individual (EPI) e Equipamento Coletivo (EPC). No ambiente hospitalar, é possível investir na segurança do trabalho por meio de medidas de prevenção, análise e controle dos riscos existentes. Principalmente na área de saúde, acidentes representam alteração no andamento da rotina de trabalho, resultando em consequências que poderão significar risco para os profissionais, paciente e visitantes.

É possível relacionar as seguintes consequências do acidente:

- Diminuição da produtividade pela perda de mão de obra;
- Aumento dos gastos com o auxílio ao acidentado;
- Insegurança e tensão para os. demais profissionais da equipe do profissional acidentado.

De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social (2006), um acidente de trabalho pode causar as seguintes consequências em relação ao tempo de afastamento do acidentado:

- Afastamento simples: o trabalhador recebe atendimento e retorna imediatamente às suas atividades;
- Afastamento temporário: o acidentado fica afastado do trabalho por um período até que esteja habilitado para retomar suas. atividades, este período é dividido em afastamento por menos e por mais de 15 dias;
- Incapacidade permanente: •o trabalhador· fica incapacitado de exercer a atividade profissional que exercia na época do acidente.
- óbito: o acidentado falece em função do acidente.

Quando o afastamento é maior do que 15 dias, o INSS pagará o auxílio-doença ao acidentado, no entanto quando o afastamento é menor que 15 dias, as despesas são de responsabilidade do empregador. Neste caso, o hospital terá que providenciar um substituto, gerando custos. Grande parte dos afastamentos ocorridos se deve a causas evitáveis, seja por insuficiência ou falta de medidas e ações preventivas de. acidentes, quer seja pela falta de orientações sobre doenças que podem afetar o trabalhador. Comparando as causas com as consequências, vale afirmar que é de fundamental importância o desenvolvimento de uma cultura da prevenção para que se obtenha um aumento da produtividade/ institucional.

Prevenção para Afastamento zero:
Eliminar 100% dos acidentes é uma tarefa praticamente impossível devido a variedades de fatores que rodeiam o ambiente hospitalar. No entanto, as metas para "Acidente Zero" e "Afastamento Zero" serão perseguidas.
Um dos objetivos que o RH do UPA, na área de Segurança Ocupacional, será despertar em todos os colaboradores o interesse pela prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais, principalmente sobre o impacto que causam a ele mesmo trabalhador, sua família e sobre a instituição.

Ações e Critérios:
a) Implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, tendo cor no objetivo a preservação da saúde e da integridade física dos colaboradores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle dos riscos ambientais existentes na unidade, considerando a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais;

b) Implantar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, que rege todas as ações de saúde desenvolvidas pelo Setor de Medicina do Trabalho, tendo por objetivo a promoção e preservação da saúde dos colaboradores da unidade;
c) Realizar os Exames Médicos Ocupacionais.
d) Todos os colaboradores serão submetidos ao exame, periodicamente, com ' intervalos de tempo entre um e outro, conforme a seguir:
• A cada dois anos: para empregados entre 18 (dezoito) e 45 (quarenta e cinco) anos.
• A cada ano: para empregados maiores de 45 anos;
• A cada ano ou a intervalo menores: para empregados expostos a riscos ou ia situações de trabalho que impliquem no desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional.
e) Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), com o objetivo de proteger a saúde e a integridade física dos profissionais do UPA.
f) Analisar as condições sob as quais as tarefas são executadas e o seu impacto sobre a eficiência, conforto e segurança das pessoas envolvidas;
g) Determinar fatores como: a faixa de temperatura, intensidade de iluminação, controle de ruído, qualidade do ar;
h) Ajustar as condições de trabalho às características psicofisiológicas dos colaboradores, de maneira que permita um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente;
i) Realizar Campanhas Educativas de Prevenção de Acidentes de Trabalho;
j) Realizar Campanhas Educativas de Prevenção de Doenças;
k) Inspecionar periodicamente as condições de trabalho nos diversos setores da unidade;
1) Elaborar estatística dos acidentes e incidentes visando o acompanhamento da performance e efetividade dos programas de segurança implantados;
m) Registrar os' acidentes pessoais classificando os acidentes com afastamento e os acidentes sem afastamento, visando a análise das causas e a prevenção de acidentes futuros, tendo como meta' o "afastamento zero";
n) Realizar Treinamentos de Segurança do Trabalho;
o) Constituir e: oferecer condições de trabalho para a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
p) Realizar a Semana Interna de Prevenção de Acidentes - SIPAT.

b) Projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.

Em todas as ações e Projetos bem-sucedidos que o INVISA promoveu desde a sua fundação, destacam-se o empenho, dinamismo, profissionalismo e eficácia do seu bem mais precioso, que é o seu quadro de Recursos Humanos.
Como valorização deste patrimônio e, conforme políticas institucionais adotadas pelo INVISA, inspirados em tecnologias e modelos de sucesso, durante o processo de Gestão de Recursos Humanos da unidade serão utilizadas metodologias analíticas e de gestão que possibilitam a integração e humanização das relações interpessoais internas e externas à Instituição.
A Gestão de Recursos Humanos do INVISA, sobretudo a proposta para os colaboradores atuantes na unidade é uma ferramenta de gestão: calçada sob os pilares administrativos de planejar, organizar, dirigir e controlar, promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, por consequência, garantirão um colaborador mais motivado e comprometido para com os serviços prestados à população.

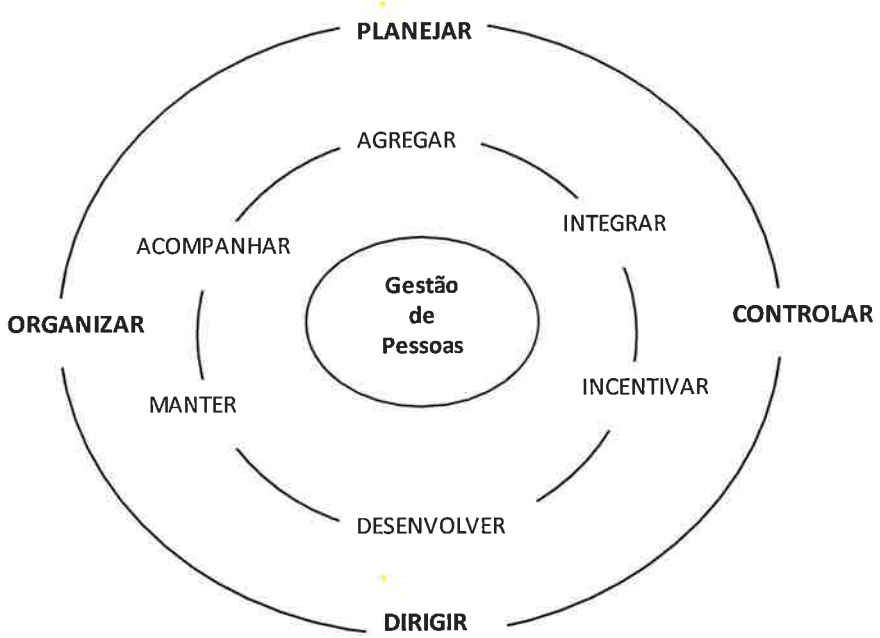
Agregadas às ferramentas de Planejamento e Controle, a Gestão de Recursos Humanos do INVISA promove processos que permitem que se agregue, integre, incentive, desenvolva, mantenha e acompanhe as pessoas desde o seu ingresso na Instituição.
São enfocadas as aplicações de práticas gerenciais e seus padrões de trabalho para que as pessoas sejam capacitadas a desenvolver e utilizar seu pleno potencial, em alinhamento com as estratégias da Organização na gestão do UPA. Desta forma, os esforços são concentrados para criar um ambiente de trabalho que conduza à excelência do desempenho, à plena participação e ao crescimento pessoal e da Instituição.
A Gestão dos Recursos Humanos do INVISA tem como objetivo desenvolver processos de avaliação, gestão e qualificação continuada destinada aos colaboradores, a partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho, que visem a potencialização destes como agentes de transformação social no desempenhar de suas funções no UPA.

Definições sobre os processos de RH
Sobre a cessão de colaboradores efetivos da SASA/ES:
1. A SESA disponibilizará colaboradores públicos efetivos para atuar na unidade hospitalar, ficando o INVISA responsável pela gestão operacional dos colaboradores cedidos.
2. A SESA/ES deverá providenciar, no prazo de até /o dia, o processo de remoção dos servidores efetivos que optarem por não permanecer no UPA.
3. O INVISA não poderá ceder seus empregados, bem como os colaboradores efetivos que estiverem à sua disposição a qualquer instituição pública ou privada.
4. A capacitação dos colaboradores efetivos colocados à disposição do INVISA será promovida e custeada pelo mesmo, de acordo com a necessidade.
5. O INVISA a qualquer tempo, poderá devolver o colaborador público que lhe foi cedido, desde que justificadamente, hipótese em que será promovida pela SESA a abertura de Processo Administrativo Disciplinar, não constituindo quaisquer intercorrências relativas ao pessoal cedido justificativa para eventual descumprimento das metas e/ou dos indicadores pactuados.
6. Após esse período, as solicitações de cancelamento da cessão, seja pelo servidor público seja pelo INVISA, deverão observar o art. 25 do Decreto 2484-R, de 09 de março de 2010.

Sobre a gestão de RH do INVISA:
- A Gestão de Recursos Humanos do INVISA deverá manter em sua estrutura organizacional um setor de apoio à gestão de pessoas, vinculado diretamente a Diretoria Administrativa.
- Tal setor deverá ampliar suas atuais ações e deverá ter como objetivo desenvolver processos de qualificação continuada destinados aos colaboradores técnico-operacionais e administrativos, a partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho e no processo de formação, que visem a potencialização destes como agentes de transformação social e bons servidores da população que busca o Hospital atrás de atendimento.
- Tem ainda como objetivo coordenar programas de administração de pessoal e gerenciamento do processo de trabalho, otimizando uma política que vise um melhor nível de qualidade de vida no trabalho dos colaboradores, além de desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação no trabalho, bem como de políticas de assistência social, que possam amenizar as dificuldades no processo de interação social dos colaboradores.
- O setor possuirá serviços para o desenvolvimento das atividades inerentes a pessoal, responsável pela vida funcional do colaborador, no tocante a contratos, salários, gratificações e adicionais, avaliação cadastro e arquivo e benefícios e licenças. Atuará, ainda, junto as Diretorias da unidade e Coordenações para as questões relativas à segurança no trabalho e saúde ocupacional do colaborador.

- Dentre as competências e habilidades específicas da equipe do setor de pessoal, pode-se citar o fato de o psicólogo ser um facilitador na gestão das mudanças, de levar ao ajustamento e à integração do indivíduo à cultura organizacional, de ser um articulador junto às lideranças no contato e interação com os indivíduos no ambiente de trabalho, além de mediador de conflitos. O psicólogo no ambiente organizacional tem a finalidade de dar suporte às relações, elevar a qualidade da saúde no trabalho, com vistas a desfavorecer a produção de patologias no comportamento, com a aplicação de técnicas que exercitam a inteligência emocional do indivíduo também contribui para a promoção da saúde, satisfação e bem-estar dos colaboradores, pois minimiza o estresse e outras perturbações psíquicas. Como resultado da atuação, tem-se as formações de compromissos necessárias à manutenção da integridade física, psíquica e social do sujeito no ambiente de trabalho, razão pela qual ele é considerado uma indispensável peça na gestão de pessoas nos tempos atuais.

O princípio da política de recursos humanos é baseado em princípios norteadores do INVISA e que primam pela ética, competência, valorização e qualificação do colaborador, compromisso, socialização, inovação, qualidade, humanização e respeito aos princípios do SUS, como o da integralidade, universalidade, equidade e resolutividade. Tais princípios possibilitam o desenvolvimento dos processos que permitem que se agregue, integre, incentive, desenvolva, mantenha e acompanhe as pessoas desde o seu ingresso na Instituição.



PRINCÍPIOS PARA AGREGAR PESSOAS:

Os critérios de inclusão de novos colaboradores se darão por competência, técnica perfil e experiência dos candidatos para com as atividades propostas. Todos os critérios serão isonômicos e pontuados nas competências elencadas acima, tendo ainda a política de agregar pessoas para exercerem suas atividades na unidade, pautada nos seguintes princípios e ações:

1. Os processos de recrutamento, seleção, contratação e lotação serão baseados no princípio ético da transparência e do livre acesso a todos os interessados;
2. O INVISA deverá instituir um processo de dimensionamento de pessoal, considerando as necessidades, a ampliação dos serviços e a realidade epidemiológica;

3. A definição dos cargos deverá retratar o desenho organizacional contemplado num manual de cargos e atribuições com atualizações periódicas;
4. A lotação do colaborador se dará de acordo com a necessidade institucional e, sempre que possível, conciliando com a experiência do mesmo;
5. A área de pessoal deverá auxiliar a coordenação no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada setor;
6. O departamento de pessoal, ou setor correspondente, disponibilizará à Coordenação seus relatórios gerenciais atualizados, com quantitativos reais;
7. O processo de recrutamento e seleção de novos colaboradores obedecerá a rotinas estabelecidas em programas específicos.

