



PROCESSO ADMINISTRATIVO nº 320543/2022

CHAMADA PÚBLICA nº 002/2022

**PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL PARA
ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E
EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE
DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL – PAM
BARRETO 24H EM ARUJÁ/SP.**

2022

1



DO OBJETO:

O presente Edital de **CHAMADA PÚBLICA**, tipo **TÉCNICA E PREÇO**, tem como objeto a **CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL – PAM BARRETO 24H EM ARUJÁ/SP NO PROCESSO DE SELEÇÃO Nº 002/ 2022 – PROCESSO 320543/2022.**



1. TÍTULO

Proposta Técnica De Modelo Gerencial Para Administração, Operacionalização E Execução Dos Serviços De Saúde Na Unidade De Pronto Atendimento Municipal – PAM BARRETO 24h Em Arujá/SP. No Processo De Seleção Nº 002/2022 – Processo 320543/2022.

1.1. APRESENTAÇÃO A MESA JULGADORA

Realizadas todas as análises técnicas em relação as inúmeras e importantes informações sobre o perfil socioeconômico e epidemiológico disponibilizados tanto em edital, podemos dizer que a proposta técnica apresentada pela IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE representa um importante instrumento de planejamento e execução que auxiliará de maneira equilibrada o município de Arujá/SP por meio de uma parceria com a SMS local, identificando os problemas na Unidade de Pronto Atendimento Municipal – PAM BARRETO – 24H, desta cidade na prática, diagnosticando as reais demandas por novas ações na busca de melhorias nas qualidades ou incrementos dos serviços atuais em execução, estudando as alternativas de solução, bem como estabelecendo e equacionando cada um dos objetivos específicos, as metas traçadas e investimentos necessários, com vistas a universalizar de forma totalmente gratuita o acesso da população aos serviços de atendimento à saúde pública, conseguiremos atingir um alto nível de padrão com humanização e Gestão comprometida com a população.

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, baseia-se nas necessidades do município, por meio da SMS, de contar com um rede assistencial melhor estruturada, elaborando ações a serem desenvolvidas nas unidades pactuadas com a participação ativa da população local, criando condições e baseando-se em estudos técnicos consistentes nos bairros e comunidades, de forma a propiciar maior eficiência e eficácia no atendimento à população, que vem numa curva constante de elevação do percentual com adesão a saúde suplementar e em equilíbrio com a garantia de atendimento a esta demanda em expansão.

De uma maneira geral, entendemos que o acesso dos usuários aos serviços do SUS deve ser feito, preferencialmente, a partir das unidades de atenção básica - Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família, com

intuito de ser efetuada a referência para outros níveis, conforme a necessidade de recursos humanos e tecnológicos a serem aplicados para o diagnóstico e resolução da afecção apresentada.

Queremos nessa página introdutória, cumprimentar a equipe de Análise de Projeto, e assim: Reafirmar alguns princípios do modelo de gestão de nosso projeto para a PROPOSTA TÉCNICA DE MODELO GERENCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL – PAM BARRETO 24H EM ARUJÁ/SP, em consonância com a análise do perfil epidemiológico do Município e estruturação da rede de serviços SUS;

Orientar a leitura e análise em relação à estruturação metodológica do Plano de Trabalho de Acordo com o roteiro proposto no Edital, e parâmetros para julgamento da Proposta de Trabalho, com essa metodologia buscamos deixar a estrutura de fácil avaliação. Sendo assim quanto ao Modelo de Gestão, as ações estabelecidas de acordo com objeto do proponente, são estruturadas nas diretrizes da PNH, RUE e PNAB.

Destacamos aqui os objetivos do IBRAGAS para aproximar e legitimar a gestão do SUS a qual é designado para gerir através da transferência de recursos.

- Padronização de Processos - Qualidade
- Segurança do Paciente
- Gerenciamento de Riscos
- Gestão de Pessoas
- Articulação com a Rede – Matriciamento
- Controle de Resultado – Avaliação
- Educação Permanente
- Gestão da Informação e Comunicação
- Funcionamento de Comissões Técnicas



Instituto Brasileiro de Gestão
e Assistência à Saúde

IBRAGAS

Para facilitar o trabalho da COMISSÃO JULGADORA, procuramos estruturar esse trabalho de acordo com a estrutura exigida no Edital, através do seu Plano de Trabalho.

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL – PAM BARRETO 24H EM ARUJÁ/SP

2.1 APRESENTAÇÃO DA PROPONENTE

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE é uma associação civil sem fins lucrativos, de natureza filantrópica com autonomia administrativa e financeira regida por um estatuto social e pela legislação aplicável.

Sediado na cidade de Santo André – SP, o Instituto de Saúde, Habitação e Educação – ISHE passa a denominar-se Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde – IBRAGAS, assumindo novos desafios voltados à execução de serviços no sistema de saúde, focado no tratamento, prevenção de doenças e na promoção da saúde primária, secundária e/ou terciária, sem perder a essência de seus pilares e do modelo de compartilhamento de gestão.

A diretiva fundamental da associação é sua inserção no sistema de saúde direcionada a prevenção e tratamento de doenças, e a promoção da saúde primária, secundária e terciária, estreitando laços com a comunidade local com o comprometimento social de atender a todos, sem discriminação.

Dirigida por um conselho eleito pela assembleia de associados, tem como pilares de gestão os rígidos princípios da governança corporativa, uma equipe de multiprofissionais qualificada de alto desempenho e a aplicação das mais avançadas ferramentas em tecnologias maximizando a sustentabilidade econômica, social e ambiental.

PERFIL

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE atua nos âmbitos federal, estadual e municipal, em harmonia com suas políticas de saúde e de educação por meio de convênios e contratos de gestão promovendo a saúde com equipes gestoras e executoras através da assistência pré-hospitalar e hospitalar, da assistência ambulatorial especializada, da assistência social em saúde, no desenvolvimento, treinamento e capacitação dos recursos humanos envolvidos, bem como a aplicação da tecnologia fundamentando a estratégia de planejamento para as necessidades iminentes e futuras.

Através do processo de compartilhamento de gestão, realizamos a operacionalização e execução dos serviços de saúde voltados a atenção básica e hospitalar, tais como:

- Gerenciamento de Medicamentos
- Gestão em unidades de pronto atendimento (UPA 24h)
- Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Modernização e eficiência dos serviços prestados à população nas áreas da saúde
- Treinamentos de colaboradores da área médica
- Gestão de Compras
- Gestão de Recursos Humanos
- Gestão de programas de prevenção e atendimento integral à saúde
- Ações de Promoção à Saúde

2.1.1 METODOLOGIA DE GESTÃO

A formulação de uma metodologia de gestão para serviços em saúde, para ser eficiente, precisa de escolhas estratégicas bem fundamentadas, a partir de um



entendimento adequado do potencial de oportunidades e de riscos, além da complexidade ambiental e estrutural inerente à instituição.

A sustentabilidade dos serviços de saúde requer o exercício da gestão estratégica, a fim de possibilitar à direção desses serviços definirem os caminhos a serem seguidos pela instituição, avaliando o que deve e o que não deve ser feito, diante da complexidade ambiental.



2.1.2 DIRETRIZES

- Missão

Proporcionar a população serviços e soluções de excelência

- Visão

Ser referência regional pela liderança e serviços em saúde

- Valores

Transparência

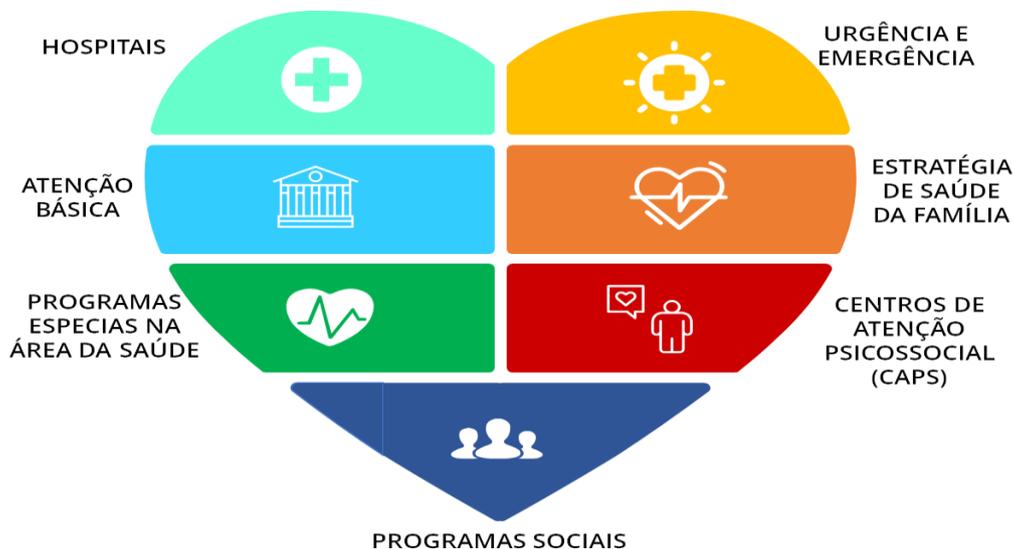
Humanização

Foco nos Resultados

Valorização dos Recursos Humanos

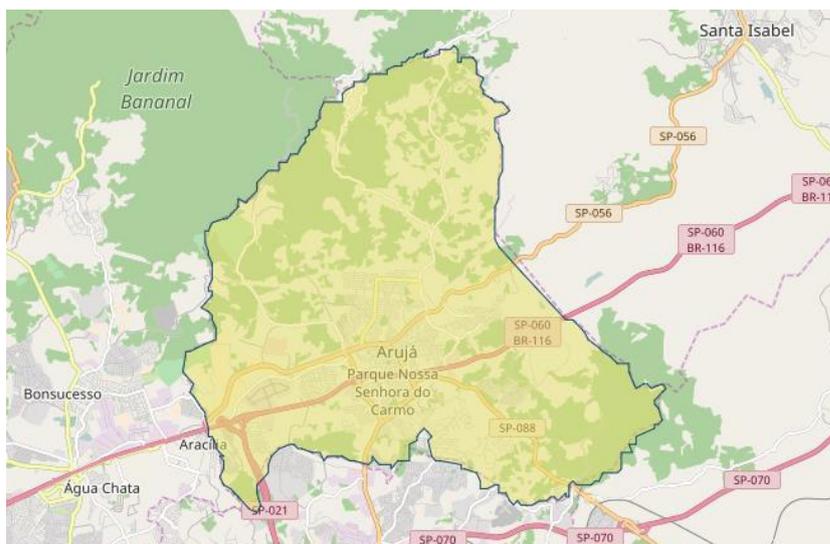
2.1.3 POLÍTICAS DE GESTÃO

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE busca soluções em serviços de saúde, contribuindo de forma efetiva através da gestão integrada na saúde objetivando a equidade, universalidade e oportunidades de acesso necessárias ao desenvolvimento humano e social.



2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL SOBRE O MUNICÍPIO DE ARUJÁ

2.2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



Arujá é uma antiga povoação situada a nordeste da capital paulista, entre as serras da Cantareira e do Mar, às margens do ribeirão Baquirivu-Guaçu, com acesso principal pela Rodovia Presidente Dutra. É um município da microrregião de Guarulhos, na Região Metropolitana de São Paulo e Região do Alto Tietê, no estado de São Paulo, no Brasil. Pertence a Zona Leste da Região Metropolitana de São Paulo em conformidade com a lei estadual nº 1.139, de 16 de junho de 2011 e, conseqüentemente com o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana de São Paulo.

Em 1852, Arujá passou a distrito do município de Mogi das Cruzes e transferido para o município de Santa Isabel em 1944.

De origem tupi, Arujá significa "abundantes de peixinhos barrigudinhos ou guarus", de acordo com a obra O Tupi-Geografia Nacional, de Theodoro Sampaio.

O município surgiu com um simples traçado de uma estrada vicinal, que saía da Praça da Sé, passava pelo Brás, Penha, Guarulhos, Bonsucesso, Arujá até chegar ao Rio de Janeiro.

O caminho era usado por tropeiros que se dispersavam pela floresta à fora, sentido Vale do Paraíba - Rio de Janeiro. Conhecidos como "fisqueiros", esses homens eram os responsáveis pelo contato com os índios, além de extraírem ouro do Rio Jaguari, levando-o para Bonsucesso e de lá para Guarulhos.

A descoberta do ouro foi o primeiro passo para o seu desenvolvimento. Em seguida veio também a extração de produtos vegetais como a madeira, em escala mais acentuada, que servia de fonte de energia industrial e doméstica para a cidade de São Paulo, em sua fase de urbanização.

A vila de Arujá teve origem com a capela do Senhor Bom Jesus, seu Padroeiro, construção iniciada em 1781 por José de Carvalho Pinto e concluída por seu irmão, o capitão João de Carvalho Pinto. Em 1852, Arujá passou a distrito do município de Mogi das Cruzes e transferido para o município de Santa Isabel em 1944.

A extração desordenada de produtos vegetais também trouxe problemas, contribuiu com a primeira devastação vegetal na região. Conforme investigação, em vários pontos da mancha vegetal, existiam sulcos retangulares caracterizando grandes covas, conhecidas como "carvoeiras". A queima de madeira em grande quantidade, coberta com capim e terra, com um respiro numa das extremidades, acontecia durante 3 dias ou mais, transformando a madeira em carvão vegetal.

Assim, no período do século XIX ao XX, a flora e a fauna foram devastadas quase que totalmente. Enquanto isso, os próprios canteiros de assentamento das "carvoeiras" transformaram-se em moradias, inserindo grandes manchas de plantações de subsistência.

Em consequência disso, deu-se a origem de maiores fazendas: cafezeiras, açucareiras, etc., contribuindo para o aparecimento das primeiras manchas urbanas, caracterizando um núcleo de comunidade que se concentrava na antiga estrada vicinal denominada Arujá-Bonsucesso, também conhecida como estrada

São Paulo-Rio.

Naquele período de povoamento no trecho compreendido ao lado da Igreja Senhor Bom Jesus de Arujá, logo suas margens foram edificadas, permanecendo assim até a década de 50 do século XX, quando Arujá foi elevada à categoria de município, por Lei Estadual nº 5285, de 18 de fevereiro de 1959. Sua instalação verificou-se no dia 1º de janeiro de 1960. Ainda na década de 50, surgiram os primeiros loteamentos na área central, que deram origem aos primeiros condomínios.

Em 1974 a Prefeitura de Arujá informatiza-se. A expansão prosseguiu na década de 80. Outros empreendimentos envolveram a orla central da cidade tendendo para a direção norte e leste, sendo que esses loteamentos pertenciam à classe mais popular. Este avanço limitou-se no divisor de mananciais e nas superfícies íngremes, limitada esta orla por uma barreira física.

À partir dos anos 90, além do Centro Industrial, da arborização, dos clubes de lazer e esportes e de dois Golf Clubes, a cidade toma novo impulso com a implantação de novos condomínios horizontais, aumentando a qualidade de vida. Desde 19 de abril de 1985, Arujá adotou o codinome "Cidade Natureza".

Fonte: Prefeitura de Arujá.

INFORMAÇÕES GERAIS DO MUNICÍPIO

Arujá é um município da microrregião de Guarulhos, na Região Metropolitana de São Paulo e Região do Alto Tietê, no Estado de São Paulo, no Brasil. Pertence a Zona Leste da Região Metropolitana de São Paulo em conformidade com a lei estadual nº 1.139, de 16 de junho de 2011 e, conseqüentemente com o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana de São Paulo.

Arujá é o município mais rico da Região do Alto Tietê de acordo com a Fundação Seade e o Instituto do Legislativo Paulista da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. O município integra o grupo dois na pesquisa que integra todos os 645 municípios do Estado de São Paulo, neste grupo está incluído os municípios mais ricos e também inclui na Região do Alto Tietê os municípios de

Mogi das Cruzes e Suzano. A lista é elaborada com base nos indicadores sociais de cada município.

- **Aspectos Demográficos**

Geografia

Arujá possui 58,7 km² de área urbana, 39 km² de área rural e 52% de seu território é considerado área de proteção de mananciais da Região Metropolitana de São Paulo. Possuindo aproximadamente 75 000 habitantes que dão continuidade ao seu desenvolvimento iniciado em 1781, com a construção da capela dedicada ao Senhor Bom Jesus de Arujá por José de Carvalho Pinto.

Seu ponto mais alto fica no bairro do Mirante, mais precisamente no campo de futebol do bairro, onde jaz sobre uma altitude de 900 metros acima do nível do mar. O ponto mais baixo fica na Rodovia Pedro Eroles, a Rodovia Mogi-Dutra, a SP-088, na altura do quilômetro 37.5, número 5.353, no logradouro onde está a fábrica BoxColor, onde o relevo jaz a 690 metros acima do nível do mar. Seu centro fica a uma altitude média de 790 metros de altitude. Localiza-se numa altitude média de 755 metros.

Arujá é o local mais elevado da Rodovia Presidente Dutra, local este, onde a rodovia alcança cerca de 830 metros de altitude, sendo o ponto mais baixo desta rodovia em São João de Meriti no Rio de Janeiro, a apenas 5 metros acima do nível do mar.

Clima

O clima é tropical de altitude, tipo Cwa. Pois a pluviosidade não é constante e existe estação seca no inverno, e estação úmida e relativamente quente no verão. Apesar de estar muito próximo ao trópico de capricórnio, o clima ainda se comporta como tropical de altitude, sofrendo a ação das massas atlânticas e

polares e de sua própria altitude. A temperatura anual gira em torno dos 18C^o, sendo julho o mês mais frio (média de 14 °C) e fevereiro, o mais quente (média de 22 °C). O índice pluviométrico anual fica em torno de 1400 mm.

Arujá é um município que apresenta uma preservação ambiental bastante visível, sendo considerada um dos "pulmões" de área verde no estado e na Região Metropolitana de São Paulo. E possui um sistema de coleta seletiva de lixo desenvolvido, considerado o melhor da Região do Alto Tietê. O que faz o município ter a alcunha de "Cidade Natureza".

- **Aspectos Socioeconômicos**

Muitos indicadores podem auxiliar no diagnóstico financeiro de um país, estado, região e município. Para esta análise iremos considerar o PIB (Produto Interno Bruto) e a renda per capita.

- **PIB de Arujá**

O PIB representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, em um período determinado. É um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia, com o objetivo principal de mensurar a atividade econômica de uma região.

Na contagem do PIB, consideram-se apenas bens e serviços finais, excluindo da conta todos os bens de consumo intermediários.

Renda per capita é o resultado do seguinte cálculo: renda de todos os habitantes de determinado lugar dividida pelo total de habitantes.

Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é um indicador que permite a comparação entre diversas localidades (países, estados, cidades). Tem como

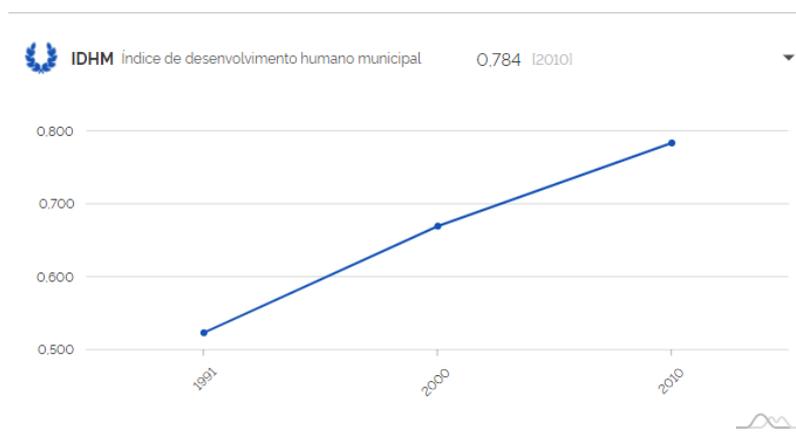


objetivo medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população.

Arujá (SP) tem o melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Alto Tietê. A cidade tem índice de 0,784. A informação foi divulgada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) intitulado "Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013".



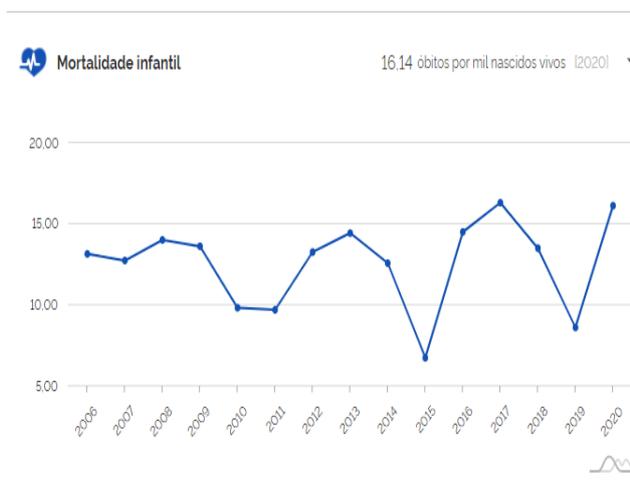
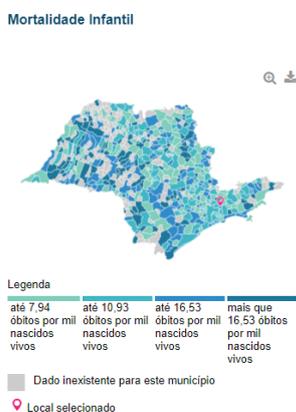
O relatório anual de IDH é elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), órgão da ONU.





SAÚDE – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 16,14 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 119 de 645 e 465 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1472 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente.



2.3 ASPECTOS GERAIS DA ESTRUTURA DA REDE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, é almejada a adoção de um modelo de gestão que atenda às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde, aprimorando e avaliando os processos dos serviços, minimizando a demanda reprimida e melhorando a qualidade de serviços ofertados.

O Município de Arujá, através de sua Secretaria de Saúde, vem através da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H, assegurar o alcance dos seguintes objetivos:

- Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento a população;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- Evitar o êxodo do usuário para os grandes hospitais em busca de serviços da assistência à saúde de melhor qualidade e garantir a assistência mais rápida, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento dos usuários.
- O modelo gerencial proposto deverá obedecer aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde.

O SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde e a atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros.

A constituição federal de 1988 e posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, nº8080, de 19 de setembro de 1990, entendem que a saúde não se limita apenas a ausência de doença, e que o conceito de saúde decorre da implantação de outras políticas públicas, que promovam a redução de desigualdades regionais promovendo desenvolvimentos econômico e social.

Desta maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, devem atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações, como serviços de saúde. Ela engloba a atenção primária, média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações de serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica.

Para que o sistema de saúde tenha êxito na sua estruturação, torna-se necessário a implantação das redes Atenção à Saúde (RASs) par organizar o sistema de saúde de maneira integrada permitindo responder com efetividade,

eficiência, segurança, qualidade e equidade as demandas de saúde da população.

A Atenção Primária (AP) constitui o primeiro nível de atenção e principal porta de entrada no sistema de saúde atuando de forma longitudinal (ao longo do curso de vida) sendo que a maioria das necessidades em saúde da população devem ser abordadas e resolvidas neste nível.

No contexto de um sistema de saúde baseado na Atenção Primária, como é o caso do município de Arujá/SP, está se torna o principal ponto de contato entre as pessoas e os serviços de saúde.

Seguindo os sistemas de redes, em segundo nível, a rede de atenção abrange a média complexidade que é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados.

Este contexto de redes envolve também a alta tecnologia e o alto custo, objetivando proporcionar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) com objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências. A PNAU foi reformulada em 2011 com a instituição da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde. As unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas são componentes da rede, que devem ser implementadas gradativamente em todo território nacional com base em critérios epidemiológicos e densidade populacional.

São definidas como unidades de Pronto Atendimento (UPA) o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/

Saúde da Família e a Rede Hospitalar associada a rede organizada de atenção às urgências.

As UPAs foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido eles podem ser solucionados no local, estabilizados e/ ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às UBS. De acordo com as suas atribuições, as UPAs devem funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população e de sua área de abrangência no que se refere ao escopo do serviço que oferece.

Considerando a necessidade de garantir o atendimento de urgência justifica-se a abertura do chamamento para UPA 24 Horas Alto da Ponte visando o melhor atendimento e qualificando a cobertura e oferta de serviços de urgência e emergência.

2.3.1 INFORMAÇÕES CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO 24H

Dados do estabelecimento CNES - cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

17/5/2022
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Identificação
CADASTRADO NO CNES EM: 10/10/2010 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 1/5/2022

Nome:	CNES:	CNPJ:
PAM POSTO DE ATENDIMENTO MEDICO BARRETO COVID 19	6628842	



Nome Empresarial:		CPF:	Personalidade:	
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJA		--	JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		
RUA ROGERIO DE ANDRADE SANTOS		200		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
TERREO	PIRITUBA	07417195	ARUJA	SP
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Gestão:	Dependência:	
HOSPITAL GERAL		MUNICIPAL	MANTIDA	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	26
Outros	138

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	0

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	

Leitos		
COMPLEMENTAR		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	10	0



Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X ATE 100 MA	1	1	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
AR CONDICIONADO	8	8	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BOMBA DE INFUSAO	25	25	SIM
DEFIBRILADOR	2	2	SIM
MONITOR DE ECG	11	11	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	6	6	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	14	14	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	14	14	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	2	2	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS

RESIDUOS QUIMICOS

RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	3

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

Cod.:	Serviço:	Característica:	Ambulatorial:		Hospitalar:	
			Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO



145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO E TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo: Serviço: Classificação: Terceiro: CNES:

170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	<u>NAO INFORMADO</u>
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	<u>9783504</u>
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	<u>9783504</u>
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	<u>9783504</u>
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	<u>9783504</u>
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	<u>9783504</u>
145 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL	SIM	<u>9783504</u>
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	<u>9783504</u>
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	<u>9783504</u>
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIAS	SIM	<u>9783504</u>
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	<u>9783504</u>
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	<u>9783504</u>
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	<u>9783504</u>
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	<u>9783504</u>



121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	<u>6451098</u>
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	SIM	<u>7734050</u>
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	AMBOS	<u>6451098</u>
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	<u>NAO INFORMADO</u>
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	<u>NAO INFORMADO</u>
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	<u>NAO INFORMADO</u>
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	NÃO	<u>NAO INFORMADO</u>

Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=3503906628842

A Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO 24H, tem uma estrutura de complexidade Porte I entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, onde em conjunto com essas compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências (Portaria MS/ GM nº1601 de 07/07/11).

Essa unidade integra o Sistema Municipal de Urgências e Emergências e sua respectiva rede assistencial. Deve estar apta a prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, inclusive queimados, estabilizando os pacientes e realizando investigação diagnóstica inicial, com atendimento 24 horas até a obtenção de leito hospitalar, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos-socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência.

A UPA referenciará pacientes após estabilização das condições clínicas, para internação em unidades hospitalares, através do contato com o médico chefe de equipe e/ou plantão administrativo e/ou Central de Regulação de Leitos do Município (DHE).



QUADRO 1

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0

QUADRO 2

AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	3

■ **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**- Ininterrupto, 24 hs por dia, 365 dias por ano.

■ **ENDEREÇO**: Rua Rogério de Andrade, nº 200, CEP: 07417-195, Arujá / SP

3. PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO

3.1 PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO, GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO EM ARUJÁ/SP

3.1.1 REDE DE ATENDIMENTO SUS

O Sistema Único de Saúde desenvolve ações e serviços de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal. O SUS é fruto das experiências e discussões travadas ao longo das últimas décadas, visando alterações no quadro de saúde da população brasileira, utilizando novos modelos de atenção à saúde, tendo como princípios constitucionais a universalidade do acesso, a integralidade das ações, a equidade e participação da comunidade.

O Ministério da Saúde na tentativa de operacionalizar um modelo técnico assistencial pautado nesses princípios propõe, em 2002, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de atendimento no País. Desde a publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivo foi de integrar a atenção às urgências. Atualmente a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e a Estratégia de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica à incumbência do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), e das Unidades de Pronto Atendimento, enquanto o atendimento de média e alta complexidade é realizado nos hospitais.