Recrutamento e Seleção:
As ferramentas de recrutamento e a seleção de pessoal são utilizadas para suprimento de duas demandas. A seleção visa escolher a pessoa potencialmente capaz para ocupar o cargo em questão. Além da seleção de novos colaboradores, o INVISA vale-se da utilização, também, do recrutamento interno. Tal medida visa sobretudo valorizar seu capital humano e dar a este a oportunidade de potencializar sua capacidade de trabalho.

Contratação e Lotação:
Após seleção do trabalhador, os ritos de contratação são tomados com base na legislação vigente e normas Institucionais do INVISA e, depois de cumpridos tais requisitos o colaborador passa pelo devido treinamento e definição da sua lotação.

PRINCÍPIOS DE INTEGRAR PESSOAS:
A política de integrar pessoas está pautada nos seguintes princípios e ações:
1. O processo de integração, ambientação e socialização dos colaboradores deverá ser realizado junto com as direções e gestores imediatos, fazendo a inserção do novo colaborador no ambiente de trabalho, com programas intensivos de treinamento inicial destinados aos novos membros, para familiarizá-los com a linguagem usual da organização, com os usos e costumes internos (cultura organizacional), a estrutura de organização (as áreas ou departamentos existentes), os principais produtos e serviços, a missão e os objetivos organizacionais;
2. Todo colaborador passará por um programa visando a sua integração e adaptação à Instituição, podendo o mesmo passar por sua remoção, remanejamento, readaptação e reintegração, a critério da instituição, atendendo a legislação pertinente.
3. A área de pessoal ou setor competente estabelecerá um programa de readaptação funcional, buscando-se definir os papéis e limites de autoridade e responsabilidade dos diferentes agentes responsáveis por este processo, bem como definindo critérios para o remanejamento interno dos colaboradores, buscando aproveitar as competências de cada um.

PROPOSTA PARA INCENTIVAR PESSOAS:
Abraham Maslow estabelece necessidades e se refere a uma pirâmide que representa uma divisão hierárquica a respeito das necessidades humanas. Na base da pirâmide estão as necessidades de nível mais baixo, sendo que, apenas quando satisfeitas escala-se em direção às hierarquias mais altas para atingir a autor realização que é o nível mais alto. Segundo este, muito do comportamento do ser humano pode ser explicado pelas suas necessidades e pelos seus desejos. Quando uma necessidade, em particular se torna ativa, ela pode ser considerada um estímulo à ação e uma impulsionadora das atividades do indivíduo. Essa necessidade determina o que passa a ser importante para o indivíduo e molda o seu comportamento como tal. Na te6ria de Maslow, portanto, as necessidades se constituem em fontes de motivação.

O comportamento motivado pode ser encarado como uma ação que o indivíduo se obriga a tomar para aliviar a tensão (agradável ou desagradável) gerada pela presença da necessidade ou desejo. A ação é intencionalmente voltada para um objeto ou objetivo que aliviará a tensão interior. O comportamento humano é explicado por Maslow através de cinco níveis de necessidades. Estas necessidades são dispostas em ordem hierárquica, desde as mais primárias e imaturas (tendo em vista o tipo de comportamento que estimulam) até as mais civilizadas e maduras. Na base da pirâmide, encontra-se o grupo de necessidades que Maslow considera ser o mais básico e reflexivo dos interesses fisiológicos e de sobrevivência. Este é o nível das necessidades fisiológicas, que estimulam comportamentos caracterizados pelo verbo ter.

O segundo nível da hierarquia é constituído por uma série de necessidades de segurança. Uma vez atendidas as necessidades fisiológicas, a tendência natural do ser humano será a de manter. Na sequência, quando a segurança é obtida, surgem as necessidades de pertencer a grupos, associar-se a outras pessoas, ou seja, de se igualar. Estas necessidades são chamadas de sociais ou de associação passo seguinte na escala de necessidades é o da estima ou de "status". Neste ponto, as necessidades de destaque, proeminência, reconhecimento e admiração por parte do grupo são manifestadas por ações que buscam diferenciar.

Embora as necessidades de estima sejam difíceis de serem superadas, dada sua dependência à receptividade de terceiros, Maslow sugere que em alguns casos elas podem ser adequadamente satisfeitas, liberando assim os indivíduos para atingir o nível mais alto da hierarquia.

Quando isto ocorre, as necessidades de maximizar as potencialidades e de testar a própria capacidade farão com que as ações do indivíduo sejam dirigidas em busca do vencer. Este é o nível das necessidades mais maduras e construtivas da hierarquia de Maslow, conhecidas como necessidades de realização.

Assim, o incentivo é uma ferramenta que visa garantir a motivação do colaborador em todos os projetos administrados pelo INVISA. As necessidades e desejos humanos são motivações que nos levam a agir e a incentivar pessoas. A proposta está pautada nos seguintes princípios e ações:

1. O Setor de Pessoal/Gerência de Recursos Humanos deverá articular-se, no sentido de buscar soluções às situações específicas dos colaboradores, garantindo procedimentos isonômicos e impessoais aos processos de incentivos, que deverão ocorrer por meio de critérios técnicos e conforme avaliação de desempenho e capacitação do colaborador. As normas e regulamentações deste processo serão pontuadas pela Diretoria da unidade e pelas Coordenações do INVISA, conforme peculiaridades e especificidades das ações a serem empreendidas na unidade;
2. O Incentivo de colaboradores proposto pelo INVISA não se resume somente a remuneração destes de acordo com o mercado laboral, mas também é incrementado pela aplicação e satisfação de outras necessidades dos mesmos.

PROPOSTA PARA DESENVOLVIMENTO HUMANO:

Segundo o Ministério da Saúde, "a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere a transformação das práticas profissionais estando baseada na reflexão crítica Sobre as práticas reais de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho" (BRASIL, 2004, p. 9).

Neste contexto o INVISA propõe processos que visam o desenvolvimento pessoal e profissional de todos colaboradores, de forma continuada que ampliando os conhecimentos, as capacidades e suas habilidades, a fim de aprimorar seu desempenho funcional no cumprimento das ações de atendimento aos usuários da unidade.

Desta forma, o INVISA buscará desenvolver as competências de seus colaboradores (conhecimentos, habilidades e atitudes) através de capacitações, visando a sua ascensão na carreira funcional e, também,

o desenvolvimento da Instituição e para tanto a política de desenvolver pessoas estará pautada nos seguintes princípios e ações:

1. Haverão programas especificas voltados a garantir a devida cobertura da vida funcional do colaborador;
2. A capacitação dos colaboradores será adequada a necessidade institucional e deverá contemplar, além dos aspectos técnico e comportamentais, programas com estratégias voltadas a promover momentos de reflexão sobre o trabalho do dia a dia numa instituição hospitalar, voltados a ampliar a visão do colaborador, pautada nos valores éticos e humanos, como um sistema aberto que interage no meio ambiente em que atua;
3. As ações de capacitação deverão ser estruturadas no sentido de permitir ao colaborador ascender em sua carreira funcional, oportunizando ao mesmo tempo o aperfeiçoamento nas suas atividades diárias com uma melhor aplicação de seus conhecimentos e habilidades;
4. Será implantado um Programa de Capacitação visando a capacitação técnica dos colaboradores para o exercício dos cargos de chefias, além de promover uma reflexão do perfil gerencial desejável inserido no sistema hospitalar;
5. Serão realizados levantamentos periódicos das necessidades para a atualização do plano de capacitação1 visando estimular crescimento e o desenvolvimento do colaborador e, a partir das necessidades identificadas, deverá ser operacionalizado diferentes cursos voltados às áreas técnico-operacionais e administrativas, prevendo a devida reciclagem anual.
6. Serão criados espaços de promoção e divulgação do potencial artístico e cultural dos colaboradores, incluindo a criação de um banco de talentos;
7. Haverão incentivos viabilizando a participação dos colaboradores em cursos e eventos de curta duração de interesse da sua área de atuação, dentre outros.

PROPOSTA PARA MANTER PESSOAS:

Visando a criação de condições ambientais psicológicas satisfatórias para as atividades dos colaboradores no desempenhar de suas atividades, o INVISA propõe processos que visam a manutenção das pessoas em seu quadro laboral, incluindo- se aqui especialmente· os servidores públicos atualmente lotados na referida Unidade. Tais processos se baseiam na administração da cultura organizacional, clima, disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações interpessoais.

Após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos - entre os quais os custos mencionados anteriormente - passa a ser recomendado mantê-lo dentro dela. O conceito de manutenção na gestão de pessoas valoriza o contrato psicológico, que começa a assumir· a forma de um contrato mais objetivo, mediado por relações de trabalho (MALIK, 1998).

No processo de manter pessoas busca-se a valorização pessoal e profissional, sempre adequada aos fins institucionais, tendo como princípios e ações:

1. A representação dos trabalhadores tem importante papel na manutenção do planejamento estratégico, visando dar voz aos atores Institucionais;
2. A instituição deverá garantir condições adequadas de trabalho, incluindo as normas de biossegurança, na forma da legislação vigente;
3. A instituição deverá garantir o desenvolvimento de ações de vigilância voltadas à prevenção de riscos dos possíveis agravos à saúde resultantes do exercício profissional e promoção da saúde;
4. Haverá um canal de comunicação e serão realizadas pesquisas para conhecer o nível de satisfação dos colaboradores em seus locais de trabalho, visando o melhoramento contínuo das condições laborais e atendimento à população;

5. Serão aplicados os programas de controle da saúde dos colaboradores, incluindo exames periódicos e a criação de parcerias para desenvolvimento de estratégias sócio recreativas voltadas à interação entre os colaboradores.

PROCESSOS DE ACOMPANHAMENTO PESSOAS:

A Gestão de Recursos Humanos proposta demanda de vida e manutenção de relações interpessoais pelo acompanhamento constante do colaborador pois, conforme referenciado acima, após este ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a atuar nas suas funções, passa a ser recomendado mantê-lo dentro do quadro de colaboradores, salvo os casos em que a execução das suas atividades não mais representam ganhos para o atendimento à população, motivos pelos quais há a necessidade do acompanhamento de pessoas.

Os processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e /verificar resultados incluem avaliação, banco de dados e sistemas de informações gerenciais voltados à gestão de pessoas. As abordagens participativas ou centradas nos usuários têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação" (FURTADO, 2001, p. 169). Entende-se, portanto, que a avaliação significa emitir um juízo de valor, sendo importante lembrar que mesmo que se instituam métodos quantitativos, objetivos, os resultados sempre serão julgados a partir de méritos e valores impossíveis de serem objetivados. O processo de avaliação constitui-se numa ferramenta que auxilia o trabalhador a clarear para si e para a organização, quais competências possui, quais deverá buscar desenvolver ou incrementar, sendo que as competências individuais devem estar alinhadas às competências essenciais da própria organização.

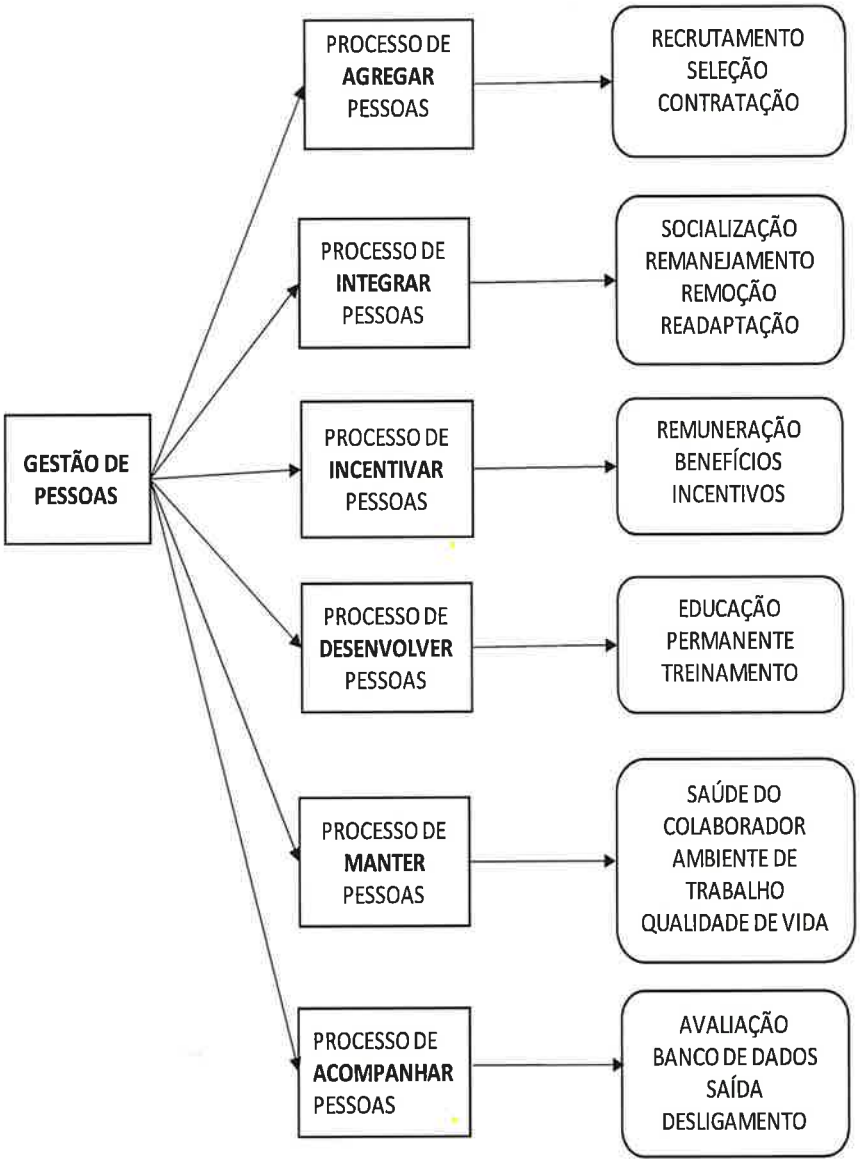
Neste contexto, a avaliação dos colaboradores deverá seguir critérios pré-estabelecidos que contemplem· o desenvolvimento das competências técnicas, éticas, relacionais e políticos, tendo por finalidade de instrumentalizar as chefias no que concerne ao acompanhamento do colaborador, bem como indicativos para educação permanente e poderá servir também em processos internos de seleção.