A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Dessa forma foram definidos sistemas de informação, de pagamento, e de controle, avaliação e regulação.

As ações e procedimentos considerados de média complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Sendo o pronto atendimento com livre demanda em atendimentos que contemplam desde a consulta simples, passando pelas que necessitam de outros recursos de diagnose e terapêutica, incluindo o atendimento hospitalar com internação em caso de resolução clínica e em se tratando de obstetrícia, se resolução cirúrgica também.

Na visão do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, consideramos que os gestores públicos têm se defrontado no seu cotidiano com o dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolutividade por meio da conformação de redes de atenção à saúde, de forma integral, dentro do quadro de insuficiência financeira.

Por isso, temos como meta nesta proposta demonstrar todos os conjuntos de elementos e as ações e responsabilidades envolvidas no sentido de colaborar e apoiar a gestão pública no exercício de sua macro função dentro do sistema de saúde.

Diante deste contexto de atenção integral a assistência à saúde, o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, compactua com o Atendimento em Rede, que visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado aos usuários nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, assegurando uma assistência universal e gratuita no Sistema Único de Saúde – SUS.

A rede de atendimento SUS é definida pelo Ministério da Saúde e é constituída em níveis de atenção.

- **Nível Primário**

De acordo com a literatura do SUS, as principais características da atenção primária à saúde (APS) são:

- Constituir a porta de entrada do serviço e o primeiro contato da medicina com o paciente.
- Ser a interligação com outros pontos da Rede e, resolutive em 85% a 90% das necessidades do usuário.

Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade.

Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

Coordenação do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.

- **Nível secundário**

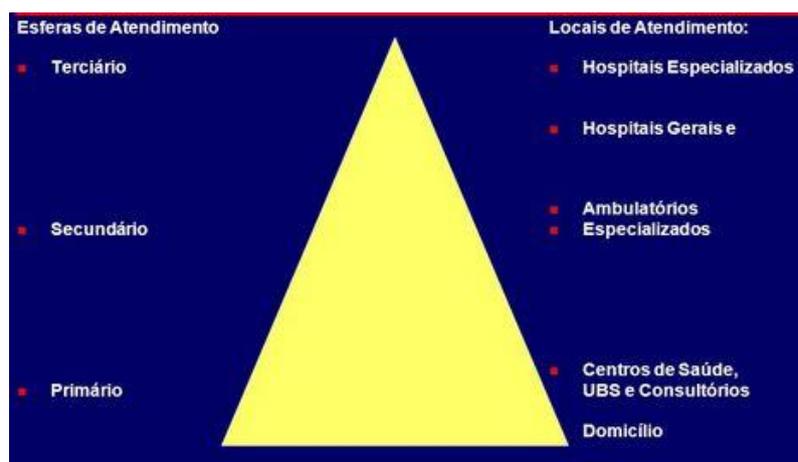
É prestada por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatórios e hospitais, garantindo o acesso à população sob sua gestão.

Está baseada na organização do Sistema Microrregional dos Serviços de Saúde, de acordo com a definição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que tem como objetivo definir as diretrizes para organização regionalizada da Atenção Secundária.

A organização da Atenção Secundária se dá por meio de cada uma das microrregiões do Estado, onde há hospitais de nível secundário que prestam assistência nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), além dos serviços de urgência e emergência, ambulatório eletivo para referências e assistência a pacientes internados, treinamento, avaliação e acompanhamento da Equipe de Saúde da Família (ESF).

- **Nível Terciário**

A atenção da saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. A Atenção Terciária é organizada em polos macrorregionais, através do sistema de referência.



- **RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

A atenção primária é entendida com o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade, ou seja, um rol de procedimentos menos complexos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

Por outro lado, a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, do Ministério da Saúde – MS, define média e alta complexidade como sendo uma composição de ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disposição de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

O material de apoio segundo o SUS de A a Z, elaborado pelo MS, traz uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI:

- Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- Procedimentos traumato ortopédicos;
- Ações especializadas em odontologia;
- Patologia clínica;
- Anatomopatologia e cito patologia;
- Radiodiagnóstico;
- Exames ultrassonográficos;
- Diagnósticos;

- Fisioterapia;
- Terapias especializadas;
- Próteses e órteses;
- Anestesia.

Por fim, a alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Dentre as principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, podemos citar algumas:

- Assistência ao paciente portador de doença renal crônica, por meio dos procedimentos de diálise;
- Assistência ao paciente oncológico;
- Cirurgia cardiovascular;
- Cirurgia cardiovascular pediátrica;
- Procedimentos de cardiologia intervencionista;
- Procedimentos endovasculares extra cardíacos;
- Assistência em traumatologia ortopedia;
- Procedimentos de neurocirurgia; Implantes;
- Reabilitações;
- Terapia nutricional;
- Cirurgia bariátrica,
- entre outras;

Todos os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS. Conforme literatura do SUS, a unidade de média complexidade tem uma missão específica e deve garantir o retorno do usuário à unidade de atenção básica, a fim de possibilitar a continuidade do cuidado.

Essas unidades são as Policlínicas, os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Reabilitação, os Centros Especializados de Odontologia, o Centro de Doenças Infecciosas, enfim, as unidades nas quais são desenvolvidos cuidados especializados de saúde.

Contudo, é necessário ainda um entendimento quanto ao nível secundário da Urgência e Emergência e sua relação com a Média e Alta Complexidade Hospitalar.

- **SERVIÇOS TERCIÁRIOS /REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Um dos princípios do SUS é a regionalização e hierarquização. Os serviços são organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, disposto em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, garantindo o acesso dos cidadãos a todas as ações necessárias à resolução de seus problemas de saúde e assegurando a otimização dos recursos disponíveis.

De acordo com a lógica da regionalização, os municípios são agrupados em micro e macrorregiões de saúde.

A proposta de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde não é peculiar ao caso brasileiro. Essa é uma estratégia utilizada por todos os países que implantaram sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia.

A regionalização e a hierarquização também são diretrizes antigas para o Brasil, estando presentes em várias experiências de reordenamento do sistema de saúde, mesmo antes da criação do SUS. No entanto, é somente no bojo do movimento sanitário, que desembocou na Constituição Federal de 1988, que essas diretrizes assumem papel estratégico na política nacional, tendo como objetivo garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde de forma integral e equânime.

A construção de redes de atenção à saúde representa um desafio de enorme complexidade. Envolve uma série de questões, que vão desde o “desenho” das próprias redes – incluindo a definição dos vários equipamentos sociais e serviços de saúde que a compõem, suas diferentes funções, finalidades e modos de organização e funcionamento, as formas de articulação e coordenação das ações desenvolvidas, entre outros – até os mecanismos de estruturação e gestão do cuidado à saúde.



Fonte: Concepções de Regionalização na Saúde. (CONTEL, 2015. p. 447. Adaptado).

É possível pensar novas práticas no setor terciário a partir de um arcabouço teórico-metodológico que não seja curativista/biologista, bastando reconhecer os usuários do sistema de saúde como sujeitos e humanizar as relações a partir das ações de:

A) **Acolhimento**: compreendendo a recepção do usuário desde a sua chegada, responsabilizando o profissional integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias. Ao mesmo tempo, devendo colocar os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para continuidade da assistência. A proposta é que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada (comprometido com a defesa da vida individual e coletiva), tendo em vista atender as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, afim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe

de acolhimento), que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

b) **Humanização:** através da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento e a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais.

São princípios básicos da Política de Humanização: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça e orientação sexual; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos implicados na rede do SUS; o fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

c) **Responsabilização e Vínculo:** com a construção de equipes que sejam responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes, elaborando plano terapêutico personalizado; a não fragmentando ações; o retorno do paciente para a mesma equipe; o olhar o cidadão doente como sujeito de seu processo de recuperação e cura, agilizando e qualificando a assistência, dando segurança aos usuários; e o envolvimento da família no processo de recuperação/cura. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde.

Entretanto, sabe-se que as implantações de práticas inovadoras não tomam seu lugar sem a correlação de forças dos sujeitos envolvidos, sem o embate e o estranhamento que o novo traz à rotina de um trabalho muitas vezes já alienado e viciado. Mas para ganhar status de qualidade e eficácia a assistência prestada nos serviços de saúde, em especial no hospital, deve se desvencilhar das

amarras de um modelo tradicional que já não comporta as atuais necessidades humanas para investir em práticas que contemplem o conceito ampliado de saúde apregoado pela Reforma Sanitária e consolidado na Constituição de 1988 e nas leis que regulamentam a Política de Saúde no Brasil – 8080/90 e 8142/90.

4.0 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O IBRAGAS, se responsabilizará com a Gestão e a Operacionalização integralmente de todas as atividades, tais como: as de Recursos Humanos, Logística, Equipamentos, Mobiliários, Controle dos Materiais e Medicamentos, SAU, Atualizações no CNES e Prontuários dos Pacientes, Controle do Faturamento, Administração Geral sobre os Prestadores de Serviços Terceirizados, Implantação e Manutenção dos Protocolos, dos Serviços de Manutenções Prediais e de Equipamentos, Conservação e Limpeza das Unidades, Compromisso com a Qualidade e Equidade, Software de Gestão Hospitalar, Gerenciamento das Metas e Indicadores Assistenciais e Orçamentários, Prestações de Contas Mensais, entre outras atividades dentro da Administração Hospitalar, bem como responsabilidade geral pela qualidade nos fluxos e processos internos.

Com isso, buscaremos incessantemente resultados com transparência e muita qualidade em prol da população de Arujá/SP.

- Agilidade no Tempo de Atendimento, de acordo com as prerrogativas do programa;
- Humanização e acolhimento no atendimento;
- Assistência e Atendimento digno e de qualidade;
- Rotinas e fluxos de Funcionamentos;
- Registros dos Pacientes em conformidade;
- Sistemas de Informação atualizados e práticos;

-
- Sistema de Acompanhamento e Avaliação / Comunicação interna;
 - Forma de Apresentação da Produção;
 - Pleno Gerenciamento dos Indicadores e Metas Assistenciais e Administrativos;
 - Constante valorização dos seus colaboradores;
 - Gestão dos riscos internos, aos pacientes e colaboradores;
 - Gestão focada na avaliação constante em compartilhamento com a SMS e Prefeitura de Arujá/SP;

A Unidades estarão articuladas com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, Unidades de Pronto Atendimento, SAMU 192, Unidades Hospitalares, Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e outros Serviços de atenção à saúde do sistema loco regional, seguindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências;

O acolhimento de pacientes e familiares se dará sempre aos que buscarem atendimento; haverá um sistema de acolhimento, em sala própria, realizado por enfermeiros, baseado em classificação de riscos do Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, considerando as necessidades de atendimento imediato, agravos à saúde e/ou grau de sofrimento, garantindo a ordem de atendimento ordenado, segundo o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

Serão adotados protocolos de atendimento clínico (sociedades de especialidades, AMB etc.), de triagem e de procedimentos administrativos em consenso com a Secretaria Municipal de Saúde para que haja uniformidade de condutas;

O atendimento será realizado por equipes multidisciplinares e interdisciplinares nas 24h e deverá ser resolutivo e qualificado para atender aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de baixa, média e alta complexidade de naturezas diversas, e prestar primeiro atendimento aos casos

de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando as investigações diagnósticas iniciais, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

As Unidades terão um Plano Anual de Educação Continuada para manter as equipes atualizadas e capacitadas para as atividades que exercem;

As Unidades terão consultas médicas em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade; atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade; prestarão apoio diagnóstico (realização de Raios-x, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia;

Manterão pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e / ou estabilização clínica e encaminharão para internação, por meio do Complexo Regulador, em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, além de prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede loco regional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário.

A Unidade fornecerá retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica; Sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade, será encaminhado para a Unidade indicada pela Central de regulação capacitada para atender este paciente;

A Unidade manterá a população da região informada sobre horários de funcionamento, resultados de pesquisas de satisfação, serviços disponibilizados, programas e canais de contato, notícias;

Será implantado um sistema de informações integradas através de softwares que apoiarão o programa de registro do acolhimento e classificação de riscos das unidades, das internações, acompanharão o fluxo do paciente na Unidade e registrarão o atendimento incluindo exames de diagnóstico (prontuário eletrônico).

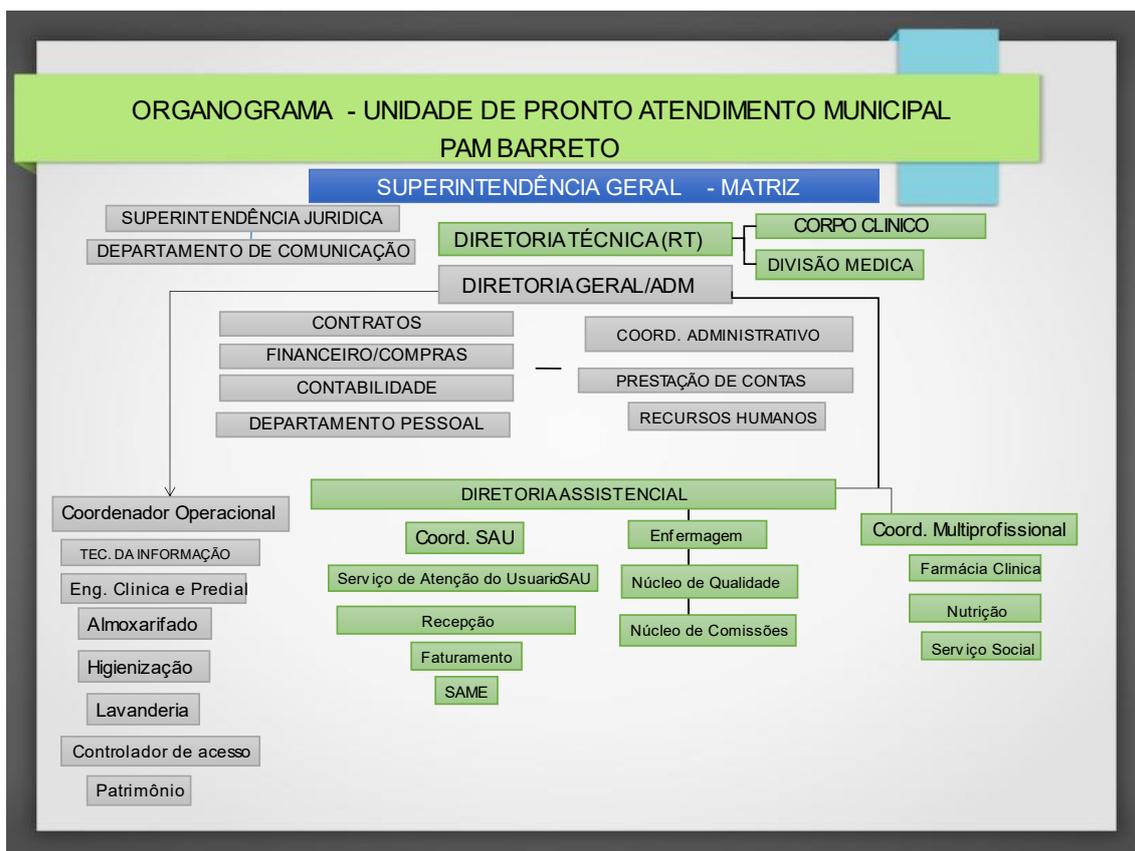
O sistema também permitirá monitorar a produção, os indicadores em geral e atingimento de metas, a gestão financeira, a gestão de recursos humanos, a gestão de suprimentos, incluindo a integração com a prescrição médica e dispensação ambulatorial, administrando os saldos de receita a dispensar.