Já o sistema de informações gerenciais é compreendido de um sistema informatizado que possibilita acompanhar a vida funcional do colaborador, contendo todo seu histórico, avaliações, advertências, experiências e capacitações, faltas e demais informações que poderão ser consultadas, a qualquer momento, oportunizando a melhor gestão e avaliação da atuação do mesmo.

Para possibilitar o processo de acompanhar pessoas, foram definidos os seguintes princípios e ações:

1. O processo de avaliação deverá incluir indicadores com base nas metas estabelecidas pelos gestores, com conhecimento dos colaboradores;
2. A avaliação deve ser um processo: contínuo e permanente de reflexão-ação, democrático, ético, participativo, inclusivo, periódico e sistemático, contemplando aspectos relacionados às especificidades do cargo que ocupa, dando uma conotação de individualidade; contemplando suas diversas dimensões (técnica, ética, relacional, política);
3. O processo de avaliação objetiva, também, a efetivação de mudanças e de motivação das pessoas, valorizando o potencial das equipes na busca da excelência do serviço e da instituição;
4. Serão realizados processos de avaliação dos serviços semestralmente, sob a responsabilidade de cada diretoria setorial, contemplando o desenvolvimento das competências técnicas, éticas, relacionais.

ESQUEMA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS



Organização dos serviços humanos

O Setor de Recursos Humanos tem como atribuições a promoção de ações de incentivo ao crescimento do profissional, favorecendo para a melhoria do clima organizacional e consequentemente a retenção de talentos.

Será o responsável por programas idealizados pelo Núcleo da Qualidade, como também, pelo Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão.

Gerir pessoas é entender que nelas está a maior conectividade entre os desafios e as superações na organização hospitalar. Portanto, o conhecimento da missão do INVISA, seus objetivos e estratégias, reconhecimento, a delegação de autoridade e a educação continuada contribuirão para fortalecer a equipe de profissionais que atuarão na unidade.

A administração será centrada na busca da melhoria continuada privilegiando o trabalho em equipe, a confiança nas pessoas e em suas capacidades produtivas, a relação de parceria de corresponsabilidade, buscando sempre manter os seus colaboradores. O grande diferencial da Política de Recursos Humanos

do INVISA, estará centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos.
O modelo de gestão estará focado na busca pela qualidade, na compreensão e aplicação de informações, na formação e manutenção de grupos de planejamento e gerenciamento das ações envolvendo o pessoal da linha operacional nas discussões para formulação e avaliação dos planos, tendo como objetivo uma contínua melhora da qualidade no setor.
O hospital terá uma dinâmica no cotidiano, que operará em ritmo intenso de atividade, sustentada pelo trabalho no seu cotidiano. O trabalho não será uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional. Ganhará dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos e. se estruturará não como ato congelado no espaço-tempo desta instituição hospitalar, mas sim como processo, que será dinâmico em torno da produção do cuidado.
Características da nossa Filosofia de RH
- Gestão de pessoas;
-Sucesso pelo esforço solidário;
-Capacitação de recursos humanos para a qualidade;
-Desenvolvimento de Liderança;
-Humanização da assistência à saúde;
-Preparação dos Recursos Humanos para acreditação hospitalar;
-Participação no planejamento estratégico;
- Implementação de sistema para a garantia da qualidade com a reorganização do trabalho para envolvimento das pessoas sensibilizando-as para a mudança com a qualidade.

Pré requisitos para incorporação dos Recursos Humanos
Profissionais da área de saúde:
- Seleção curricular criteriosa, análise de experiências aspectos de inter-relação pessoal;
- Disponibilidade de tempo para prestação dos serviços, conforme necessidade da unidade;
- Certificado de antecedentes criminais.
-Profissionais de Nível Superior que exercerão função de coordenação:
- Estabelecimento de alvos a serem atingidos, integrados aos objetivos da organização;
- Proposição e manutenção de uma estrutura organizacional, cujo funcionamento é harmônico e onde os papéis estão bem delimitados;
- Uso de recursos técnicos na gestão dos recursos humanos a eles subordinados;
- Uso eficaz de incentivos que mobilizem produtivamente a motivação do grupo;
- Delimitação clara do seu papel e de como ele é aceito no grupo;
- Acompanhamento e realimentação do processo decisório assegurando a realização dos planos.

Pessoal de nível médio administrativo:
- Exigências de domínio em informática: Digitação, Windows, Word, Excel, como mínimos;
-Conhecimentos gerais e específicos;
-Conhecimentos de cálculos matemáticos básicos;
-Experiência anterior na área hospitalar;
-Boa redação e comunicação verbal e ralação interpessoal;
-Certificado de antecedentes criminais;
-Domínio do inglês para áreas específicas;
-Conhecimento em softwares e demais programas voltados a área gráfica e de diagramação e para áreas especificas.

Pessoal de serviços auxiliares:
- Experiência anterior na função;

- Nível fundamental, no mínimo;
- Certificado de antecedentes criminais;
- Referências de empregos anteriores;

Nota: Além dessas características, os candidatos serão submetidos também, a avaliações técnicas, psicológica e médica pré admissional conforme a legislação vigente.

Política de Treinamento

O INVISA entende que os colaboradores devem ser treinados não só para execução de tarefas, mas também para desenvolvimento da sua capacidade de criatividade e liderança como também desenvolver práticas que os conduzam a qualidade. Assim sendo os treinamentos serão voltados para alguns objetivos específicos.

O treinamento incluirá:

- Fortalecimento do compromisso com o processo;
- Fortalecimento de liderança;
- Comunicação interpessoal;
- Atualização práticas das técnicas;
- Atualização técnico-cientifica.

Metas a serem alcançadas:

- Promover a coesão interna, melhorando o espírito de equipe;
- Identificar as forças positivas e restritivas;
- Melhorar o desempenho.

PROGRAMA DE INTREGRAÇÃO INSTITUCIONAL

Objetivo:

Garantir ao novo colaborador, conhecer seus direitos e deveres, além do conhecimento geral da instituição, incluindo seus valores, normas e padrões de comportamento pautados na missão institucional e peculiaridades dos serviços.

Procedimentos:

1. O Setor de Pessoal fará o acolhimento inicial dos novos colaboradores;
2. Serão dadas as boas vindas fazendo um breve histórico já apresentando a missão, visão' e valores institucionais pautados no planejamento estratégico;
3. Serão apresentados aos novos colaboradores um vídeo institucional, conforme o caso;
4. Serão informados os direitos e deveres, normas de proteção e segurança no trabalho, bem como farão a ambientação do novo colaborador nas áreas específicas;
5. A Chefia imediata fará a ambientação no local de trabalho, descrição das funções e atribuições e o acompanhamento do novo colaborador.

Avaliação:

1. Na vigência do período de experiência, será feita uma avaliação com o novo colaborador da unidade, em relação à ambientação e desenvolvimento das funções;
2. A Chefia imediata fará o acompanhamento do novo colaborador por um período inicial, registrando em formulário próprio;
3. O acompanhamento do colaborador até a sua efetivação será realizado mediante as etapas de avaliação do estágio probatório, realizado por comissão designada para tal fim;
4. Nos casos de rescisão contratual caberá ao setor de pessoal informar a decisão ao colaborador a ser desligado;
5. Durante todo o processo de integração, o setor de pessoal dará suporte às chefias imediatas.

PROGRAMA DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL

Objetivo:
Garantir ao colaborador afastado por motivo de saúde que, no seu retorno ao trabalho, seja assegurada a reavaliação das atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação, verificada no exame médico-pericial, que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, garantindo a transparência no processo de readaptação funcional assegurando os direitos e deveres da instituição.
Procedimentos:
1. Caso o colaborador seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, deverá retornar ao trabalho, para sua própria função, mesmo que seja necessário evitar algumas das atribuições.
2. Será emitido parecer à chefia imediata, determinando as atribuições que não deverão ser executadas devido à incapacidade relativa do colaborador, designando a restrição por um caráter temporário ou permanente da restrição.
3. Caso o colaborador não consiga atender a um mínimo de 70 % das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação, nos termos da legislação vigente.
4. A área de Pessoal fará a indicação dos cargos afins e suas atribuições, buscando a melhor alocação do trabalhador a ser readaptado, respeitando as habilitações exigidas.
5. A área de Pessoal tomará as providências necessárias para a Readaptação do colaborador, devendo acompanhar todo o processo funcional assegurando os direitos e deveres do trabalhador e da instituição.

PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.

Nos itens anteriores o Instituto apresentou seu modelo de desenvolvimento humano. O supracitado modelo de integração busca refletir positivamente no clima organizacional. De acordo com um estudo realizado pela Michael Page, engajar os funcionários é o principal desafio das organizações. Os profissionais de RH e os gestores devem sempre buscar formas de manter um bom clima organizacional, com os profissionais motivados, alinhados com os valores da empresa e satisfeitos com os benefícios e com o ambiente de trabalho como um todo.
A melhor forma de fazer isso, claro, é ouvindo os próprios funcionários constantemente. Isso deve ser feito através de pesquisas de clima organizacional.

O Objetivo da pesquisa de clima organizacional é medir o nível de satisfação dos funcionários com relação aos diferentes aspectos do ambiente da empresa e a maneira como os colaboradores interagem uns com os outros.
A principal vantagem da pesquisa é a melhoria na comunicação de uma forma geral, visto que há um lugar e um momento certo para que a equipe reporte suas queixas ao RH, o que torna o processo de solução de problemas mais organizado e eficiente.
Com a Pesquisa, os funcionários se sentem mais ouvidos, aumentando o engajamento e a participação na empresa. Além disso, os colaboradores sentem que suas necessidades não estão sendo negligenciadas pelos gestores.
Tendo consciência da percepção individual de cada um, o RH pode encontrar soluções para conflitos e melhorar a relação pessoal entre colaboradores, tornando a convivência mais tranquila e o dia a dia de trabalho menos estressante.
Dessa forma, sem ter que se preocupar com essas questões pendentes e conflitos mal resolvidos, os profissionais conseguem ter mais foco e concentração em suas funções de trabalho, o que influencia diretamente no nível de produtividade de toda a equipe.

Para a organização, isso resulta em mais eficiência e melhores resultados. Ademais, um ambiente de trabalho saudável ajuda a diminuir significativamente a taxa de *turnover* e proporciona uma melhora na imagem da empresa, fazendo com que ela se torna atrativa para novos talentos.
Vale lembrar que a Pesquisa de Clima Organizacional são serve apenas para registrar as queixas e reclamações do time. Ela também é uma forma de identificar quais são os pontos positivos de equipe em termos de relacionamento, fazendo com que o RH possa fortalecê-los ainda mais.

Modelo de pesquisa de clima organizacional

O colaborador deve marcar a opção "sim", "não" ou "às vezes" para cada uma das afirmações abaixo:

1. Eu recebo feedbacks contínuos sobre o meu desempenho.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

2. Considero minha remuneração adequada às funções que exerço.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

3. Meu time se relaciona de forma harmoniosa e amigável.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

4. Confio na postura de liderança do meu gestor.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

5. Considero que a avaliação do meu desempenho profissional é adequada.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

6. Gosto de trabalhar na empresa.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

7. Acredito que meu trabalho contribui para os resultados do meu time.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

8. Me sinto respeitado pelos meus líderes e colegas de trabalho.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

9. Sou informado sobre as mudanças de processos que afetam o meu trabalho.
   ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

10. Há espírito de colaboração na equipe em que atuo.
    ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

11. Há reuniões periódicas entre os gestores e os colaboradores do meu time.
    ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

12. Meus pontos positivos são reconhecidos e valorizados pelo meu gestor.
    ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

13. O clima de colaboração é incentivado pelos líderes.
    ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES
14. Acredito que meu gestor tem as características necessárias para um bom líder.

( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

15. Considero que há abertura para dar sugestões nos processos em que atuo.
( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

16. Enxergo oportunidades para crescer profissionalmente dentro da empresa.
( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

17. Considero a infraestrutura e o ambiente físico da empresa salubres e adequados.
( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

18. Considero minha demanda de entregas adequada em relação às minhas horas de trabalho. ( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

19. A empresa investe no meu aprendizado e crescimento profissional.
( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

20. Estou satisfeito com as funções e com a área em que atuo na empresa.
( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

21. Acredito que a empresa oferece serviços/produtos de qualidade aos clientes.
( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

22. Tenho acesso a todas as informações e ferramentas que preciso para realizar minhas funções.
( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

23. Tenho abertura para reportar queixas e dar a minha opinião sobre aspectos gerais da empresa.
( ) SIM ( )NÃO ( )ÀS VEZES

Espaço para sugestões, críticas ou elogios:

Definição de uso das informação da pesquisa de clima organizacional

Fase I– Diagnóstico do Clima Organizacional

A metodologia para esta fase utiliza procedimentos estatísticos para análise dos resultados quantitativos e de análises de conteúdo para os qualitativos, respeitando-se as particularidades das diversas Unidades do Instituto. Essa fase objetiva coletar os dados para realização do levantamento das percepções dos profissionais sobre o clima organizacional e desenvolvida nas seguintes etapas.

Etapa 1: Aplicação do instrumento de pesquisa
A aplicação da pesquisa por meio de instrumento adaptado às particularidades de cada Projeto compreendendo:

a)- Aplicação de piloto para validação do instrumento. O grupo piloto formado por representantes de várias unidades organizacionais. As observações por eles apresentadas servem para aprimorar o instrumento final. O instrumento validado pela Diretoria Colegiada do Instituto, sendo o instrumento objetivo e, não permite a identificação dos respondentes.

b)- Execução da campanha de divulgação e sensibilização. As estratégias de Comunicação e sensibilização dos colaboradores sobre a gestão do clima desenvolvidas por meio de: fixação de cartazes; apresentação do projeto em reunião de gestão em que participa a Diretoria e as lideranças; envio de e-mails corporativos a todos os profissionais; e envio de correspondência assinada pela Diretoria que informou sobre a realização da pesquisa, bem como os objetivos pretendidos e os critérios para participação.

Etapa 2: Análise dos resultados esta etapa conta com os seguintes passos:

a) Tabulações e análise da pesquisa.
b) Apresentação de relatórios. Apresentação de relatórios com gráficos, comentários e conclusões, contendo: análise fatorial, percentuais de respostas, análises descritivas, análise de concordâncias, correlações e variâncias entre fatores, descrição e análise agrupada do público pesquisado (ex.: por carreira, por tempo de serviço e por unidade de exercício), análise comparativa entre os fatores.

Fase II- Proposta e Implementação de planos de ações de melhoria.

Os resultados gerais da pesquisa podem indicar a necessidade de estruturação de planos de ações de melhoria em diversos fatores pesquisados, por exemplo: capacitação e desenvolvimento profissional; comunicação; higiene e segurança do trabalho; liderança; planejamento organizacional; progresso profissional, qualidade de vida no trabalho; entre outros.

c) Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção Simplificada de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho.

Normas para Seleção Simplificada de Pessoal

O INVISA tendo consciência que o antigo "Serviço de Pessoal", passou a "Serviço de Recursos Humanos" e, que hoje, é tomado por "Serviço de Talentos Humanos" adotará uma das mais novas técnicas de seleção - a Seleção por Competências - por meio da qual, além do candidato ser analisado por seu currículo, ou melhor, por seus "feitos" anteriores, também será analisado por seus comportamentos, sua postura diante de determinadas situações, sua visão do futuro, entre outros aspectos relevantes.

O objetivo da metodologia que será aplicada é avaliar o candidato nos seguintes aspectos:
CONHECIMENTO: Saber
Representa o que se sabe, mas não necessariamente se coloca em prática;
HABILIDADE: Saber fazer
É o que se pratica. Será avaliada a experiência e domínio do candidato, o conjunto de técnicas, princípios e capacidades.
ATITUDE: Querer fazer
São as características pessoais, que levam a pessoa a praticar ou não o que conhece e sabe. É a energia motivacional que impulsiona o indivíduo a buscar o que deseja.

Por esta razão o INVISA considera o Processo de Recrutamento e Seleção de suma importância, pois é ele que define, por diferentes maneiras e com diferentes estratégias, qual o melhor candidato que deverá ocupar uma determinada vaga. O Processo de Recrutamento e Seleção de Pessoal descrito a seguir, será realizado para o preenchimento de vagas nos cargos solicitados pelos diversos setores da unidade, por meio de contrafação sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CL T), em jornada de trabalho específica de acordo .com o cargo a/ser preenchido.

Requisitos Obrigatórios de Escolaridade:
A escolaridade para os cargos a serem preenchidos na Instituição é exigida de acordo com o nível do cargo, conforme tabela a seguir:

Nível do Cargo	Escolaridade Exigida:
Elementar	Ensino Fundamental
Médio	Ensino Médio
Técnico	Técnico completo
Superior	Ensino Superior completo
Pós Graduação	Especialização em área afim

Segue abaixo **REGULAMENTO** PARA AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS **E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL que o Instituto utiliza nos seus contratos, abaixo consta a publicação deste regulamento no diário oficial do estado do Espirito Santo em 26 de fevereiro de 2018.**

Ademais todos os processos seletivos são publicados no site da instituição www.invisa.org.br estando disponível em tal endereço eletrônico os editais e resultados dos processos.

31/12/2018, lotada no Atendimento Inicial de Vila Velha, no turno matutino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de MARLON BISSA DE LIMA de 16/02/2018 A 15/02/2019, lotado na 3º Defensoria Recursal Cível de Vitória, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de GRAZIELA ROCHA RIBEIRO de 19/02/2018 A 18/02/2019, lotada na 4º Defensoria Criminal de Vitória, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de GABRIEL BARROSO DORNELAS de 20/02/2018 A 19/02/2019, lotado no Atendimento Inicial de Serra, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de RAMIRIS PIANA KEFLER de 19/02/2018 A 18/02/2019, lotado na Defensoria de Execução Penal de Colatina, no turno matutino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de ROVENIA LIMA HORACIO de 05/02/2018 A 31/12/2018, lotada no Atendimento Inicial de São Mateus, no turno matutino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de JORDANA CALDONHO MACHADO de 29/01/2018 A 31/2/2018, lotada no Atendimento Inicial de Colatina, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de THIAGO BERNABE DE OLIVEIRA de 19/02/2018 A 18/02/2019, lotado na 1º Defensoria de Família de Vila Velha, no turno vespertino.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de MONIQUE SABRINI LIMA CALAZANS DE PAULA de 22/02/2018 A 21/02/2019, lotada no Atendimento Inicial de Colatina, no turno vespertino.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO CINTIA DE OLIVEIRA REZENDE, lotada no Atendimento Inicial de Vila Velha, no turno matutino, a partir de 19.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO MARCIA OLIVEIRA DOS REIS, lotada no Núcleo Atendimento Inicial de Vila Velha, no turno vespertino, a partir de 23.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO NATALIA MARIM BAZILIO, lotada no Núcleo da Defesa Agrária e Moradia, no turno vespertino, a partir de 23.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LIJARA DA SILVA LYRA, lotada no Núcleo da Defesa Agrária e Moradia, no turno vespertino, a partir de 23.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LARA SHERMAN BERETTA DE CASTRO, lotada na Defensoria Fazendária de Guarapari, no turno vespertino, a partir de 22.03.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO RACHEL PEREIRA DIAS CALEGARIO, lotada no Colegiado Recursal - Turma Recursal Sul de Cachoeiro de Itapemirim, no turno vespertino, a partir de 10.01.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LOIANNY SILVA KIRMES, lotada no Núcleo de Atendimento Inicial de Cariacica, no turno vespertino, a partir de 02.02.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LARISSA VIEIRA SORIO, lotada na Coordenação de Direitos Humanos, no turno vespertino, a partir de 02.03.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO LUZIARA CÂNDIDO, lotada na Defensoria Plena de Jaguaré, no turno vespertino, a partir de 31.01.2018.

RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO JEFFERSON OLIVEIRA LORENCINI, lotado na 2ª Defensoria de Infância e Juventude de Vila Velha, no turno vespertino, a partir de 01.03.2018.

TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de ANNE KATERY GOMES SILVA de 09/01/2018 A 08/01/2019, lotada na Defensoria de Execução Penal de Cachoeiro de Itapemirim, no turno vespertino.

TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO de LAYLA JORGINA BRANDAO de 23/02/2018 A 31/12/2018, lotada na 2ª Defensoria de Infância e Juventude de Linhares, no turno vespertino.

Vitória, 23 de Fevereiro de 2018.
Denize Brandão Vianna
Diretora de Gestão de Pessoas
Protocolo 379523

Poder Legislativo

Assembléia Legislativa do Espírito Santo - ALES -

RESUMO DO CONVÊNIO DE CESSÃO DE SERVIDOR

A Subdireção Geral da Secretaria - Setor de Contratos e Convênios da Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo em atendimento ao que dispõe o parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, torna pública a celebração do Convênio, conforme descrito abaixo:

CEDENTE: MUNICIPIO DE VITÓRIA
CESSIONÁRIA: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.
OBJETO: Prorrogação da Cessão do Servidor do MUNICIPIO DE VITÓRIA, EDMILSON FURTADO CORASSA, ocupante do quadro pessoal da CEDENTE.
PROCESSO: 180092
VIGÊNCIA: O Termo Aditivo ao Convênio de Cessão terá início no dia 02/02/2018 até 31/12/2020.

Secretaria da Assembleia Legislativa em, 22 de fevereiro de 2018.

TATIANA SOARES DE ALMEIDA
Subdiretora Geral
Protocolo 379329

Publicações de Terceiros

CTRCI - CENTRAL DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM LTDA, torna público que OBTEVE do **IEMA - Instituto Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos,** através do processo nº **78317789, LICENÇA AMBIENTAL DE REGULARIZAÇÃO (LAR) Nº 1/2018** para a atividade de **ESTERILIZAÇÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE POR MEIO DE AUTOCLAVE** na localidade de **Morro Grande,** Município de **Cachoeiro de Itapemirim - ES.**
Protocolo 378145

O INVISA - Instituto Vida e Saúde, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrito sob CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, com sede à Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, torna público o seu:

REGULAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL
Referente ao Contrato de Gestão 06/2018 junto a Secretaria de Estado da Justiça do Espírito Santo.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I - Dos Fundamentos Iniciais

Art. 1º - Este Regulamento tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observadas pela INVISA - Instituto Vida e Saúde na realização de compras e aquisições de quaisquer bens; na contratação de quaisquer empregados e serviços, inclusive obras de engenharia e locações, destinadas ao regular atendimento das necessidades Institucionais e operacionais da entidade.

§ 1º - Este Regulamento se aplica a todos os dispêndios financeiros do Instituto efetivados com recursos públicos repassados por meio de Termo de Parceria, Contrato de Gestão ou Contratos Administrativos, inclusive os realizados por suas unidades descentralizadas.

§ 2º - Na hipótese de haver unidades descentralizadas, todo o dispêndio financeiro de que trata o caput deste artigo centralizar-se-á no estabelecimento sede/central do Instituto.

Art. 2º - Todos os dispêndios do Instituto reger-se-ão pela busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da entidade, além de outros definidos pelos ajustes celebrados pela entidade e/ou por seu Estatuto.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se à selecionar, dentre as propostas apresentadas que atendam aos objetivos do artigo anterior, a mais vantajosa para o Instituto, mediante julgamento objetivo.

Art. 4º - Todos os processos de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento devem estar devidamente documentados, a fim de facilitar futuras averiguações por parte do Órgão Estatal Parceiro e pelos demais responsáveis pelo controle e fiscalização.

Seção II - Dos Princípios

Art. 5º - Os procedimentos para as aquisições e contratações regidas por este Regulamento sempre deverão observar os seguintes princípios fundamentais:

I - a moralidade e a boa-fé das regras, instrumentos, atos e julgamentos utilizados ou exercitados em todos os processos seletivos, vedando-se comportamentos ou procedimentos que contrariem valores da ética comercial;

II - a probidade, referente à honestidade no procedimento ou à maneira criteriosa de cumprir os deveres contratuais;

III - a impessoalidade e a objetividade da seleção, impositivos de que a análise e a escolha da melhor proposta se faça em razão de características qualitativas previamente definidas, mediante critérios objetivos que impeçam a subordinação do resultado exclusivamente a considerações subjetivas dos encarregados do processo;

IV - a economicidade e a eficiência, versando sobre o compromisso indeclinável de encontrar a solução mais adequada aos objetivos buscados;

V - a isonomia no tratamento e nas oportunidades conferidas aos fornecedores de materiais, bens, engenharia, locação e serviços cadastrados e em situação de regularidade, que se disponham a participar do processo seletivo;

VI - a ampla publicidade dos processos seletivos e do seu resultado, viabilizando-se a apresentação do maior número possível de propostas dentre os fornecedores regularmente cadastrados;

VII - o princípio da legalidade, que trata da necessidade de se

proceder em conformidade com as leis vigentes;

VIII - a razoabilidade, que versa sobre a obediência aos critérios aceitáveis do ponto de vista racional, tendo o administrador a liberdade de adotar a providência mais adequada dentre aquelas cabíveis;

IX - a busca pela vantagem da aquisição ou contratação pretendida, evidenciando-se em qualquer caso, os resultados positivos da relação custo x benefício.