Além disso, os softwares permitirão o monitoramento de contratos e serviços dos terceiros. Os softwares também fornecerão informações importantes sobre a origem da população atendida e morbidades por região (georreferenciamento) em formato de relatórios padronizados. Estas informações serão disponibilizadas para a Secretaria Municipal de Saúde.

- **Alguns indicadores**

- Atendimentos por profissional mensal (sintético e analítico);
- Atendimentos por profissional diário (sintético e analítico);
- Pacientes atendidos sem registro civil (certidão de nascimento) analítico com dados de logradouro;
- % de Pacientes atendidos sem registro civil período;
- Atendimento por risco (azul, verde, amarelo e vermelho) / período;
- % SADT por atendimentos / período;
- % de casos atendidos com solicitação de remoção;
- % de casos com notificação compulsória;
- Atendimentos por tipo de saída/período;
- Tempos de atendimento por clínica – tempo médio entre acolhimento e classificação de risco, entre classificação de risco e atendimento e tempo médio de atendimento;
- Remoções por período - unidade de referência/destino;
- Diagnóstico por clínica / faixa etária / período; Procedimentos por clínica / faixa etária / período; Óbitos analíticos com identificação do paciente e CID;
- Atendimentos por município e bairro de domicílio / período.
- Será garantido o apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

5.0 ORGANOGRAMA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO



5.1 Objetivo Geral

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, é almejada a adoção de um modelo de gestão que atenda às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde, aprimorando e avaliando os processos dos serviços, minimizando a demanda reprimida e melhorando a qualidade de serviços ofertados.

Propiciar uma gestão que garanta atendimento em saúde com a melhor relação custo benefício, em conformidade com o planejamento e definições

constituídas pela gestão municipal, utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes tecnológicos da prática organizacional, concomitantemente cumprindo com os compromissos na implantação e execução das ações agendadas e de prioridades estabelecidas com a Prefeitura Municipal de Arujá/SP, prestando serviços de saúde com qualidade e eficiência, promovendo uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor, atendendo o maior número possível de população vinculada ao SUS. Contribuindo para a reorganização dos serviços de saúde de Arujá/SP, a partir da expansão e qualificação da mesma, visando a resolutividade das equipes através da incorporação de recursos humanos qualificados e de tecnologia adequada.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prestar assistência à saúde gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal (CF), no inciso I, no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e na forma deste Edital;
- Assegurar um padrão de qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas na prestação dos serviços em gestão;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS;
- Ampliar a capacidade decisória do gestor da unidade de saúde;
- Implantar um modelo de gerência de processos, voltado para resultados;
- Evitar o êxodo do usuário para os grandes centros em busca de

serviços da assistência à saúde de melhor qualidade e garantir a assistência mais rápida, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento dos clientes.

- Garantir a humanização da assistência.
- Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Evitar o êxodo do usuário para os grandes hospitais em busca de serviços da assistência à saúde de melhor qualidade e garantir a assistência mais rápida, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento dos usuários.

5.3 JUSTIFICATIVA

O SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde e a atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros.

A constituição federal de 1988 e posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, nº8080, de 19 de setembro de 1990, entendem que a saúde não se limita apenas a ausência de doença, e que o conceito de saúde decorre da implantação de outras políticas públicas, que promovam a redução de desigualdades regionais promovendo desenvolvimentos econômico e social.

Desta maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, devem atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações, como serviços de saúde. Ela engloba a atenção primária, média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações de serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica.

Para que o sistema de saúde tenha êxito na sua estruturação, torna-se necessário a implantação das redes Atenção à Saúde (RASs) par organizar o sistema de saúde de maneira integrada permitindo responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade as demandas de saúde da população.

A Atenção Primária (AP) constitui o primeiro nível de atenção e principal porta de entrada no sistema de saúde atuando de forma longitudinal (ao longo do curso de vida) sendo que a maioria das necessidades em saúde da população devem ser abordadas e resolvidas neste nível.

No contexto de um sistema de saúde baseado na Atenção Primária, como é o caso do município de Arujá/SP, está se torna o principal ponto de contato entre as pessoas e os serviços de saúde.

Seguindo os sistemas de redes, em segundo nível, a rede de atenção abrange a média complexidade que é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados.

Este contexto de redes envolve também a alta tecnologia e o alto custo, objetivando proporcionar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) com objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências. A PNAU foi reformulada em 2011 com a instituição da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde. As unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas são componentes da rede, que devem ser implementadas gradativamente em todo território nacional com base em critérios epidemiológicos e densidade populacional.

São definidas como unidades de Pronto Atendimento o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/ Saúde da Família e a Rede Hospitalar associada a rede organizada de atenção às urgências.

As UPAs foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido eles podem ser solucionados no local, estabilizados e/ ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às UBS. De acordo com as suas atribuições, as UPAs devem funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população e de sua área de abrangência no que se refere ao escopo do serviço que oferece.

Considerando a necessidade de garantir o atendimento de urgência justifica-se a abertura do chamamento para Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H, visando o melhor atendimento e qualificando a cobertura e oferta de serviços de urgência e emergência.



5.4 - DESCRIÇÃO DA UNIDADES DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H

Quadro 1: **Área Administrativa Instalações físicas para Apoio ADM**

Sala de Diretoria ADM	01
Sala Equipe Multiprofissional	01
Sala Coordenação Operacional	01
Sala Coordenação ADMINISTRATIVA	01

Quadro 2: **Áreas de Apoio a Assistência**

Áreas de apoio à assistência
Serviço Social
Farmácia
Almoxarifado
SAME
CME
Hotelaria
Higiene
Nutrição
Transporte
Áreas de apoio à administração
Recepção

Salas Administrativas
Segurança
Portaria

5.5 SETORIZAÇÕES E MACRO FLUXOS DE ATENDIMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H

- O acesso à Unidade deverá levar em conta as necessidades dos pacientes, dos acompanhantes, dos profissionais e do serviço para o adequado funcionamento Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO em Arujá/SP.

Assim, deverão possuir três a quatro acessos externos, sendo:

1. Acesso para pacientes que chegam deambulando;
2. Acesso para pacientes que chegam de ambulância;
3. Acesso para os trabalhadores e serviços;
4. Acesso para a saída de cadáveres. É desejável que a sala para guarda temporária de cadáveres esteja localizada próxima a essa saída.

6.0 PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H, disponibiliza atendimentos de urgência e emergência e, serão considerados aqueles atendimentos não programados, que sejam dispensados pelo serviço de

urgência do hospital a clientes que procurem tal atendimento por ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial ou iminente de vida, cujo portador necessite de atenção médica imediata. A assistência à saúde de urgência/emergência seguirá as orientações definidas na Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, do Ministério da Saúde (MS), que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Se a atenção prestada em regime de urgência der origem à internação do paciente, será registrado de urgência na atenção especializada e posteriormente o registro de internação hospitalar (AIH).

Se em consequência do atendimento por urgência o cliente utilizar leitos de observação por um período menor que 24 (vinte e quatro) horas sem que ocorra a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

A rede de Urgência e Emergência garante o atendimento de casos agudo e processos com risco iminente de vida que exigem que o tratamento seja imediato e que evitem a evolução para complicações mais graves.

As unidades de Urgência e Emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididos em Pronto Atendimento e Urgência e Emergência.

O Pronto Atendimento, como a unidade funcional de saúde, presta serviço de assistência a usuários com ou sem risco de vida cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato que funcionam durante as 24 horas do dia e dispõe de leitos de observação. A emergência é a unidade destinada à assistência de usuários, com risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

A conceituação de urgência abrange o evento caracterizado como vital na percepção dos indivíduos e/ou da sociedade. Apresenta gravidade percebida ou sentida como ameaça à sua integridade física ou mental.

De acordo com a Resolução 1451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o termo urgência pode ser definido como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e o termo emergência, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

No entanto, vale ressaltar que o Ministério da Saúde tem questionado a distinção entre esses termos, considerando a semelhança de significado e o grande número de julgamentos e dúvidas que tal ambivalência terminológica suscita. Dessa forma, tem-se optado pela utilização do termo urgência para referir-se a todos os casos agudos, respeitados os critérios de prioridade ou grau de urgência. A urgência é composta por três fatores: gravidade, tratamento e tempo.

Quanto ao tratamento, a urgência exige cuidados de um nível prioritário, alta complexidade e, frequentemente, “intensivos” e “invasivos”. O tempo, o terceiro fator, é inversamente proporcional à urgência, pois, quanto menor o tempo disponível ou necessário, maior será a urgência.

A necessidade de tempo depende do prognóstico e da evolução das síndromes. A disponibilidade de tempo será indicada pelo intervalo para iniciar os tratamentos e os cuidados.

Há uma cadeia de percepção e de decisão do usuário ao procurar o serviço de urgência, pois o indivíduo com alterações biológicas e diante de sua necessidade de atendimento médico procura o melhor lugar para ser atendido. Ele busca melhor assistência, melhor tratamento e menor dispêndio financeiro.

A urgência qualifica um estado de atendimento prioritário a um paciente em detrimento de outros, devido a apresentar uma afecção que evolui ou tende a, rapidamente, evoluir para um estado grave, configurando a necessidade de

atendimento imediato ao ponto de não poder permanecer em “fila de espera” ou esperar por atendimento em consulta eletivo. Neste sentido a classificação de Risco no atendimento, organiza melhor o fluxo de pacientes, atendendo prioritariamente os mais graves. Os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda desencadeado pelos seguintes fatores: crescimento demográfico, violência urbana, aumento do número de acidentes e as doenças crônico-degenerativas.

Os cofatores da superlotação dos serviços de urgência podem ser apontados como: desinformação sobre a regionalização e hierarquização dos serviços de assistência à saúde; sistema de referência e contra referência da rede básica de saúde; credibilidade, e confiança na instituição e em sua capacidade de solucionar os problemas de saúde.

Levando em consideração a amplitude do SUS e o objetivo de promover a melhoria para o usuário e para os profissionais e considerando-se a importância desse serviço e a demanda crescente de pacientes, é necessário buscar alternativas que garantam a priorização do atendimento de pacientes graves, visando diminuir os riscos decorrentes da demora do atendimento.

Ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde vem buscando alternativas para a organização da rede de atenção às Urgências e Emergências. Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, pautada, sobretudo, na necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual foi renovada em 2011, que apresenta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no processo de trabalho, de resolutividade e de produção de saúde nos serviços de urgência, entre outras mais recentes como a Portaria Nº 104 de Janeiro de 2014.

Salientamos que, atualmente, o sistema de triagem adotado em inúmeros hospitais públicos de urgência transferiu ao enfermeiro a competência de avaliar

o paciente em consonância com protocolos, de determinar as necessidades de prioridade e de encaminhá-lo à área de tratamento. Dessa forma, prioriza o atendimento a pacientes graves e presta assistência com segurança.



Analisando a questão de demanda da Urgência e emergência e sua organização, o Ministério da Saúde, estabelece como atribuição dos estabelecimentos assistenciais de saúde a prestação de atendimento imediato aos problemas de saúde, garantindo: “atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência)”. O serviço de urgência/emergência não tem a finalidade de rejeitar ou excluir usuários, mas sim organizar o fluxo de pacientes no sistema de saúde e selecionar os meios mais adequados para o diagnóstico e tratamento.

Quando se discute conceitualmente urgência, a primeira reação é dividi-la em pequena, média e grande urgência, incluindo-se nesta última as emergências. Entretanto, essa divisão não leva em consideração o momento real da demanda da população por atendimento imediato.

A realidade assistencial mostra que, a Unidade Atendimento, atua como porta de entrada do sistema, acolhendo clientelas diversas, como pacientes de urgência propriamente dito, pacientes com quadros percebidos como urgências,

pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais.

O acesso dos usuários aos serviços de urgência do SUS deve ser feito, preferencialmente, a partir da referência das unidades de atenção básica - Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família, com intuito de ser efetuada a referência para outros níveis, conforme a necessidade de recursos humanos e tecnológicos a serem aplicados para o diagnóstico e resolução da afecção apresentada. As UBS's e UBSF's/Clínicas da Família, nos seus horários de funcionamento, devem estar preparadas para resolverem as pequenas urgências e as agudizações dos casos crônicos de sua clientela descrita.

Os diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar através de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.

Por sua complexidade, a rede de urgência e emergência deve contar com uma estrutura que atue de forma articulada com outros serviços da rede pública de saúde.

6.1 - APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SADT

Entende-se por Apoio Diagnóstico e Terapêutico a disponibilização aos clientes de exames e ações de apoio diagnóstico e de terapia, dentro do perfil estabelecido para a Unidade, ofertando os exames necessários para o

diagnóstico e a terapia.