Seção III - Das Definições

Art. 6º - Para fins deste Regulamento, entende-se por:

I - ATO CONVOCATÓRIO - instrução contendo o objeto e as condições de participação na Seleção de Fornecedores;

II - COMPRA - a aquisição onerosa de materiais de consumo, mobiliário geral e específico, componentes, equipamentos, gêneros alimentícios, móveis, imóveis, veículos, semoventes, bem como a prestação de serviços de qualquer natureza por pessoas físicas e/ou jurídicas;

III - CONTRATO - documento que estabelece os direitos e obrigações entre as partes contratantes;

IV - ELEMENTOS TÉCNICOS - informações relativas a projetos, plantas, cálculos, memórias descritivas, especificações e normas técnicas, padrões de qualidade, durabilidade e desempenho, marcas ou modelos de componentes e equipamentos;

V - OBRAS - todos os trabalhos de engenharia e arquitetura que resultem na criação, recuperação ou modificação de bem imóvel, mediante construção e fabricação, ou ainda, que tenham como resultado qualquer transformação do meio ambiente;

VI - SELEÇÃO DE FORNECEDORES E PRESTADORES - processo para a aquisição de bens e para a contratação de obras e serviços e locações a serem realizados, mediante critérios definidos no Ato Convocatório, julgamento e escolha de participantes;

VII - SERVIÇO - a prestação de qualquer trabalho de qualquer natureza, quando não integrantes de execução de obra (empreitada, equipe);

VIII - TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA - cessão, pela Entidade, de tecnologias por ele desenvolvidas ou desenvolvidas em parcerias, para exploração por empresas públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, contra o pagamento de taxas, participação acionária ou nos lucros ou em qualquer outra modalidade de compensação patrimonial ou financeira quando não integrante;

IX - NOTÓRIA ESPECIALIZAÇÃO - profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, títulos acadêmicos, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente adequado à plena satisfação do objeto do contrato.

X - ANULAÇÃO - extinção do processo de contratação por motivo de ilegalidade.

XI - REVOGAÇÃO - extinção do processo de contratação por razões de oportunidade ou conveniência devidamente declinadas no ato.

XII - PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL - procedimento de escolha destinado à contratação de empregados e estagiários.

CAPÍTULO II - DA SELEÇÃO DE FORNECEDORES E PRESTADORES

Seção I - Das Regras Gerais

Art. 7º - A contratação de serviços, inclusive de engenharia, bem como a aquisição e locação de bens, efetuar-se-á mediante Seleção de Prestadores e Fornecedores, sendo dispensado tal procedimento nos casos expressamente previstos neste Regulamento.

Art. 8º - A participação na Seleção de Prestadores e Fornecedores implica a aceitação integral e irretratável dos termos do Ato Convocatório, dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados do INVISA, bem como na observância deste Regulamento.

Art. 9º - O processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores e a Celebração dos Contratos será realizado por um Agente Responsável por Contratações, designado por Ordem Executiva expedida pelo Diretor Geral, que terá a função de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos à aquisição de bens e serviços.

Art. 10 - Deve ser constituído um cadastro único de fornecedores de materiais e serviços com indicação clara das principais características técnicas, comerciais e financeiras dos produtos oferecidos, assim como todo o histórico do fornecedor com o INVISA.

Parágrafo Único - Caberá ao Diretor Geral da entidade ou a seu delegatário elaborar e manter atualizado o cadastro único de fornecedores a que se refere este artigo.

Art. 11 - O Ato Convocatório estabelecerá, em cada caso, os procedimentos a serem utilizados para apresentação das propostas pelos participantes interessados e a forma de seleção do fornecedor.

§ 1º - Sempre que possível, o Ato Convocatório será disponibilizado através do sítio eletrônico do INVISA para consulta dos fornecedores interessados.

§ 2º - No Ato Convocatório deverá constar a descrição detalhada do objeto que ensejou a Seleção de Prestadores e Fornecedores, bem como datas, prazos, valores e tudo o que for relevante para que se garanta o pleno atendimento do solicitado, além de garantir isonomia e impessoalidade.

Art. 12 - Previamente à escolha de uma proposta, a Entidade poderá exercitar o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de maximizar resultados em termos de qualidade e preço.

Art. 13 - A validade do processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores não ficará comprometida em caso da não apresentação de número mínimo de propostas, tampouco pela impossibilidade de se convidar o mínimo de três fornecedores para a seleção, desde que haja justificativa baseada na ausência de fornecedores interessados na praça.

§ 1º - Caso não compareça qualquer fornecedor interessado, a Entidade deverá reabrir o processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores desde que isso não lhe cause prejuízo.

§ 2º - Na hipótese do parágrafo anterior, havendo o risco de prejuízo, este processo fica dispensado e a contratação poderá ser direta com qualquer interessado, desde que sejam mantidas as condições estabelecidas no Ato Convocatório.

Art. 14 - A realização de Seleção de Prestadores e Fornecedores não obriga a entidade a formalizar o contrato, podendo a mesma ser revogada ou anulada pelo Diretor Geral do INVISA ou por pessoas a quem ele delegar poderes.

Parágrafo Único - A revogação e a anulação do processo de Seleção de Prestadores Fornecedores deverão ser justificadas pelo Diretor Geral ou pessoa a quem ele delegar poderes.

Art. 15 - Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou fatura de prestação de serviços.

Parágrafo Único - No caso de serviços eventuais de Pessoa Física deverá ser emitido RPA.

Art. 16 - Quando forem contratados serviços de consultoria, o pagamento, ainda que parcelado, só se dará mediante a entrega do produto.

Art. 17 - Só serão aceitos para comprovação da locação ou aquisição de bens e serviços documentos fiscais ou equivalentes.

Seção II - Das Modalidades

Art. 18 - Constituem modalidades de Seleção de Prestadores e Fornecedores de bens e serviços:

I - Carta Consulta - por meio de Ato Convocatório, publicado no site do INVISA com prazo mínimo de cinco dias para apresentação de propostas;

II - Concorrência - por meio de Ato Convocatório, publicado no site do INVISA com prazo mínimo de dez dias para apresentação de propostas;

III - Concorrência especial - por meio de Ato Convocatório, publicado no site do INVISA com prazo mínimo de quinze dias para apresentação das propostas;

IV - Credenciamento de Serviço - Deverá ser produzido um Ato Convocatório, publicado no site do INVISA, com prazo mínimo de quinze dias úteis para Credenciamento de interessados com a apresentação de propostas, conforme exigências estabelecidas no referido ato, bem como deverá obedecer ao disposto no Ato Normativo expedido por este Instituto;

§ 1º - Em todos os casos acima, o Instituto poderá encaminhar o Ato Convocatório por e-mail a todos os seus fornecedores cadastrados na respectiva área de fornecimento e recolher no mínimo 3 (três) propostas orçamentárias, entre cadastrados ou não cadastrados, para embasar a seleção, salvo a hipótese estabelecida no inciso IV deste artigo, tendo em vista a especialidade do mesmo;

§ 2º - Seja qual for a modalidade do processo seletivo adotada, não será admitido o uso de critério ou condição que possa frustrar o seu caráter competitivo.

§ 3º - Alternativamente às modalidades previstas nos incisos deste artigo, fica instituída a possibilidade de seleção de propostas por meio eletrônico, na Internet, mediante adoção de portal próprio ou de terceiros, através da adoção de pregão eletrônico ou procedimento similar, desde que haja observância dos princípios constantes dos Termos de Parceria e/ou Estatuto.

§4º - Nos casos em que o Instituto fizer convocação dos fornecedores, cadastrados e não cadastrados, nos prazos estabelecidos no Ato Convocatório e não se obtiverem as 3 (três) propostas mínimas previstas no §1º deste artigo, poderá a entidade realizar a escolha de melhor proposta das que forem apresentadas justificadamente.

Seção III - Dos Limites

Art. 19 - São limites para as modalidades dos processos de Seleção de Prestadores e Fornecedores de bens e serviços:

I - Carta Consulta - até R$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais).

II - Concorrência - até R$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

III - Concorrência especial - acima

de R$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

Seção IV - Da Habilitação

Art. 20 - Para a habilitação de fornecedores e prestadores de serviços com fins de participação nos procedimentos de seleção de Prestadores e Fornecedores, exigir-se-á os seguintes documentos:

I - cadastramento prévio da empresa no Departamento de Compras da entidade ou no site da mesma;

II - cartão de inscrição geral de contribuinte, do Ministério da Fazenda, e outros documentos necessários, de acordo com o tipo do contrato e especificações contidas do Ato Convocatório, para demonstrar o ramo de atividades da empresa, bem como estar a mesma ativa para desenvolver suas atividades;

Art. 21 - Após cadastramento prévio, a entidade emitirá Certidão comprovando sua regularidade e habilitação para participar dos procedimentos de seleção de Prestadores e Fornecedores.

§ 1º - A certidão mencionada no *caput* terá validade de 6 (seis) meses.

§ 2º - A renovação da certidão de regularidade e habilitação junto ao INVISA ficará condicionada a reapresentação dos documentos exigidos no artigo 20.

Seção V - Do Julgamento das Propostas

Art. 22 - No julgamento das propostas serão considerados os seguintes critérios:
I - adequação das propostas ao objeto do Ato Convocatório;

II - qualidade;

III - preço;

IV - prazos de fornecimento ou de conclusão;

V - condições de pagamento;

VI - outros critérios previstos no Ato Convocatório.

§ 1º - É vedada a utilização de critérios de julgamento que possam favorecer qualquer proponente.

§ 2º - Não se admitirá proposta que apresente preço global ou unitário simbólico, irrisório ou de valor zero.

§ 3º - No exame do preço, serão consideradas todas as circunstâncias que resultem em vantagem para a execução das atividades do Instituto;

§ 4º - Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências do Ato Convocatório.

§ 5º - Ao final do processo, os participantes do processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores serão notificados do resultado, sendo-lhes facultado, ainda, o acesso aos termos da proposta vencedora.

Art. 23 - Do resultado da seleção não caberá qualquer Recurso.

Art. 24 - Será obrigatória a justificativa, por escrito, do Diretor Geral ou a quem este delegar a prática de atos administrativos, sempre que a escolha não recair sobre a proposta de menor preço.

Seção VI - Da Dispensa

Art. 25 - O limite para a dispensa do processo de Seleção de Prestadores e Fornecedores e contratação direta será de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).

§ 1º - A dispensa de procedimento formal poderá ocorrer nos seguintes casos:

I - na compra de materiais, equipamentos ou gêneros diretamente de produtor ou fornecedor exclusivo;

II - na contratação de serviços com empresas ou profissionais de notória especialização, assim entendidos aqueles cujo conhecimento específico, ou conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permitido inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado;

III - na contratação de profissional de qualquer setor artístico consagrado pela crítica especializada e opinião pública;

IV - operação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;

V - emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ao ajuste celebrado pela entidade ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos, desde que não resulte da falta de planejamento.

§ 2º - Fica dispensada do procedimento licitatório as aquisições de bens e contratações de serviço que não ultrapassem 15% (quinze por cento) do valor da modalidade prevista no artigo 19, inciso I, deste Regulamento.

§ 3º - A dispensa prevista no parágrafo anterior somente poderá ser deferida desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizado de uma só vez.

§ 4º - A dispensa será autorizada pelo Diretor Geral do INVISA ou a quem dele tiver recebido delegação para a prática deste ato.

§ 5º - Todos os casos de dispensa, com exceção daqueles dispensados pelo valor, deverão contar com parecer jurídico que os justifique e preços compatíveis com os de mercado.

CAPÍTULO III - DOS CONTRATOS

Seção I - Das Regras para Celebração dos Contratos

Art. 26 - Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, deveres e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do Ato Convocatório e da proposta a que se vinculam.

§ 1º - Exige-se a celebração de contrato escrito para os serviços continuados e quando houver entrega parcelada de bens ou a exigência de fornecimento de garantias.

§ 2º - Todos os contratos deverão ser aprovados por assessoria jurídica, a fim de garantir a adequada formalização dos termos avençados.

§ 3º - Todos os contratos deverão conter a qualificação completa do contratado e do contratante, com dados referentes à firma ou denominação social, sede, CNPJ e representante legal.

§ 4º - Os contratos de prestação de serviço não poderão ser firmados por tempo superior ao da vigência máxima dos ajustes celebrados ou de seu Termo Aditivo, devendo ainda constar cláusula permitindo a sua rescisão quando do interesse do INVISA.

§ 5º - É permitida a prorrogação consensual do contrato por períodos iguais e sucessivos, desde que não seja ultrapassada a vigência do ajuste celebrado.

§ 6º - Os contratos emergenciais referidos no artigo 26, § 1º, V, podem ser celebrados por no máximo 3 (três) meses, e podem ser prorrogados no máximo uma vez, por igual período.

Art. 27 - A inexecução total ou parcial do contrato por parte do contratado acarretará a sua rescisão, respondendo a referida parte pelas consequências contratuais e pelas previstas em lei.

Art. 28 - Considera-se adimplemento da obrigação contratual a entrega do bem, a prestação do serviço, assim como qualquer outro evento contratual em plenas condições de uso, aproveitamento e adequação ao contratado cuja validade seja atestada pela entidade.

CAPÍTULO IV - DO PROCESSO SELETIVO DE PESSOAL

Seção I - Das Regras para o Processo Seletivo de Pessoal

Art. 29 - O setor responsável pelo Processo Seletivo de Pessoal será o Departamento de Recursos Humanos.

Parágrafo Único - Na ausência do setor, o Diretor Geral deverá nomear um responsável.

Art. 30 - O requerimento para abertura de Processo Seletivo de Pessoal deverá ser enviado ao Departamento de Recursos Humanos, acompanhado de:

I - justificativa da contratação solicitada;

II - indicação do perfil do profissional que se deseja;

III - jornada de trabalho;

IV - função e atividades a serem desenvolvidas.

Art. 31 - O Processo Seletivo de Pessoal será embasado em dois ou mais das seguintes provas, conforme estabelecido em Edital:

I - análise de currículos;

II - prova de conhecimentos gerais e específicos;

III - testes psicotécnicos;

IV - entrevistas.

Parágrafo Único - A vaga demandada será disponibilizada no site do INVISA com no mínimo cinco dias de antecedência à contratação, bem como poderá ser divulgada por outros meios que o responsável pelo Departamento de Recursos Humanos ou responsável nomeado pelo Diretor Geral julgar necessários.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32 - Às disposições de que trata este Regulamento aplica-se, supletivamente, o Estatuto do INVISA, desde que não contrarie os dispositivos legais pertinentes aos ajustes celebrados.

Art. 33 - Os casos omissos neste Regulamento serão decididos pelo Diretor Geral da Entidade, devidamente justificados, com base na legislação em vigência e no Estatuto do INVISA.

Art. 34 - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Santo Antônio de Pádua/RJ, 20 de dezembro de 2013.

DENER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
INSTITUTO VIDA E SAÚDE
Protocolo 378183

COMUNICADO

VD COMÉRCIO DE VEÍCULOS LTDA. torna público que requereu da Secretaria Municipal de Desenvolvimento da Cidade e Meio Ambiente - SEMDEC, a Renovação da Licença de Operação (LO), para a atividade oficina mecânica, funilaria e pintura, lavagem e lubrificação

Contrato de trabalho

DA CONTRATAÇÃO

O candidato só será admitido mediante aprovação no exame médico, realizado no SESMTServiço de Segurança e Medicina do Trabalho e entrega da documentação;

Documentos Básicos para Contratação:
- Carteira Profissional (CTPS); - Cédula de Identidade;
- Certificado de Reservista (homens maiores de 18 anos);
- Título de Eleitor; - Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Exame Médico – A.S.O. – Atestado de Saúde Ocupacional;
- Cartão de Inscrição no PIS/PASEP;
- Certidão Casamento, ou quando "amasiados", mas que o casal tiver filho, solicitar também cópia do RG e CPF do companheiro;
- Certidão Nascimento de Filhos menos de 21 anos, ou 24, quando cursarem Ensino Superior; - Carteira de Vacinação para os filhos menores de 14 anos;
- Comprovante de Escolaridade;
- Comprovante de Endereço;
- 2 fotos (3x4)
- Atestado de Antecedentes Criminais; - Registro Profissional (COREN, CRA, CREFITO, etc.)

A admissão do candidato será realizada a título de experiência de 60 dias, dividido em dois períodos de 30 dias e sob o regime da C.L.T.;
Durante o período de experiência a avaliação o superior imediato deverá informar quanto a: Efetivação do contrato de trabalho, ou a Rescisão do contrato de trabalho;
Durante os primeiros 30 dias, caso o superior imediato avalie que o profissional na atende as necessidades do setor, ou não possui perfil adequado, este deverá informar ao setor de Recursos Humanos do Projeto antes do término do período, para as devidas providências.

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Deverá ser observado o registro em Folha de Frequência e/ou Cartão de Ponto, conforme definido em Contrato de Trabalho. O prazo de entrega da Folha de Frequência e Cartão de Ponto são até o dia 20 do mês, no setor de Recursos Humanos. Não serão aceitas frequências rasuradas e sem assinaturas da Chefia imediata e do Profissional. As ausências a serem justificadas, terão sempre tratamento em conformidade com a C.L.T. As ausências e atrasos serão apontados e assinados pelo superior imediato.

DO PAGAMENTO DE SALÁRIO

Será realizado o pagamento de salário no quinto dia útil de cada mês, através de depósito bancário. O demonstrativo de pagamento deverá ser retirado no setor de Recursos Humanos do Projeto e/ou junto às Coordenações dos serviços, sob responsabilidade da chefia imediata.

DAS FÉRIAS

O empregado precisa completar 12 meses de vigência do contrato assinado para ter direito às férias. Ou seja: no primeiro ano de contrato assinado o trabalhador não tira férias. Este período é chamado de

período aquisitivo. Após os 12 meses de contrato, o emprego tem direito a 30 dias de férias As férias devem ser concedidas, por ato exclusivo do empregador, independente da vontade do empregado, desde que para isto, exista o prévio comunicado com antecedência mínima de 30 dias. A concessão deve ser realizada em um só período, nos 12 meses subsequentes à data em que o empregado tiver adquirido o respectivo direito. Desde que haja concordância do empregado, as férias poderão ser usufruídas em até 3 períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a 14 dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a 5 dias corridos, cada um. As férias dos empregados menores de 18 e dos maiores de 50 anos terão de ser concedidas de uma só vez. As férias serão concedidas inicialmente aos colaboradores de acordo com o vencimento das mesmas.
As faltas injustificadas, contudo, podem reduzir este número (artigo 130 da CLT):
- até 5 faltas injustificadas: 30 dias de férias
- de 6 a 14 faltas injustificadas: 24 dias de férias
- de 15 a 23 dias: 18 dias de férias
- de 24 a 32 dias: 12 dias de férias
- acima de 32 dias: o trabalhador perde o direito a férias

O Recibo de Férias será encaminhado para a Chefia Imediata para providenciar assinatura e devolução do profissional juntamente com a carteira de trabalho para registros pertinentes. É direito do Instituto INVISA, quando não programadas as férias pelo funcionário, concedê-las e pagá-las com 60 dias antes do vencimento do segundo período aquisitivo.

DOS AFASTAMENTOS

Atestados Médicos

O atestado médico deverá conter: Identificação do funcionário, identificação da Instituição que o emitiu, com endereço e telefone da mesma, identificação do médico com carimbo constando o número do CRM, identificação da doença através do CID; Caso o atestado médico exceda a 15 dias, o funcionário será encaminhado para auxílio doença junto ao INSS.

Acidente de Trabalho

Ocorre quando o funcionário está a serviço do Instituto, podendo ocorrer dentro ou fora do local que atua, provocado direta ou indiretamente lesão, perturbação funcional, doença ou que interfira no andamento normal do trabalho. É considerado também Acidente de Trabalho, o Acidente de Trajeto (casa para o trabalho ou vice-versa).
É necessário que seja encaminhado ao setor de Recursos Humanos do Projeto o Comunidade de acidente de trabalho preenchido pela chefia imediata no prazo máximo de 24 h para elaboração da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), preenchido pelo setor de Recursos Humanos do INVISA, junto ao INSS para as devidas providências.

Licença MATERNIDADE

É obrigatório a funcionária ou responsável comparecer ao setor de Recursos Humanos do Projeto para entregar o Atestado Médico de 120 dias de afastamento e a Carteira de Trabalho;
Quando do término da Licença MATERNIDADE, a funcionária precisa comparecer ao setor de Recursos Humanos do Projeto para que seja realizado o exame de retorno ao trabalho, retirar a CTPS, antes de retornar ao trabalho.

Licença Amamentação

A funcionária poderá se ausentar do trabalho 30 minutos no início da jornada de trabalho e 30 minutos ao final da jornada de trabalho, ou converter em 1 hora no início ou final do expediente; até o filho (a) completar seis meses de idade. A opção realizada pela funcionária juntamente com a ciência da chefia imediata.

Penalidades

A transgressão de qualquer disposição prevista na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT importa aplicação criteriosa e justa das penalidades cabíveis, entre elas : Relatório de ocorrência; Advertência Verbal (registrada, documentada e assinada pelas partes envolvidas); Advertência Escrita; Suspensão disciplinar; Demissão.

Desligamento

Quando o profissional passa a não mais atender as necessidades do serviço. Neste momento a chefia imediata e o responsável pelo projeto, solicita o desligamento do funcionário ao setor de Recursos Humanos do INVISA, informando se a demissão será com ou sem cumprimento do Aviso Prévio, juntamente com a solicitação da reposição da vaga em aberto;

Quando do recebimento do ofício pelo setor de Recursos Humanos, o funcionário será convocado a comparecer para realização do exame demissional e assinatura do Aviso Prévio.
A rescisão do contrato de trabalho poderá resultar de:

- Livre e espontânea vontade do profissional (Pedido de demissão);
- Vontade unilateral do empregador (rescisão sem justa causa);
- Rescisão com justa causa após processo interno de apuração de ocorrência.

Avaliação de desempenho

A Avaliação de Desempenho (AD) visa atender a uma programação pactuada em Plano de Trabalho, tem como objetivo geral, definir o processo da avaliação de desempenho da força de trabalho, visando à promoção do desenvolvimento institucional, a política de gestão de pessoas e a qualidade dos serviços para à comunidade. Seus objetivos específicos visam: subsidiar políticas de RH do projeto; identificar aspectos de natureza interpessoal, organizacional, ambiental, dentre outros que facilitam e dificultam o desempenho do profissional; identificar condições de trabalho; identificar competências, habilidades e comportamentos do profissional; indicar necessidades de treinamento e/ou aperfeiçoamento O público-alvo é constituído pelo conjunto dos profissionais técnico-administrativos ocupantes de funções técnicas, administrativas, operacionais e gerenciais do Instituto INVISA no projeto.

A Avaliação de Desempenho será coordenada pela área de Recursos Humanos, representada localmente pela Coordenação Administrativa, sendo realizada através de grupo técnico constituído por: Coordenação Geral, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, coordenação Administrativa e uma Psicóloga responsável pela execução in loco da AD e supervisionada pelo corpo técnico de consultores do Instituto.

O processo de avaliação de desempenho deverá ocorrer uma vez por ano, ou em etapas necessárias à avaliação anual, de forma a atender a dinâmica de funcionamento da Instituição. Consistirá em avaliar o desempenho dos colaboradores através de uma rede de Feedback, num processo denominado Avaliação de Desempenho, no qual se recolhe diversas percepções acerca das competências relevantes de um mesmo profissional e do seu impacto direto ou indireto junto as chefias e respectiva unidade de atendimento. Assim, é definida como a combinação entre autoanálise, análise do superior imediato, bem como do ambiente que o cerca, formando-se um ciclo completo, onde o funcionário avaliado passa a visualizar o retrato de suas ações através das respostas de instrumentos de avaliação previamente definidos. São três as etapas da Execução de Avaliação de Desempenho:

- 1ª Preparação - GRUPOS DE AVALIAÇÃO, compostos por equipes de trabalho com no mínimo 3 (três) e no máximo 5 (cinco) pessoas, indicados por: Coordenação Geral, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, coordenação Administrativa e um Psicólogo responsável pela execução in loco da AD. Nestas equipes deverá ser avaliado o quadro de pessoal do projeto.
- 2ª Avaliação Propriamente Dita – consistindo-se das avaliações: autoavaliação; avaliação da chefia; e avaliação da estrutura;
- 3ª Resultados e Publicização - os resultados serão publicizados, de forma que todos tenham conhecimento sobre a dinâmica dos seus processos, as condições do ambiente e necessidades de qualificação da sua força de trabalho. Os dados e registros obtidos neste trabalho devem servir como indicadores nas ações sistemáticas relativas à força de trabalho, tais como promoção de treinamento, qualificação, movimentação, acompanhamento psicossocial e atenção à saúde do trabalhador.

DA COMPOSIÇÃO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO.

A avaliação de desempenho será composta:
I - Na dimensão individual, por fatores de desempenho que reflitam as atitudes e comportamentos fundamentais para o desempenho das tarefas e atividades funcionais ou gerenciais;
II - Na dimensão institucional:
a) pelos resultados efetivamente alcançados em termos de metas, projetos, tarefas ou atividades; b) por fatores de desempenho que reflitam as atitudes e comportamentos que contribuam para o fortalecimento do trabalho em equipe;
c) pelo nível de satisfação dos usuários dos serviços para pela unidade de trabalho;
d) pelas condições sob as quais o trabalho é desenvolvido.