- a) **Laboratório de Análises Clínicas:** cito patologia e anatomia patológica, ofertando todos os exames de: bioquímica, coprologia, hematologia, imunologia, uroanálise, micologia e microbiologia para pacientes em atendimento na emergência.
- b) Os exames laboratoriais que não puderem ser realizados no próprio Unidade poderão ser disponibilizados pela contratada sob o regime de terceirização;

Todo processo de coleta, processamento de material biológico e liberação dos resultados são da responsabilidade do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

A Unida de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24h se obriga a disponibilizar o resultado do exame no prazo máximo de até 02 (duas) horas para os exames de emergência.

- c) **Diagnóstico em Radiologia:** (Exames de Raios X) para pacientes em atendimento na Unida de Pronto Atendimento Pam Barreto – 24h;
- d) **Métodos Diagnósticos em Especialidades (métodos gráficos - ELETROCARDIOGRAMA):** para pacientes em atendimento na Unida de Pronto Atendimento Pam Barreto – 24h;
- e) Suturas e curativos - para pacientes em atendimento em atendimento na Unida de Pronto Atendimento Pam Barreto – 24h;
- f) Imobilização de fraturas - para pacientes em atendimento em atendimento na Unida de Pronto Atendimento Pam Barreto – 24h;
- g) Inalação - para pacientes em atendimento em atendimento na A Unida de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24h;
- h) Aplicação de medicamentos/ reidratação - para pacientes em atendimento em atendimento na Unidade de Pronto

Atendimento Pam Barreto – 24h;

- i) Pequenos procedimentos médicos - para pacientes em atendimento em atendimento na Unida de Pronto Atendimento Pam Barreto – 24h.

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, prestará o serviço com equipe técnica especializada, para operar o Serviço de Radiodiagnóstico da Unida de Pronto Atendimento Pam Barreto – 24h, em condições adequadas e exigidas pela legislação vigente, procedendo a realização dos exames e cumprindo rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores da atividade inerente, responsabilizando-se em todos os aspectos, sem exceção de qualquer modalidade.

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, irá fornecer impressos e materiais de consumo específico, tais como: documentações radiológicas, filmes, materiais de administração, descartáveis e impressos necessários para a prestação dos serviços contratados. Todos os equipamentos e material técnico de consumo terá certificação da ANVISA;

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, disponibilizará os exames realizados em prazo imediato, sempre que requisitado pela equipe.

6.2 OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

- Enfermagem,
- Central de Material Esterilizado,
- Nutrição,
- Farmácia,
- Assistência Social.

SERVIÇOS DE INFRAESTRUTURA E APOIO

- Almojarifado,
- Arquivo de Prontuários de Pacientes –SAME,
- Núcleo de Manutenção Geral,
- Lavanderia,
- Vigilância e Segurança Patrimonial,
- Gases medicinais,
- Informatização,
- Higienização,
- Administrativo.

6.3 NORMAS E ROTINAS PARA O FUNCIONAMENTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A organização do atendimento de urgência/emergência seguirá a normatização ministerial para a área e deverá contar com profissionais, médicos emergencistas e de enfermagem, além dos demais profissionais de saúde necessários a realização do cuidado. No serviço de obstetria a unidade contará também com anestesiológico, pediatra e obstetra.

A despeito disso, o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE em nenhuma hipótese deixará de atender os pacientes de urgência e emergência ainda que tenha atingido a meta mensal.

Equipe assistencial mínima a ser disponibilizada por plantão, diariamente, interruptos 24h, incluindo finais de semana.

A unidade de Urgência / Emergência estará apta a prestar o serviço de atendimento resolutivo aos pacientes que buscarem a unidade apresentando quadros agudos ou crônicos quando de sua agudização, e ainda, pacientes

encaminhados pela rede básica municipal de maneira referenciada e ou trazido por serviço de remoção e atendimento pré-hospitalar, de acordo com a capacidade das referidas unidades;

OBJETIVOS

A Urgência e Emergência é unidade hospitalar onde são atendidos pacientes com problemas de saúde agudos cuja intervenção deve ser imediata e especializada. Esses pacientes não podem esperar por uma consulta com hora marcada para um atendimento médico.

Urgência é uma ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, enquanto uma emergência é a constatação médica de condições que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (CREMESP, consulta no 55.820/98).

Emergência é considerada condições que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

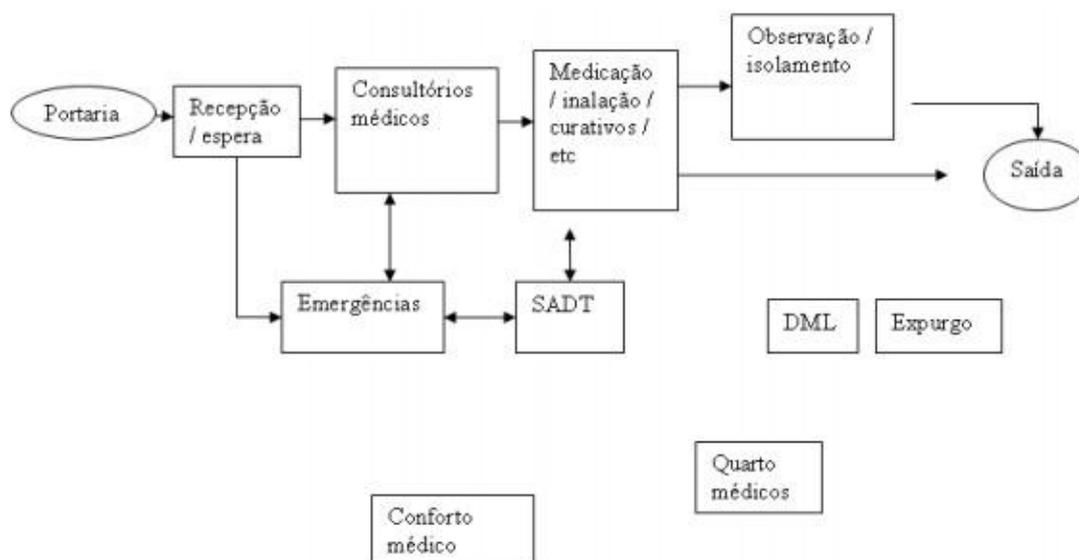
A diferença fundamental entre urgência e emergência é o risco iminente de morte. A urgência não tem risco iminente de morte e a emergência tem risco iminente de morte.

O atendimento ao paciente será realizado com rapidez e qualidade. A agilidade e a qualidade dos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional podem significar a vida do paciente. Por isso é importante que a equipe de trabalho envolvida tenha boa sincronia no atendimento ao paciente.

O custo no atendimento ao paciente deve ser o mais baixo possível. Para tanto é necessário eliminar os desperdícios que ocorrem nos processos que envolvem o atendimento ao paciente.



6.3.1 FLUXO BÁSICO PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA 24H



O fluxo do atendimento será contínuo para facilitar e propiciar a rapidez no atendimento.

Quando o paciente chega à unidade deverá passar pela portaria, ir para a recepção, em seguida para a consulta médica, alguns possuem pré-consulta ou triagem, realiza exames, recebe medicação da enfermagem, retorna para reavaliação médica e recebe uma finalização, retorna para casa, é encaminhado para internação em hospital de referência ou fica em observação na unidade. Esse processo deve ocorrer o mais rápido possível.

O ambiente da unidade será planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do serviço prestado, proporcionando instalações físicas adequadas à divisão técnica do trabalho e aos trabalhadores que atuarão naquele espaço.

A comunicação visual e sonora entre os setores estará em perfeito entrosamento. Portanto a área física será organizada de tal forma que propicie o fluxo contínuo

do paciente através do Pronto Socorro e facilite a comunicação visual e sonora entre os setores permitindo o rápido atendimento ao paciente.

a) Acolhimento

Ação assistencial e técnica feita por enfermeiro que recepciona o usuário desde sua chegada, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e aomesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva. A partir do acolhimento, após registrar o nome do usuário no sistema informatizado, o usuário é encaminhado à área da recepção onde aguardará a chamada para finalizar o registro. Por ser um enfermeiro, é capaz de reconhecer agravos da saúde que coloquem a vida do usuário em risco permitindo maior agilidade no atendimento médico.

b) Classificação de Risco

Alteração na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção ao usuário seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada. Realizado por enfermeiro que utiliza os protocolos técnicos indicados pela SMS e identifica os usuários que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado para cada caso.

c) Atendimento Médico

Oferecido para adultos de acordo com a classificação de risco, e para crianças. Poderá estar compreendido no atendimento médico qualquer outro exame complementar, procedimento ou observação clínica.

e) Procedimentos

Realizados após atendimento médico, tais como administração de medicação, nebulização, oxigenoterapia por cateter nasal, máscara e aparelhos de fluxos, aspiração das vias aéreas superiores, lavagem gástrica, sutura simples, inserção de sondas e tubos, curativos, punções venosas, drenagens, etc. realizados em usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H Arujá/SP.

f) Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

Estes Serviços destinam-se à investigação diagnóstica e ações terapêuticas para a população.

No caso da população atendida na Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H Arujá/SP, os serviços essenciais e de emergência deverão estar disponíveis durante 24 horas por dia, 7 dias na semana, a saber:

- Radiologia geral.
- Eletrocardiograma.
- Exames laboratoriais de análises clínicas.

g) Cuidado Multiprofissional

Para todo e qualquer usuário da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H Arujá/SP.

quando necessário:

- Atendimento Médico;

- Assistência de Enfermagem;
- Assistência Social;
- Fisioterapia;

h) Fornecimento de Medicação

Serão fornecidos os medicamentos sejam requeridos durante o processo de atenção, de acordo com a padronização implantada na unidade.

6.3.2 - NORMAS E ROTINAS PARA O FUNCIONAMENTO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento estará presente em todas as relações de cuidado com os pacientes e população local, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias de cada território.

Para o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, o acolhimento com classificação de risco prestado deve ser realizado principalmente baseado na escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de riscos envolvidos em cada caso, agravos à saúde e graus de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão física, psíquica, social ou outras, e suas gravidades, que possibilitam uma priorização aos atendimentos e eventos agudos, condições agudas e agudizações de condições crônicas, conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

A Classificação de Risco, é uma estratégia para estabelecer, dentre a demanda de pacientes que se apresenta nas Emergências, quais os que, embasados em critérios clínicos, deveriam ter prioridade de atendimento.

Serve, portanto, como uma diretriz de ordenamento para o atendimento em Emergências, priorizando aqueles pacientes sob condições clínicas de maior risco. Com vistas a minimizar o efeito da superlotação constante nos Serviços de Emergência, a Classificação de Risco baseia-se na queixa principal do paciente, que direciona o enfermeiro a um fluxograma de condição clínica. Cada fluxograma contém discriminadores que norteiam a investigação e, conforme as respostas que o usuário vai fornecendo, dá-se a classificação de gravidade ou risco clínico.

Esta classificação é descrita por cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico.



A cor **vermelha** determina uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato;

- ❖ aqueles com pulseira de cor vermelha são aqueles que precisam ser atendidos imediatamente.

Entre os quadros mais comuns nesses casos, estão:

Crises de convulsão;

Paradas cardiorrespiratórias;

Hemorragias sem controle;

Dor no peito com falta de ar;

Queimadura em mais de 25% do corpo;

Tentativa de suicídio, entre outros semelhantes.

A cor laranja está em condições de muita urgência, cujo tempo para atendimento deve ser ≤ 10 minutos;

- ❖ Aqueles usando a pulseira de cor laranja são pacientes urgentes, mas em um nível um pouco menos elevado do que o anterior.

As condições geralmente tratadas como muito urgentes incluem:

Dores muito severas;

Cefaleia de rápida progressão;

Arritmia sem sinais de instabilidade;

Entre outras situações de igual gravidade.

A cor amarela sugere urgência, cujo atendimento deve ser em tempo ≤ 60 minutos;

Urgente: cor amarela

- ❖ A pulseira amarela, deve ser usada nos casos urgentes, podemos

considerar que existem riscos para o paciente, mas eles não são imediatos.

Os casos mais comuns são:

Vômitos intensos;

Desmaios;

Crises de pânico;

Dores ou hemorragias moderadas;

Irregularidades nos sinais vitais;

Casos de hipertensão, e assim por diante.

A **cor verde** é considerado de pouca urgência e o atendimento poderia ocorrer em até ≤ 120 minutos;

Pouco urgente: cor verde

- ❖ Aqueles que usam a pulseira verde, são os casos menos graves e têm um tempo aceitável de espera de até 2 horas.

Nessas situações, é comum que os quadros incluam:

febres,

dores leves,

viroses,

tonturas,

resfriados,

náuseas,

hemorragia sob controle, entre outros.



A cor azul, por sua vez, é considerada não urgentes e seu atendimento está indicado para ocorrer em tempo ≤ 240 minutos.



Além dos tempos para o primeiro atendimento médico, há recomendações de que o paciente tenha sua Classificação de Risco (CR) iniciada em até dez minutos depois da chegada ao serviço. Este tempo equivale ao período no qual o paciente realiza sua identificação, cadastro, abertura de boletim de atendimento, ou algum outro processo equivalente.

Também o tempo para que o enfermeiro realize a Classificação de Risco, propriamente dita, é preconizado, não devendo ultrapassar três minutos. Alguns estudos já avaliaram o tempo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento médico em situações específicas como o Infarto Agudo do Miocárdio, bem como os desfechos dos pacientes estudados.

Contudo, não se encontram na literatura estudos cujo foco seja avaliação do tempo entre a chegada do paciente ao serviço e a sua classificação, assim como o tempo empregado na Classificação de Risco, etapa executada pelo enfermeiro.

Para realizar as avaliações necessárias para determinar os riscos e garantir que a Classificação de Risco flua de maneira correta, alguns equipamentos e materiais são indispensáveis nas unidades de saúde. Eles incluem:

- ✓ Etiquetas de identificação (com a escala de gravidade);
- ✓ Esfigmomanômetro;



-
- ✓ Estetoscópio;
 - ✓ Glicosímetro;
 - ✓ Oxímetro;
 - ✓ Ficha de Atendimento/Prontuários;
 - ✓ Relógio de frequência cardíaca;
 - ✓ Termômetro.

Vantagens da Classificação de Risco da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H ARUJÁ/SP - Protocolo de Manchester.

Vantagens Protocolo Manchester

Garantia de mais segurança para os pacientes	<p>O Protocolo de Manchester é baseado em padrões sólidos, sistemáticos e respaldo científico. Inclusive, é por isso que seu uso é tão amplo ao redor do mundo.</p> <p>Sendo assim, a segurança é garantida para os pacientes, que passam a ter um apoio objetivo para seus encaminhamentos e para a redução de riscos ligados a agravamentos.</p>
Aumento da satisfação do público	<p>Com a segurança fornecida pelo Protocolo de Manchester, os pacientes se sentem mais tranquilos e bem acolhidos nas unidades de saúde.</p> <p>Além disso, ao entender melhor qual será o tempo de espera, suas expectativas são mais bem alinhadas e a satisfação com a experiência de atendimento se torna maior.</p>



Melhor organização	<p>Por meio do Protocolo de Manchester, todos os fluxos de atendimento se tornam padronizados, a organização para as intervenções de urgência é feita da maneira mais adequada possível e o direcionamento dos recursos se torna totalmente assertivo.</p> <p>Sendo assim, toda a organização da unidade é favorecida. Uma vez que os padrões são bem definidos, assim como os profissionais, equipamentos e demais insumos médicos são sempre alocados junto aos pacientes que mais precisam.</p>
Menor incidência de fatalidades	<p>Esperas excessivas podem ser fatais. Por isso, a priorização que o Protocolo de Manchester garante para casos graves é capaz de salvar muitas vidas. Além disso, ele também evita casos de perda de órgãos ou de função.</p>

6.3.3 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO:

6.3.3.1 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS E ROTINAS

Fluxo de Atendimento ao Usuário



1º: Ao chegar, o usuário é acolhido pelo profissional de controle de acesso, o qual escuta seu caso, e a partir do seu relato é estabelecida uma prioridade para o seu atendimento.



2º: Após esse acolhimento, lhe é fornecida uma senha e o mesmo aguarda o seu número de chamada no painel de senha.



3º: Ao ser chamado, o paciente é direcionado para o cadastro, local onde são registrados seus dados pessoais (data do nascimento, endereço, telefone, entre outros) por um auxiliar administrativo/recepcionista.



4º: Após o cadastro de seus dados pessoais ele é encaminhado para um profissional enfermeiro (a) que amplia a escuta de suas queixas. Esse profissional faz um exame simplificado, no qual é avaliada sua temperatura, pressão, respiração, pulso, peso, e nos casos de crianças, também é medida a altura.

A partir desse exame, o enfermeiro (a) classifica o grau de risco do paciente, ou seja, se ele deverá ser atendido imediatamente ou se poderá esperar pelo tempo necessário para esse atendimento, sem qualquer risco à sua integridade, priorizando-se sempre os casos mais graves, conforme estabelecido no Protocolo de Manchester.

Desta forma, o atendimento é feito por gravidade, e não por ordem de chegada. Há casos ainda que o profissional enfermeiro verifica se a queixa do paciente poderá ser acolhida pela equipe de Saúde da Família (casos ambulatoriais), e nesses casos, o paciente é encaminhado para esse atendimento.





5º: Após a classificação do seu grau de risco, ele aguarda na sala de espera ser chamado pelo médico em um dos consultórios.



6º: No consultório do médico é dado prosseguimento ao atendimento inicial, e a partir dessa consulta, o paciente poderá fazer exames (laboratório, de raios X e eletrocardiograma), medicação (na sala de medicações), nebulização; soroterapia; ser encaminhado para a sala de observação e ir para casa, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.

Os casos não urgentes e que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas são direcionados para as unidades de Saúde da Família da região, de acordo com sua área geográfica de residência.

Nos casos de pacientes mais graves, após sua estabilização são transferidos para unidades hospitalares que oferecem mais opções de serviço e equipamentos adequados à maior gravidade, como centro cirúrgico, internação e outras especialidades.





ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Protocolo de Manchester

ETAPAS DE ATENDIMENTO

RECEPÇÃO



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



ATENDIMENTO MÉDICO



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Na Classificação de Risco, por meio dos sinais e sintomas, o paciente recebe uma **identificação por cores que determina a sua condição e ordem de atendimento**. Dessa forma, os pacientes mais graves serão atendidos primeiro.

EMERGÊNCIA

Necessitam de atendimento imediato

MUITO URGENTE

Necessitam de atendimento praticamente imediato

URGENTE

Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar

POUCO URGENTE

Podem aguardar atendimento. Baixo risco de agravo imediato à saúde

NÃO URGENTE

Podem aguardar atendimento. Sem risco imediato de agravo à saúde

Triagem

- Todo paciente admitido na Unidade de Primeiro Atendimento é avaliado inicialmente pela triagem, realizada por um enfermeiro qualificado. Este profissional deve priorizar o atendimento do paciente de acordo com a necessidade de assistência.
- Durante o processo de triagem, o paciente é submetido à avaliação inicial (queixa principal, sinais e sintomas aparentes, antecedentes clínicos, cirúrgicos, alérgicos e de imunização, parâmetros vitais, registro da data e horário de chegada) e classificado em cores de acordo com o nível de complexidade do caso.
- A triagem não se limita ao espaço físico, mas sim, ao conceito de determinação de urgência e fluxo de atendimento.
- Pacientes para retorno de curativos ou ortopédicos, não passam pela triagem.
- As emergências são admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência). Ao dar entrada na emergência, médicos e enfermagem se direcionam a porta para receberem o paciente a critério de emergência. Se for descartada a emergência, paciente será direcionado, conforme níveis da triagem, exceto se a família apresentar alto nível de ansiedade.

6.4 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DE PACIENTES NA OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H ARUJÁ/SP

O tempo máximo esperado para cada paciente ficar em observação de no máximo 12 horas. Serão encaminhados à Observação da unidade todos os pacientes:

- Que apresentem instabilidade de sinais vitais: fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem.



-
- Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR.
 - Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação.
 - Que necessitem de monitorização constante de glicemia.
 - Que necessitem de observação do nível de consciência.
 - Que necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação.
 - Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
 - Que necessitem de observação para acompanhamento da dor.
 - Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora.
 - Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena.
 - Que necessitem de observação para monitorização de reações adversas.
 - Que necessitem de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial.
 - Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.
 - Que necessitem aguardar vaga para transferência.
 - Que necessitem aguardar exames quando são originários de outro hospital ou entidade assistencial.

6.4.1 Sala de Medicação

Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação endovenosa serão encaminhados para sala de medicação. Paciente que necessitem de medicações EV que demandarem tempo superior a 60', deverão ser encaminhados à Observação.

6.4.2 Critérios de Alta de pacientes, que NÃO necessitaram de Observação Clínica.

- O paciente somente poderá deixar a Unidade com alta se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial, e se apresentar as seguintes condições clínicas:
- parâmetros vitais, saturação de O₂ e glicemia dentro dos padrões de normalidade para a faixa etária, considerando os antecedentes clínicos do paciente (tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).
- nível de consciência compatível com as condições clínicas habituais do paciente.
- ausência de dor.
- estável com relação a eliminações (presentes, em volume e aspecto compatíveis com a idade e condições clínicas habituais do paciente), hidratação (hidratado), níveis de oxigenação (Sat O₂).

Os critérios mencionados constituem um guia básico. O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos acima deverá ser justificado no prontuário.

6.4.3 Critérios de Alta de Pacientes que permaneceram em observação Clínica na Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H Arujá/SP.

Os pacientes da Observação, poderão receber alta para os seguintes destinos:

- Alta para a residência: após reavaliações dos exames, do quadro clínico, e conclusão ou hipótese diagnóstica, desde que esteja conforme os critérios de alta estabelecidos pela Unidade.
- Internação: os pacientes que após a observação não tenham apresentado melhora no quadro clínico e por esse motivo aguardarão vaga para

transferência para unidade de referência.

-Critérios de solicitação para internação:

- moléstias infecciosas com sinais vitais e padrão respiratório fora dos parâmetros normais.
- sinais e sintomas persistentes após 6 horas de observação, com piora do quadro.
- diagnósticos confirmados que justifiquem internação hospitalar. (CID. 10).
- quadros cirúrgicos agudos.

6.4.4 Documentação de Admissão na Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H Arujá/SP.

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido no **Critérios de Alta de pacientes**, o prontuário da unidade acompanha o paciente em todo o processo de internação e é incorporado ao prontuário Institucional, sendo mantido no SAME.

Os documentos do paciente, dispõem dos dados:

- data e hora da admissão,
- condições de admissão,
- antecedentes (clínicos, cirúrgicos, alérgicos, imunização),
- diagnóstico,
- conclusões ao final do tratamento,
- destino do paciente,
- condições do paciente no momento da alta ou transferência,
- orientações pós-alta para a continuidade do tratamento e retorno desejável para reavaliação.

6.5 - INSTALAÇÕES FÍSICAS – NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H ARUJÁ/SP

6.5.1 SALA VERMELHA

- Definição

Preparada para receber pacientes críticos e semicríticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco, sala amarela, meios próprios e ambulâncias, após agravamento do estado clínico, para estabilização (tratamento intensivo).

- Objetivos

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar.

- Executante

Equipe multidisciplinar:

Médico,

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem.

- Procedimentos

- ✓ Checar equipamentos em relação ao funcionamento carga/bateria e quantidade. Realizar checklist pré-estabelecido (Desfibrilador, respirador, monitor, eletrocardiógrafo, laringoscópio, lâminas, Ambu, circuitos de oxigênio, vácuo e aspiração);
- ✓ Inspeccionar carro de PCR quanto à quantidade de insumos necessários e medicações. Realizar checklist pré-estabelecido;
- ✓ Organizar e manter os leitos preparados para receber usuários em PCR ou vítimas de trauma. (Ambu adaptado ao circuito de oxigênio com



-
- umidificador, laringoscópio, material para acesso venoso, prancha, material para intubação oro traqueal, material para aspiração de VAS...);
- ✓ Certificar-se que a monitorização continua dos sinais vitais é eficaz, ajustando o monitor (horário de verificação da pressão arterial, derivação de ECG e alarmes);
 - ✓ Manter registros atualizados tais como: checagem da prescrição, evolução e sinais vitais;
 - ✓ Atentar para visualização e identificação de alteração do quadro clínico do paciente;
 - ✓ Atentar para validade das soluções e infusões mantendo as mesmas devidamente identificadas;
 - ✓ Manter acessos venosos devidamente identificados com data, nº do jelco e profissional;
 - ✓ Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;
 - ✓ Prestar ao paciente grave, assistência de forma dinâmica até sua transferência hospitalar, instalando totais medidas de segurança e conforto;
 - ✓ Preparar corpo, caso óbito;
 - ✓ Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito;
 - ✓ A transferência será solicitada pelo profissional médico através do serviço social ou administrativo (central de regulação de vagas). Para tal avaliar: condições da ambulância, profissional de enfermagem que acompanhará na remoção, reposição de material utilizado, exames necessários e anotar no livro do setor;
 - ✓ Nos casos de alta, o usuário será encaminhado para sala de observação (Amarela) para depois ser liberado;
 - ✓ Nos casos de óbito, o atestado será preenchido pelo profissional médico (declaração de óbito), o corpo preparado pela equipe de enfermagem e encaminhado ao morgue. O serviço social fará contato com familiares e o médico comunicará o ocorrido.

6.5.2 SALA AMARELA DE OBSERVAÇÃO (adulto)

- Definição

Sala preparada para receber usuários semicríticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios, após agravamento do estado clínico, durante a avaliação médica.

- Objetivos

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica, resultando em alta para residência ou transferência hospitalar, caso necessite de acompanhamento clínico exames diagnósticos e intervenções cirúrgicas.

- Executante

Equipe multidisciplinar:

Médico;

Enfermeiro;

Assistente Social;

Técnico de Enfermagem.

- Procedimentos

- ✓ Assumir o plantão leito a leito, tomando ciência das ordens e ocorrências do setor;
- ✓ Ao admitir o usuário, recolher pertences e entregar imediatamente ao familiar, pessoa responsável, acompanhante ou, nos casos que o mesmo estiver sozinho, ao serviço social, relatando no livro de ocorrências do setor;
- ✓ Monitorá-lo caso seja necessário, verificar sinais vitais e evoluir em impresso próprio;



-
- ✓ Verificar e registrar no mínimo de 6/6h os sinais vitais, independente da prescrição médica(folha de sinais vitais);
 - ✓ Realizar os cuidados específicos prescritos para cada paciente (folha de plano de cuidados);
 - ✓ Aferir PA no horário determinado, em todos os pacientes em uso de Nitroprussiato de sódio, Nitrogliinae Aminas, a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da PA em casos de hipertensão;
 - ✓ Realizar HGT (Hemoglicoteste) em todos os pacientes com dripping de insulina, a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da glicemia em casos de hiperglicemia;
 - ✓ Conferir estoque de material/medicação, solicitando a reposição dos mesmos, ao volante;
 - ✓ Conferir as medicações ao chegar da farmácia (principalmente antibióticos), verificar as faltas e comunicar ao médico plantonista, para que seja feita substituição;
 - ✓ Seguir criteriosamente a prescrição médica, atentando para os horários aprazados pelo enfermeiro;
 - ✓ Realizar checagem e evolução de todos os procedimentos realizados;
 - ✓ Manter o setor organizado, com os leitos devidamente arrumados;
 - ✓ Solicitar ao funcionário da rouparia, a retirada do Hamper, quando este estiver cheio;
 - ✓ Arquivar os prontuários da alta em pasta própria, recolher e entregar para recepcionista. Os mesmos serão arquivados em local próprio na unidade (SAME) sob responsabilidade do gerente administrativo;
 - ✓ O horário das refeições dos colaboradores deverá ocorrer em sistema de rodízio, evitando deixar o setor descoberto;
 - ✓ Após a alta do usuário, solicitar a limpeza terminal do mesmo, arrumando-o em seguida;
 - ✓ Manter monitorizados clientes instáveis;
- Na alta / transferência dos usuários, disponibilizar todos os resultados de exames (laboratório, RX, ECG);
- ✓ Atentar para o preparo e administração de medicações conforme rotina

estabelecida. Verificando prazos de validade dos mesmos e datando equipamentos, punções, soluções e curativos;

- ✓ O técnico de enfermagem deve realizar coleta de sangue para exames laboratoriais, procedendo à identificação conforme rotina.
- ✓ A Punção Arterial deve ser realizada pelo enfermeiro ou pelo médico, assim como punção de jugular e cateterismo vesical;
- ✓ Realizar higiene (aspersão e/ou leito) em usuários com mais de 12 horas de internação;
- ✓ Fazer registro no livro de ordens e ocorrências:
- ✓ Nome do usuário, leito, horário e data de internação, horário de saída e destino;
- ✓ Fazer conferência dos equipamentos (monitores, HGT, rede de gases e umidificadores) em relação ao funcionamento e quantidade em checklist próprio. Comunicar a falta de qualquer um desses itens para a coordenação, para que providências sejam tomadas;
- ✓ A alimentação dos usuários (conforme dieta da folha de prescrição) e de seu acompanhante deverá ser comunicada ao Serviço de nutrição em tempo hábil;
- ✓ Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;
- ✓ Prestar ao usuário assistência de forma dinâmica até sua estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar, instalando todas as medidas de segurança e conforto;
- ✓ Preparar corpo, caso óbito;
- ✓ Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito.