DA MENSURAÇÃO DA DIMENSÃO INDIVIDUAL

Para obtenção da nota final do desempenho, a dimensão individual corresponderá a 60% do total máximo de pontos da avaliação de desempenho.

a) Para o nível gerencial, os resultados da dimensão individual serão obtidos pela soma:
I - dos conceitos atribuídos pelo próprio avaliado;
II - dos conceitos atribuídos pela chefia imediata;
III - da média dos conceitos atribuídos pelos integrantes da equipe subordinada à gerência avaliada.

b) Para o nível funcional, os resultados da dimensão individual serão obtidos pela soma dos conceitos atribuídos:

I - pelo próprio avaliado;
II - pela chefia imediata.

DA MENSURAÇÃO DA DIMENSÃO INSTITUCIONAL

Para obtenção da nota final do desempenho, a dimensão institucional corresponderá a 40% do total máximo de pontos da avaliação de desempenho. A pontuação será obtida pela soma dos conceitos atribuídos:
I - ao resultado do trabalho decorrente do alcance das metas e dos indicadores ou da realização das atividades ou projetos, previamente estabelecidos;
II - aos fatores de desempenho da equipe, auto atribuídos por consenso pela própria equipe de trabalho;
Serão também pontuadas as condições de trabalho, mediante consenso da própria equipe quanto aos fatores que influenciaram o resultado do trabalho. D

O PLANO DE TRABALHO E/OU METAS Considera-se plano de trabalho e/ou metas o conjunto de ações que integram projetos ou processos, assim definidos:
I - projeto: conjunto de atividades inter-relacionadas para alcançar objetivos específicos, conforme o Termo de Parceira;
II - processo: atividades de manutenção da rotina de trabalho, integrantes do contexto do plano.

DAS COMPETÊNCIAS

Compete à Coordenação:
I - Empreender as ações necessárias à normatização e à operacionalização da sistemática de avaliação de desempenho apresentada por este documento;
II - Promover, a partir dos resultados obtidos no ciclo da avaliação de desempenho, análises estatísticas, levantamentos e relatórios de informações gerenciais;
III - propiciar e apoiar as ações de capacitação profissional necessárias à aplicação da nova sistemática de avaliação de desempenho;
IV - Analisar os resultados obtidos no processo de avaliação de desempenho, empreendendo ações de correção;
V - Estimular a melhoria contínua dos processos de trabalho e do desempenho dos profissionais, visando a qualidade na prestação dos serviços.

Compete aos profissionais:
I - Contribuir para a implementação da sistemática de avaliação de desempenho estabelecida;
II - Empreender esforços pessoais para melhorar continuamente o seu desempenho;
III - contribuir ativamente para melhorar o trabalho em equipe;
IV - Colaborar para a melhoria contínua dos serviços;
V - Buscar seu autodesenvolvimento profissional e participar de programas de capacitação oferecidos pela Administração.

INSTRUMENTAL DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

INSTRUÇÕES

1. Neste instrumental cada membro da equipe de trabalho avalia o gerente individualmente
2. Preencher o campo IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO
3. Avaliar os fatores com valores inteiros de 1 (mín) a 5 (máx), anotando-os na coluna da direita (PONTUAÇÃO)
4. Somar na vertical (TOTAL DE PONTOS)

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO _____
PERÍODO DA AVALIAÇÃO AVALIADOR
(identificação facultativa)
Data: ___/___/___ _____ _____Assinatura

Este nível de avaliação reúne profissionais técnico, administrativos e operacionais. Os fatores estão em ORDEM ALFABÉTICA	PONTUAÇÃO 1 a 5 (mín - máx)
ABERTURA A MUDANÇAS: Consigo me adaptar a situações novas e mudanças no trabalho, buscando entender e atender novas demandas e prioridades.	
CRIATIVIDADE: Busco realizar inovações no meu trabalho, visando melhorá-lo constantemente.	
CUMPRIMENTO DE PRAZOS: Executo as atividades profissionais dentro do prazo estabelecido.	
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E PESSOAL: Aproveito as oportunidades de realizar trabalhos novos ou participar de cursos, estando atento para avaliar minha postura e atuação profissional	
DETERMINAÇÃO: Decido e resolvo dificuldades no meu trabalho	
COMPROMISSO: Assumo minhas responsabilidades, estando atento ao exercício do meu papel profissional.	
INICIATIVA: Empreendo esforços para resolver as demandas e necessidades dos usuários e da equipe, tão logo elas surjam	
PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO: Atuo de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiai	
RELACIONAMENTO PESSOAL: Mantenho bom relacionamento com usuários e membros da equipe de trabalho.	
TRABALHO EM EQUIPE: Assumo minhas atividades dispondo-me a colaborar com os membros da equipe para melhorar o desempenho coletivo.	
TOTAL DE PONTOS: Some a pontuação de cada item e escreva o total no espaço ao lado.	

CIÊNCIA DO AVALIADO
Data: ___/___/___
_____ assinatura do avaliado

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO PROFISSIONAL QUE ESTÁ EM EXPERIÊNCIA.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Prazo máximo para Avaliação: ____/____/____

Funcionário: _____

Admissão: _____ **Função:** _____ **Unidade:** _____

Subcoordenadora/Coordenador Assistencial: _____

ITENS	45 DIAS	90 DIAS	ESCOLHER APENAS UMA DAS OPÇÕES
1. ASSIDUIDADE Presença do colaborador no local de trabalho dentro do horário estabelecido para o expediente da unidade.	a) ( )	a) ( )	Cumpre o horário e está sempre presente, mostrando-se disposto a atender às necessidades de trabalho;
	b) ( )	b) ( )	Cumpre o horário estabelecido e é pontual nos seus compromissos de trabalho;
	c) ( )	c) ( )	Normalmente não cumpre o horário estabelecido, mas, quando presente, atende às necessidades de trabalho;
	d) ( )	d) ( )	Nunca cumpre horário e está sempre ausente.
2. DISCIPLINA Observa sistematicamente aos regulamentos e aos procedimentos do Invisa.	a) ( )	a) ( )	Sempre atende aos procedimentos e deveres, além de contribuir para a manutenção da ordem no ambiente de trabalho;
	b) ( )	b) ( )	Mantém um comportamento satisfatório atendendo aos procedimentos da organização;
	c) ( )	c) ( )	Eventualmente descumpre as determinações que lhes são atribuídas e tem um comportamento instável no grupo;
	d) ( )	d) ( )	Mostra-se resistente a cumprir aos procedimentos e deveres e sempre influencia negativamente no comportamento do grupo.
3. INICIATIVA Adota providências em situações não definidas pela chefia ou não previstas nos procedimentos.	a) ( )	a) ( )	Tem facilidade em buscar soluções para situações imprevistas do trabalho, quando solicitado;
	b) ( )	b) ( )	Esforça-se para solucionar algumas situações imprevistas na execução do trabalho;
	c) ( )	c) ( )	Eventualmente apresenta soluções para situações imprevistas do trabalho, quando solicitado;
	d) ( )	d) ( )	Deixa de solucionar problemas decorrentes de situações imprevistas na execução do trabalho.

ITENS	45 DIAS	90 DIAS	ESCOLHER APENAS UMA DAS OPÇÕES
4. PRODUTIVIDADE Apresenta volume e qualidade de trabalho num intervalo de tempo satisfatório.	a) ( )	a) ( )	Ultrapassa o volume de trabalho exigido, entregando as tarefasantes dos prazos estabelecidos e com qualidade;
	b) ( )	b) ( )	Apresenta resultados satisfatórios, entregando as tarefas dentro dos prazos estabelecidos;
	c) ( )	c) ( )	Apresenta resultados para o trabalho exigido, porém não cumpre os prazos estabelecidos;
	d) ( )	d) ( )	Demonstra resultados abaixo do exigido e as tarefas são sempre entregues fora dos prazos previstos.
5. RESPONSABILIDADE É comprometido com suas tarefas e com as metas estabelecidas pela Subcoordenação.	a) ( )	a) ( )	Conhece suas atribuições executando suas atividades acima das expectativas, antecipando-se às solicitações;
	b) ( )	b) ( )	Executa adequadamente as suas atividades de acordo com as metas estabelecidas para o seu departamento;
	c) ( )	c) ( )	Em algumas situações demonstra pouca atenção em relação a execução das atribuições do seu cargo;
	d) ( )	d) ( )	Não cumpre adequadamente suas atribuições necessitando de permanente orientação e controle.
6. GERAL De modo geral, como o funcionário pode ser classificado:	a) ( )	a) ( )	É uma excelente aquisição para a empresa;
	b) ( )	b) ( )	Possui ótimas perspectivas para o futuro;
	c) ( )	c) ( )	Tem algumas possibilidades;
	d) ( )	d) ( )	sem possibilidades futuras.

FOLHA DE TABULAÇÃO

45 DIAS				
FATORES	EXCELENTE	BOM	REGULAR	INSATISFATÓRIO
	A	B	C	D
1. Assiduidade				
2. Disciplina				
3. Iniciativa				
4. Produtividade				
5. Responsabilidade				
6. Geral				

CONCLUSÃO: ( ) DESLIGAR ( ) PRORROGAR.

Comentários do (a) Avaliador(a)	
Assinatura do(a) Avaliador(a):	**Data:**

Vitória / E.S. _____ de _____ de _____.

_____ **Subcoordenação**

_____ **Coordenação Assistencial**

FOLHA DE TABULAÇÃO

90 DIAS				
FATORES	EXCELENTE	BOM	REGULAR	INSATISFATÓRIO
	A	B	C	D
1. Assiduidade				
2. Disciplina				
3. Iniciativa				
4. Produtividade				
5. Responsabilidade				
6. Geral				

CONCLUSÃO: ( ) DESLIGAR ( ) EFETIVAR.

Comentários do (a) Avaliador(a)	
Assinatura do(a) Avaliador(a):	Data:

Vitória / E.S. _____ de _____ de _____.

Subcoordenação **Coordenação Assistencial**

d) Registros e Controles de Pessoal, com Modelo para escalas com simulado de férias.

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.

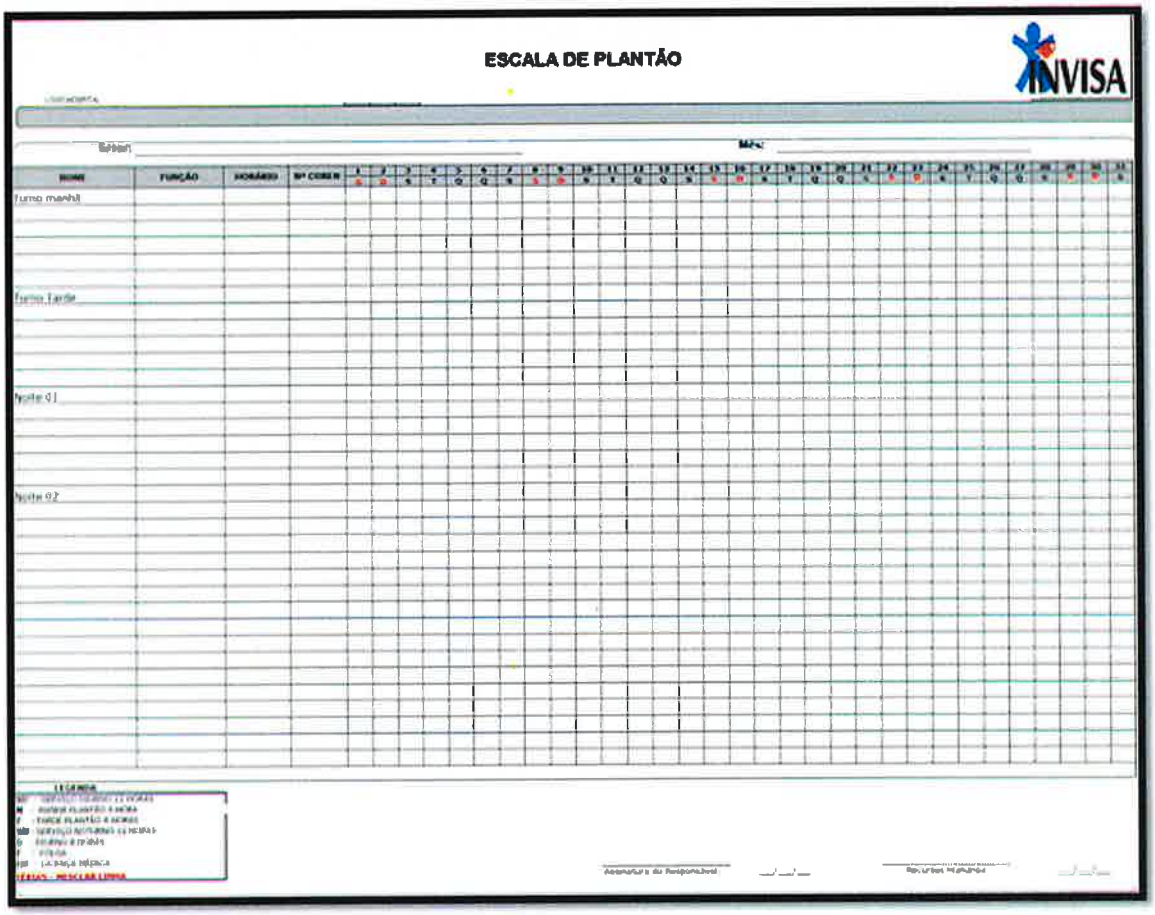
ESCALA DE TRABALHO

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

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 1° 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.