Observação: As transferências, óbitos e altas seguem mesmo padrão da sala vermelha.

6.5.2.1 SALA AMARELA DE OBSERVAÇÃO (PEDIÁTRICA)

Objetivos

- Cuidar de forma eficaz, realizando condutas que contribuam para melhora do quadro clínico do usuário, no menor espaço de tempo possível, até que o mesmo tenha alta, ou seja, transferida. Definição
- Sala preparada para receber crianças até 13 (treze) anos (exceto puerpério) provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios.
- Executante
- Equipe multidisciplinar:
 - Médico Pediatra; Enfermeiro;
 - Técnico de enfermagem; Assistente social.
- Procedimentos
 - Recepcionar a criança de forma cordial, acomodar no leito, realizar exames físicos e procedimentos;
 - Orientar os responsáveis quanto aos procedimentos prescritos a serem realizados e como a mesma poderá ajudar;
 - Cumprir rigorosamente a prescrição médica;
 - Atentar para evolução ou involução do quadro clínico; Visualizar a criança como um todo;
 - Realizar registros tais como: evolução, prescrição, checagem, anotações de sinais vitais e qualquer alteração ocorrida;
 - Realizar controle de livro próprio, tais como: admissão, alta, transferência, diagnóstico e responsável;
 - Realizar checagem de checkList;
 - Realizar ou auxiliar o responsável, nos cuidados de higiene;
 - Responsabilizar-se por documentos e exames a serem enviados durante transferência ou alta.

Observação: Nos casos de altas, transferências ou óbitos o procedimento será o mesmo das salas adulto. Ressaltar a equipe de Técnicos em Enfermagem, que todo procedimento invasivo (exceto punção periférica) é privativo dos enfermeiros.

6.5.3 SALA DE MEDICAÇÃO / NEBULIZAÇÃO (HIPOTERMIA)

- Definição

É o local destinado ao atendimento imediato do paciente que já foi consultado pelo médico, fará uso de medicação oral ou injetável, seguindo prescrição médica.

- Objetivos

Execução de atividades protocoladas visando um atendimento padrão e de qualidade para o paciente.

- Executante

Técnico de Enfermagem / Enfermeiro

- Procedimento

- ✓ Conferir estoque de material / medicação, solicitando reposição dos mesmos em impressopróprio ao volante;
- ✓ Fazer registro no livro de ordens e ocorrências: Via de administração de medicação e coleta de laboratório de acordo com o gráfico estabelecido;
- ✓ O horário das refeições deverá ocorrer em sistema de rodízio, evitando deixar o setor descoberto;
- ✓ Manter o setor organizado, bancadas limpas;
- ✓ Arquivar, datar, identificar e arquivar prescrição médica;



-
- ✓ Atentar para os itens da prescrição.
 - ✓ Não realizá-los em caso de dúvidas. Procurar a supervisão de enfermagem;
 - ✓ Após a administração da medicação o usuário, em alguns casos, necessitará retornar ao consultório médico que o atendeu inicialmente para reavaliação do seu estado geral. Assim, será dispensado ou ficará em observação na unidade em salas próprias.

6.5.4 - SALA DE SUTURA

- Definição

Sala destinada a procedimento de sutura. Sutura é o procedimento usado para manter unido pele, músculos, vasos sanguíneos e outros tecidos do corpo devido rompimento por trauma ou cirurgia.

- Objetivo

Prestar atendimento imediato, e em local específico, a lesões corto-contuso a fim de diminuir/ou evitar contaminação.

- Executante

Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem

Médico

- Procedimento

- ✓ Após acolhimento, registro e classificação do risco:
- ✓ Receber o paciente cordialmente;
- ✓ Realizar a limpeza primária do ferimento;
- ✓ Comunicar o médico para que o mesmo possa avaliar;
- ✓ Oferecer material apropriado e estéril ao médico;

-
- ✓ Realizar o curativo ao fim do procedimento.

Observação: Nos casos de urgência o usuário é encaminhado diretamente para a sala de sutura e após resolução do caso faz-se o registro do mesmo. Manter o material sempre estéril de reserva, para que o atendimento possa ser rápido e o paciente não perca o intervalo de tempo entre o horário do início da lesão e o atendimento.

6.5.5 - SALA DE ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO

- Definição

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de micro-organismos presentes: vírus, bactérias, fungos, protozoários, esporos, para um aceitável nível de segurança.

O processo de esterilização pode ser físico, químico, físico-químico.

- Objetivos

Prover e manter abastecida a unidade de material esterilizado, em quantidade, qualidade e em condições adequadas para o uso;

Proceder à limpeza e/ou a desinfecção do material fornecido, responsabilizando por perdas e danos indevidos;

Manter o setor em ordem, com materiais armazenados e identificados corretamente;

Encaminhar material danificado ao departamento administrativo;

Solicitar orientação do enfermeiro ou coordenador sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.

- Executante

Técnico de enfermagem



-
- Procedimentos
 - ✓ Receber o material encaminhado pelos setores;
 - ✓ Proceder à limpeza do material conforme a rotina técnica;
 - ✓ Verificar o estado de conservação do material;
 - ✓ Encaminhar o material para área de preparo;
 - ✓ Registrar no livro a saída do material, hora e setor para quem foi dispensado;
 - ✓ Lavar as mãos e friccionar álcool a 70% antes e após as atividades;
 - ✓ Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário usar EPI;
 - ✓ Executar o processo de esterilização na autoclave conforme instrução do fabricante;
 - ✓ Realizar teste confirmatório de funcionamento do equipamento;
 - ✓ Controlar o funcionamento das autoclaves registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;
 - ✓ Comunicar a gerencia de enfermagem e/ou administrativa qualquer falha nos equipamentos;
 - ✓ Montar a carga de acordo com as orientações básicas;
 - ✓ Adequar o número de pacotes, tamanho à autoclave;
 - ✓ Evitar que o material encoste-se às paredes da câmara;
 - ✓ Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;
 - ✓ Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave;
 - ✓ Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;
 - ✓ Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao arsenal; Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope;
 - ✓ Identificar os pacotes colocando no rótulo: Nome do pacote de acordo com a padronização, data da esterilização, validade e assinatura legível do funcionário que preparou o pacote.

- Instrumentais
 - ✓ Separar as pinças e pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes;
 - ✓ Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
 - ✓ Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas;
 - ✓ Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
 - ✓ Enxugar as peças com compressas ou pano macio e limpo, em toda sua extensão;
 - ✓ Avaliar a limpeza feita, revisando-o cuidadosamente;
 - ✓ Empacotar conforme a técnica do envelope;
 - ✓ Encaminhar o pacote à área de esterilização.

- Macro e Micro nebulizadores
 - ✓ Desconectar as peças dos nebulizadores, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
 - ✓ Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e /ou pinça longa;
 - ✓ Enxaguar as peças rigorosamente com água corrente;
 - ✓ Secar com pano limpo e seco;
 - ✓ Guardar as peças montadas em recipiente tampado;
 - ✓ Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente.

- Almotolias
 - ✓ Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;
 - ✓ Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponjate limpeza;



-
- ✓ Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
 - ✓ Enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
 - ✓ Borrifar álcool a 70% e deixar secar novamente;
 - ✓ Guardar em recipiente com tampa ou rabeaste para uso devidamente datadas.
 - ✓ Umidificador de oxigênio
 - ✓ Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;
 - ✓ Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
 - ✓ Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
 - ✓ Friccionar álcool a 70% na parte metálica que acompanha o umidificador;
 - ✓ Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.
 - Lâminas de laringoscópio
 - ✓ Friccionar álcool a 70% na lâmina;
 - ✓ Limpar o cabo do laringoscópio com solução de água e detergente; Remover com água e deixar secar.
 - ✓ Friccionar álcool a 70% no cabo;
 - ✓ Montar o laringoscópio testando seu funcionamento.
 - Ambu
 - ✓ Desmontar o Ambu;
 - ✓ Lavar a bolsa ventilatória, a máscara e as conexões externamente com água e sabão. Evitar apenetração de água no interior da bolsa;
 - ✓ Enxaguar em água corrente e secar;
 - ✓ Imergir em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
 - ✓ Retirar da solução, deixar secar naturalmente e guardar em recipiente tampado. Observações:
 - ✓ A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.

6.5.6 - SALA DE EXPURGO

- Descrição do Processo

É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo:

- ✓ Organizar a sala;
- ✓ Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;
- ✓ Solicitar a equipe de limpeza que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
- ✓ Abaste as salas com recipientes com tampa, contendo; água e detergente, para as salas de procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;
- ✓ Lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (Luvas de borracha, máscara, óculos, avental e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
- ✓ Secar o material com pano limpo;
- ✓ Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de conserto e/ ou reposição;
- ✓ Manter a sala limpa, organizada e abastecida;
- ✓ Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, no mesmo dia que retornar do laboratório;
- ✓ Realizar contagem / pesagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia (profissional avo ou maqueiro).

7. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS

7.1 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Definição

Puncionar uma veia periférica geralmente nos MMSS (Membros Superiores), Jugulares, cefálica ou MMII (Membros Inferiores).

Objetivo

Obter acesso ao sistema venoso para administração de líquidos e medicamentos, através de cânulas específicas (jelco ou scalp).

Executante

Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

Procedimento

- I. Separar todo material necessário para o procedimento como luva de procedimento, garrote, algodão ou gaze, álcool 70%, cânula específica, polifix preenchido com SF 0,9% ou água destilada, esparadrapo ou micropore para fixação;
- II. Lavar as mãos antes de realizar o procedimento;
- III. Escolher o local para puncionar como condição da veia, tipo e duração da terapia EV, idade do paciente e outros;
- IV. Garrotear o local escolhido e inspecionar a veia (firme, elástica, ingurgitada e arredondada);
- V. Realizar assepsia do local escolhido, geralmente com álcool 70%;
- VI. Realizar a punção com a cânula escolhida;



VII. Conectar o polifix e injetar a solução desejada;

VIII. Fixar o cateter de forma segura e datá-lo;

IX. Realizar a troca do acesso venoso a cada 72 horas ou em caso de perda e sinais flogísticos.

7.2 CATETERISMO NASOENTÉRICO (CNE)

Definição

Introdução da sonda nasoentérica através do nariz e passada pelo esôfago, estômago até o trato intestinal.

Objetivo

Inserir alimentação diretamente no intestino;

Aspirar conteúdo intestinal de forma a impedir a distensão intestinal;

Inseridas profilaticamente na noite anterior a uma cirurgia GI para prevenir obstrução no pós-operatório.

Executante

Enfermeiro

Procedimentos

I. Separar todo o material para realizar o procedimento como sonda nasoentérica, par de luvas de procedimento, gel lubrificante (lidocaína), coletor, gaze, esparadrapo para fixação, estetoscópio e seringa;

II. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

Identificar o paciente no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porquê do procedimento;

III. Posicionar o paciente corretamente em posição Fowler com a cabeça para frente;

Realizar a mensuração da sonda mesentérica colocando a extremidade distal da sonda na ponta do nariz, estenda a sonda até o trago da orelha, a seguir estenda a sonda até o apêndice xifóide e depois até a crista ilíaca. Neste ponto marque a sonda;

IV. Lubrifique a sonda e comece a inserir pela fossa nasal escolhida de forma leve e contínua até chegar à marcação efetuada anteriormente;

V. Confirme o posicionamento correto da sonda com realização de Raio - x de tórax e abdome, ausculta da área epigástrica ou aspirando resíduo gástrico;

VI. A cada vez que for usada a sonda deve ser verificada se está na posição correta com as maneiras explicadas no item acima (exceto o Rx que deverá ser realizado apenas na primeira vez);

7.3 - CATETERISMO NASOGÁSTRICO (CNG)

Definição

É a inserção de uma sonda plástica ou de borracha no estômago através da fossa nasal direita ou esquerda.

Objetivo

O cateterismo, ou sondagem nasogástrica pode estar em gavagem (entrada de material no estômago) ou sifonagem (retirada de material do estomago), e pode ser realizada para diversas funções como:

Administrar medicação e alimentos;

Descomprimir o estômago e remover gás e líquidos;

Lavar o estômago e remover substâncias tóxicas ingeridas;

Tratar uma obstrução;

Comprimir o local de sangramento;

Aspirar conteúdo gástrico para análise.

Executante

Enfermeiro

Procedimentos

I. Separar todo o material para realizar o procedimento como sonda nasogástrica, par de luvas de procedimento, gel lubrificante (lidocaína), coletor, gaze, esparadrapo para fixação, estetoscópio e seringa;

II. Identificar o paciente no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porquê do procedimento;

III. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

IV. Posicionar o paciente corretamente em posição Fowler com a cabeça para frente;

V. Realizar a mensuração da sonda nasogástrica colocando a extremidade distal da sonda na ponta do nariz, estenda a sonda até o trago da orelha, a seguir estenda a sonda até o apêndice xifóide. Neste ponto marque a sonda;

VI. Lubrifique a sonda e comece a inserir pela fossa nasal escolhida de forma leve e contínua até chegar na marcação efetuada anteriormente;

VII. Confirme o posicionamento correto da sonda com realização de Rx de tórax e abdome, ausculta da área epigástrica ou aspirando resíduo gástrico;

VIII. A cada vez que for usada a sonda deve ser verificada se está na posição correta com as maneiras explicadas no item acima (exceto o Rx que deverá ser realizado apenas na primeira vez).