Modelo de Escala:



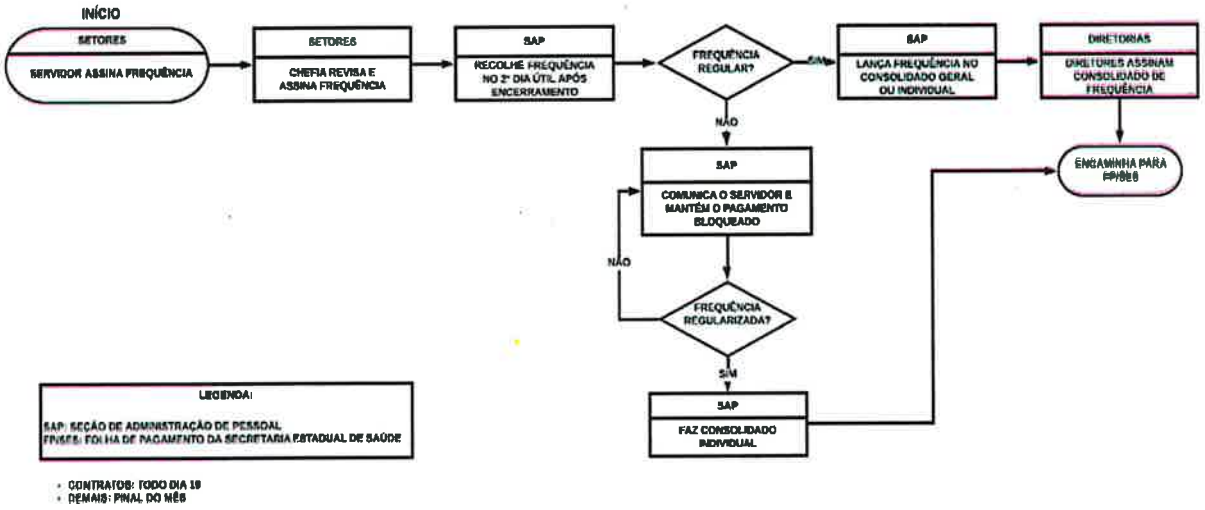
ESCALA DE PLANTÃO

INVISA

Setor: Mês:

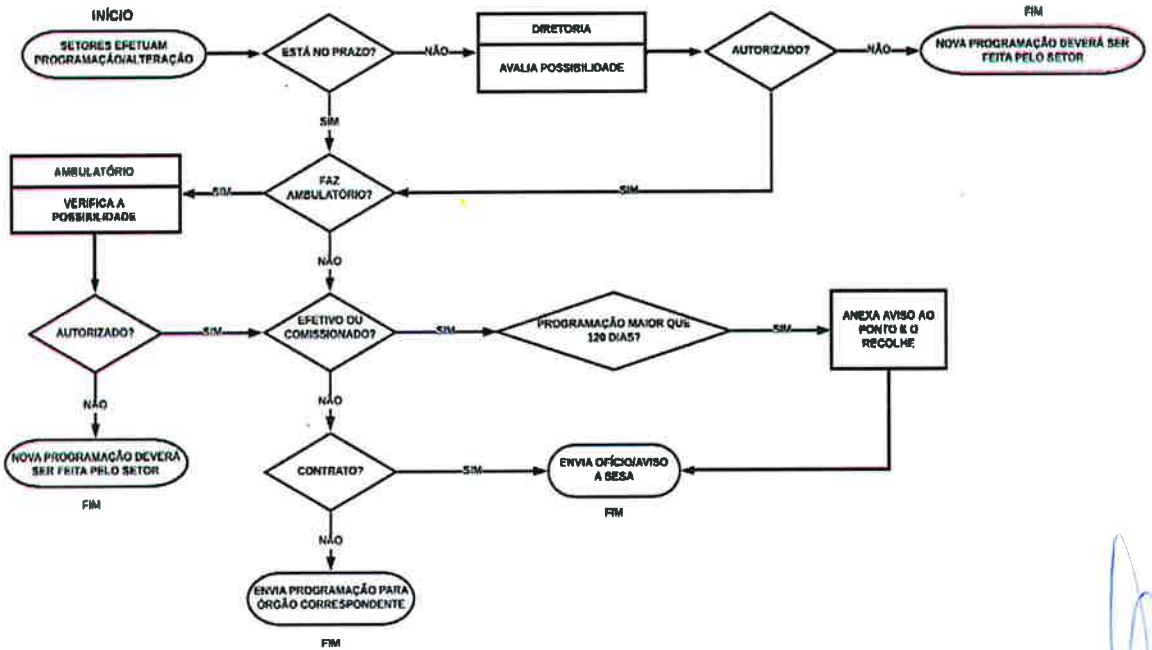
NOME	FUNÇÃO	HORÁRIO	Nº COREN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
				S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T
Turno manhã																																		
Turno Tarde																																		
Noite 01																																		
Noite 02																																		

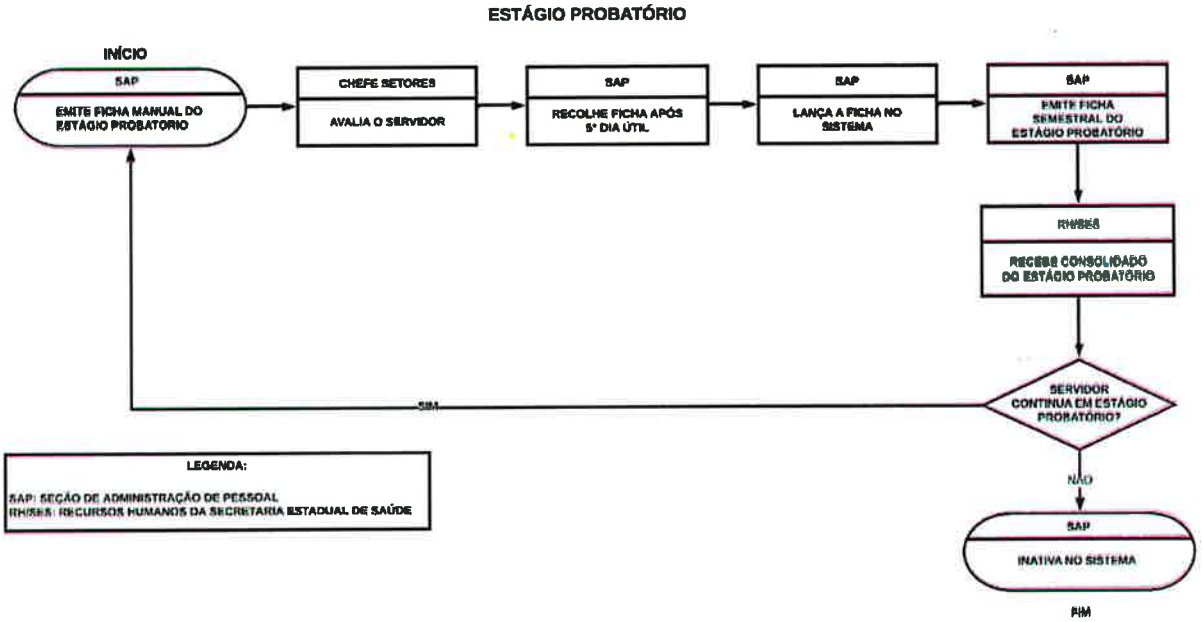
CONSOLIDADO DE FREQUÊNCIA



- CONTRATOS: TODO DIA 10
- DEMAIS: FINAL DO MÊS

FÉRIAS





f) Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção.

Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção.

O termo absenteísmo é usado para designar as ausências dos trabalhadores (ausências legítimas ou não justificadas) no processo de trabalho, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente. A problemática do absenteísmo tem gerado muitas discussões a respeito de suas razões objetivas e subjetivas e vários campos do conhecimento têm sido chamados a contribuir para o seu entendimento: a Psicologia, a Sociologia, a Ergonomia.

O absenteísmo tem exigido muito das organizações e de seus administradores, devido suas causas ser ligado a vários fatores, que vão desde as questões sociais, saúde, gestão de pessoas, entre outros problemas, tornando assim, este tema complexo. Seu efeito é negativo, onde: a ausência dos trabalhadores diminui a produção, reflete nos indicadores de qualidade de forma negativa e como consequência repercute diretamente na economia.

O alto nível de competitividade em empresas de ponta, demanda a necessidade do perfeito equilíbrio entre produtividade e capacidade de produção estimada. Para a efetividade das mesmas, faz-se necessário à prevenção de qualquer tipo de ocorrências que reduzam a possibilidade de vantagens competitivas. Para tanto, o nível de absenteísmo deve ser reduzido até quase à escala zero, bem como a eliminação das causas. Para compreender os modelos desenvolvidos atualmente na condução das pessoas nas diversas organizações precisa-se conhecer um pouco sobre a complexidade das organizações e os modelos adotados na administração das pessoas no processo produtivo.

Assim, a Gestão de Pessoas vem para auxiliar a coordenação dos esforços das pessoas que trabalham em uma organização e que tem como objetivo tornar real a missão organizacional bem como promover a realização pessoal. Desta forma, o RH do UPA adotará uma metodologia de gestão de pessoas cujo objetivo é trabalhar em parceria com cada colaborador, para que todos se sintam responsáveis e parceiros em busca do objetivo comum e principal da organização hospitalar que é prestar assistência à saúde com qualidade e segurança.

Orientações para Conduta

1. Analisar a situação: O absenteísmo excessivo não só prejudica o cumprimento das metas· de trabalho, causando grandes dificuldades operacionais, mas também põe em dúvida a habilidade de gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema. Assim, é imperativo que se controle as ausências não-justificadas. Muitas vezes, a diferença entre supervisores com problemas de absenteísmo e aqueles sem problema é apenas o tempo que eles dedicam à análise dos índices de comparecimento ao trabalho. Esses índices podem revelar situações 'graves e identificar os colaboradores que estão apresentando distorções do índice de absenteísmo.

2. Demonstrar preocupação: Demonstrar ao colaborador que se está ciente da situação e preocupado com o caso. Em geral, isso será· suficiente para corrigir a situação. Contudo, se as ausências persistirem mesmo depois de demonstrar a preocupação, deve-se passar para o estágio seguinte.

3. Explicar as consequências: Explicar ao colaborador faltoso todas as consequências de sua atitude e as dificuldades que sua ausência• causa ao setor seja relembrando os aspectos da política da unidade ou os ditames da legislação trabalhista. Ao apontar as· consequências de ausências excessivas, será levado em consideração o indivíduo. Bons colaboradores não se transformam em problemas da noite para o dia. Nesta etapa, será avaliado o relacionamento do colaborador com a chefia ou mesmo com colegas de trabalho.

4. Aplicar as normas da unidade: Por mais bem dirigida que seja a política' da unidade quanto ao absenteísmo, ela não terá nenhum valor, a menos que a aplique na ocasião oportuna. 5. Profissionais de Enfermagem: Para o Serviço de Enfermagem, as. faltas nos feriados e nos finais de semana, sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o colaborador estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho. As faltas nos dias úteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avalição do colaborador faltoso, passível de medidas disciplinares.

6. Outros Profissionais: A coordenação: responsável pelo colaborador deverá aplicar a medida disciplinar adequada.

Prevenindo o Absenteísmo

1. Treinamento do colaborador recém contratado: Será incluído na programação do treinamento introdutório a política da unidade: missão, visão, valores, regimentos, normas, protocolos. Nesta oportunidade serão abordadas as consequências do alto índice de absenteísmo para o Hospital e para a equipe de trabalho.

2. Treinamento mensal: Este tema deverá ser incluído periodicamente nos treinamentos mensais. Desenvolver uma política de reconhecimento e valorização: Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos colaboradores, com salários justos, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação. Em uma gestão moderna, como a que será implantada na unidade, o ser humano deve ser reconhecido e configurar como centro das atenções de uma gestão quer busca de resultados concretos. Ele é o grande desencadeador das mudanças da organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento nas pessoas, que são seus "valores humanos". Por esta razão que para combater elevados índices de absenteísmo, serão implementadas, na unidade, programas e benefícios que devem atender a dois campos de objetivos: os da Instituição e dos colaboradores.

3. Medicina Preventiva: Além de disponibilizar o atendimento médico inerente a saúde ocupacional, serão implementadas ações de medicina preventiva como campanhas de vacinação, campanhas de prevenção de doenças como hipertensão, enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, AIDS, diabetes, saúde bucal, entre outras.

4.Programa de Ginástica Laboral: Por meio de convênio com Universidades e Faculdades poderão ser realizadas duas vezes por semana aulas de 10 a 15 minutos de ginástica laboral, promovendo a integração entre os colaboradores e a diminuição do absenteísmo por dores lombares.
5. Relatórios Gerenciais: O setor de Recursos Humanos emitirá relatórios mensais de faltas indicando as ausências justificadas e não justificadas, para que sejam analisados pelos gestores dos diversos setores, objetivando o acompanhamento das faltas de cada colaborador e da sua área de atuação como um todo.

INSTITUTO VIDA E SAÚDE- INVISA
BRUNO SOARES RIPARDO
DIRETOR GERAL