7.4 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO (CVA)

Definição

É a drenagem artificial contínua da urina, através de um cateter inseridos diretamente na bexiga do paciente de forma estéril.

Objetivos

Drenar toda a urina do paciente em caso de retenção urinária;

Colher urina para exame, em caso de paciente com incontinência urinária e diurese em fralda.

Executante

Enfermeiro

Procedimentos

- I. Separar todo o material necessário para o procedimento como 02 pares de luva estéril, sonda de aspiração, soluções antissépticas (degermante e tópica), gel lubrificante (lidocaína), seringa, gaze estéril, coletor de urina para exame;
- II. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
- III. Identificar o paciente no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porquê do procedimento, além de posicioná-lo em decúbito dorsal;
- IV. Realizar limpeza e assepsia do local com as soluções degermante e tópicas;
- V. Abrir todo o material mantendo-o de forma estéril;
- VI. Colocar luva estéril;
- VII. Lubrificar a sonda de forma satisfatória (em caso de sondagem em mulher) ou injetar o gel lubrificante na uretra (em caso de sondagem masculina);

- VIII. Introduzir a sonda de forma cautelosa e contínua;
- IX. Realizar a coleta da urina em coletor específico e drenar toda a urina;
- X. Retira a sonda com cuidado.

7.5 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA (CVD)

Definição

É a drenagem artificial contínua da urina, através de um cateter inseridos diretamente na bexiga do paciente de forma estéril.

Objetivos

Alívio da obstrução do trato intestinal;

Auxiliar com a drenagem pós-operatória, principalmente das cirurgias urológicas;
Monitorizar com exatidão o débito urinário, geralmente em pacientes críticos;
Drenar a urina em pacientes com disfunção neurogênica da bexiga e retenção urinária; Prevenir o extravasamento em pacientes com pústulas de decúbito em estágio III ou IV.

Executante

Enfermeiro e Médico

Procedimentos

- I. Separar todo o material necessário para o procedimento como 02 pares de luva estéril, sonda vesical foley, soluções antissépticas (degermante e tópica), gel lubrificante (lidocaína), seringa, água destilada, gaze estéril, coletor fechado e bandeja de cateterismo vesical;
- II. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;



- III. Identificar o paciente no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porquê do procedimento, além de posicioná-lo em decúbito dorsal; IV. Realizar limpeza e assepsia do local com as soluções degermantes e tópicas; V. Abrir a bandeja de cateterismo e todo o material mantendo-os de forma estéril; VI. Colocar luva estéril; VII. Lubrificar a sonda de forma satisfatória (em caso de sondagem em mulher) ou injetar o gel lubrificante na uretra (em caso de sondagem masculina); VIII. Introduzir a sonda de forma cautelosa e contínua; IX. Ao iniciar a saída da urina, insuflar o balonete com água destilada (quantidade variada de acordo com o fabricante) pelo ejetor lateral e conectar ao coletor fechado.

Observações

- Caso não haja saída de urina, introduzir completamente a sonda e após insuflar o balonete;
- Quando for retirar a sonda vesical de demora, antes é necessário desinsuflar o balonete completamente para não haver trauma de uretra, e após puxar a sonda com cuidado até sua retirada completa.

7.6 - GASOMETRIA ARTERIAL

Definição

Consiste em coletar, de forma asséptica, uma amostra de sangue arterial em uma seringa heparinada e levar ao laboratório para análise.

Objetivo

Identificar a análise acidobásico específico e o grau de compensação ocorrido no sangue arterial.

Executante

Médico e Enfermeiro

Procedimentos

- I. Separar material necessário para a coleta de sangue arterial como par luva de procedimento, algodão com álcool 70%, seringa com agulha e heparina;
- II. Identificar o paciente e explicá-lo o procedimento (caso esteja consciente);
Coletar amostra de sangue arterial de forma asséptica;
- III. Após coleta, pressionar o local por um tempo médio de 10 minutos;
- IV. Levar a amostra de sangue arterial para o laboratório para ser efetuada a leitura por um equipamento específico.

7.7 - DISTRIBUIÇÃO DA MÁSCARA N95

Objetivos

Manter controle de distribuição das Máscaras N95;

Proteção ocupacional do funcionário da unidade em caso de exposição a contaminantes por aerossóis;

Incentivo ao uso da proteção individual.

Materiais

Planilha de controle contendo o nome completo do funcionário, data de aquisição, data de validade, assinatura do recebedor;

Máscaras N95, individualizadas;

Caixa plástica para armazenamento, localizada no almoxarifado; Caixa do material para distribuição.

Procedimentos

- I. Distribuição das máscaras pelo almoxarife, em caso de contaminante por aerossóis na unidade;
- II. Assinatura do recebedor em planilha própria;
- III. Orientação ao funcionário sobre a data de validade da máscara (3 meses, ou, em caso de danos ao material como, respingos de material orgânico, perfurações, entre outros) e armazenamento em local limpo e seco;
- IV. Orientar ao funcionário que esta máscara é individualizada, e deve ficar em seu poder durante o período de validade da mesma; Esclarecer ao funcionário que no almoxarifado tem disponível local para armazenamento da máscara própria, com identificação, a fim de evitar o esquecimento da mesma.

Observações

- Todos os almoxarifes serão orientados sobre a forma de distribuição mediante acordo com Gerente administrativo da Unidade;
- Será disponibilizado local para armazenamento das máscaras individualizadas, de forma opcional para o funcionário, a fim de evitar o esquecimento desta;
- Será feito uma reserva de 10 máscaras, para serem disponibilizadas para acompanhantes (caso maior de 60 anos ou menor de 18 anos) e funcionários que por algum motivo estão sem a proteção individual.

8. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H, SITUADOS NO MUNICÍPIO DE ARUJÁ/SP

▪ MÉDICOS

São membros efetivos do Corpo Clínico os profissionais médicos que participam contínua e efetivamente da rotina assistencial, bem como aqueles que forem admitidos pela Diretoria da Instituição.

8.1 - COMPETÊNCIAS DO COORDENADOR MÉDICO:

- I. Dirigir e coordenar as atividades médicas do Hospital;
- II. Servir como elo entre o Corpo Clínico e a Administração do Hospital;
- III. Ressaltar no Corpo Clínico o sentido de responsabilidade profissional e zelar para que isto aconteça;
- IV. Ter conhecimento das solicitações do Corpo Clínico, tomando as providências cabíveis e possíveis;
- V. Disciplinar a liberação de informações médicas ao público, em relação ao diagnóstico e tratamento dos pacientes, consultando, se necessário, a Comissão de Ética. As informações de caráter legal só deverão ser liberadas com a aprovação da Administração;
- VI. Proibir a utilização de históricos clínicos, salvo para assuntos técnicos-científicos, sempre respeitando a privacidade do paciente e o sigilo profissional;
- VII. Nomear as Comissões Permanentes e Temporárias, Coordenador de Serviços, bem como Secretário;
- VIII. Responder administrativamente ao Diretor Geral;

- IX. Propiciar ao membro do Corpo Clínico a participação em congressos, simpósios, cursos e palestras, desde que agendados previamente e sem prejuízo do serviço;
- X. Conseguir material didático e de atualização, para estudos;
- XI. Promover cursos, palestras e tomar outras iniciativas que venham a contribuir para o aperfeiçoamento dos profissionais da Medicina;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o presente Regimento;
- XIII. Assegurar a autonomia de funcionamento à Comissão de Ética Médica;
- XIV. Pesquisar e emitir parecer sobre novos serviços a serem implantados no Hospital quando envolverem as atividades médicas;
- XV. Supervisionar as atividades dos estagiários da área médica;
- XVI. Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste, ao menos, o credenciamento ao Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação e documento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.
- XVII. Organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizar-se pelo funcionamento técnico do serviço médico;
- XVIII. Assegurar o exercício da correta prática médica, conforme normas técnicas, legais e administrativas vigentes;
- XIX. Propor a organização dos serviços médicos e do Corpo Clínico à diretoria do Hospital, bem como a criação de novos serviços;
- XX. Assegurar autonomia à Comissão de Ética Médica, para que funcione adequadamente;
- XXI. Propiciar a integração permanente entre o Corpo Clínico e a Diretoria;
- XXII. Pesquisa e emitir parecer sobre novos serviços a serem implantados, quando envolverem as atividades médicas;

XXIII. Orientar os médicos e fixar rotinas para evitar que eles prescrevam por telefone;

XXIV. Reportar-se à Diretoria do Hospital para o perfeito desempenho das suas funções;

XXV. Assinar a documentação a ser enviada aos órgãos de controle da atividade médica e da Unidade;

XXVI. Participar das Comissões existentes na Unidade sempre que se fizer necessária à presença do profissional médico;

XXVII. Comparecer à Justiça e a outras repartições públicas, sempre que solicitado, para prestar informações;

XXVIII. Solicitar as escalas de plantão médico das respectivas clínicas, e divulga-las nos serviços interessados;

XXIX. Proibir a retirada de prontuários, equipamentos, medicamentos e materiais pertencentes ao Hospital, sem autorização da Diretoria;

XXX. Apresentar à Diretoria do Hospital o relatório anual das atividades médicas necessárias à elaboração da proposta orçamentária, dentro dos prazos estipulados;

XXXI. Assinar toda documentação necessária ao seu serviço e ao seu bom funcionamento.

8.2 - COMPETÊNCIAS DO CHEFE DO SERVIÇO:

- I. Supervisionar a orientação médica do serviço;
- II. Organização a Clínica, de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e contínua;
- III. Determinar a elaboração do prontuário de cada paciente, para que esteja conforme com as normas legais e as aprovadas pela Diretoria do Hospital;

-
- IV. Verificar a correta internação de pacientes nas respectivas clínicas, bem como a programação do serviço;
 - V. Promover reuniões periódicas com os médicos que atuam no Hospital, procurando resolver os casos clínicos, assim como estudar os prontuários e tudo que se relacione com melhor assistência e com aperfeiçoamento técnico;
 - VI. Introduzir o novo profissional médico, mostrando-lhe as dependências do Hospital, explicando-lhe as normas e apresentando-lhe seus novos colegas de trabalho;
 - VII. Manter contatos constantes com outras instituições hospitalares, verificando os aprimoramentos que podem ser introduzidos na Unidade;
 - VIII. Estimular o espírito de equipe entre seus colegas;
 - IX. Comunicar ao Diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada em seu serviço, inclusive sugerindo as providências adequadas a serem tomadas.

8.3 - COMPETÊNCIA DOS MÉDICOS

- I. Prestar assistência a todos os pacientes que procuram a Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H, situados no Município de Arujá/SP, respeitadas as suas finalidades;
- II. Colaborar em investigação e pesquisa científica;
- III. Participar na educação sanitária da comunidade;
- IV. Colaborar nos programas de treinamento do pessoal da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H, situados no Município de Arujá/SP;
- V. Desenvolver o espírito de integridade entre os profissionais da saúde;

VI. Procurar manter boas relações de trabalho com a Diretoria Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H, situados no Município de Arujá/SP.

8.4 ENFERMAGEM

O Serviço de Enfermagem é formado por profissionais devidamente habilitados; configurado pela habilidade do plano das relações de trabalho com a instituição. Destinam-se 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, Centro de tratamento Intensivo, Unidade Intermediária, Unidade de Urgência/Emergência, Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização.

A importância do Serviço de Enfermagem se caracteriza pela coordenação dos recursos materiais e humanos e pelas atividades inerentes a esta coordenação.

Finalidade.

O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- I. Prover recursos que possibilitem uma assistência integral aos pacientes, nas diversas fases do tratamento;
- II. Programar e coordenar a alocação e treinamento de recursos humanos para a assistência ao paciente;
- III. Estimular e promover trabalho em equipe, promovendo ambiente harmônico;

- IV. Difundir entre o pessoal de Enfermagem as diretrizes do Hospital, firmando critérios de trabalhos norteados pelos princípios humanísticos inseridos no código de ética;
- V. Colaborar com a equipe de saúde, a fim de melhorar e aperfeiçoar o desenvolvimento da assistência ao paciente;
- VI. Colaborar com as instituições educacionais da saúde;
- VII. Manter um elevado padrão de atendimento em todos os níveis de assistência;
- VIII. Estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho;
- IX. Programar as necessidades de pessoal dentro dos padrões de qualidade e quantidade exigidos pelas unidades para assistência nas 24 horas;
- X. Promover condições para o desenvolvimento e atualização técnico-científica do pessoal de Enfermagem;
- XI. Planejar, organizar, coordenar a assistência prestada aos pacientes, de acordo com a metodologia de enfermagem;
- XII. Criar condições e incentivar o relacionamento interdepartamental, com a comunidade e com os colegas de trabalho;
- XIII. Elaborar e Implantara sistematização da assistência de enfermagem e avaliar os resultados;
- XIV. Prestar assistência preventiva e curativa ao paciente cuidando para a sua pronta recuperação o mais rápido possível;
- XV. Elaborar com a Diretoria Administrativa, Corpo Clínico e demais setores da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H, situados no Município de Arujá/SP, no sentido do melhoramento e aperfeiçoamento dos trabalhos técnicos e administrativos;

XVI. Colaborar para que os índices de infecção sejam levantados da forma mais ampla e correta possível;

XVII. Preencher todas as formalidades necessárias, tanto no prontuário dos pacientes, quanto as demais solicitadas pela administração;

XVIII. Orientar os clientes quanto ao horário de visita dos pacientes a fim de facilitar a boa recuperação dos mesmos.

8.5 COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Requisitos:

I. Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no conselho;

II. Prática no exercício da profissão;

III. Ter conhecimento da legislação e jurisprudências dos procedimentos, métodos e técnicas que regem o serviço;

IV. Habilidades gerenciais para planejar, organizar e integrar atividades em nível complexo;

V. Título técnico município. Competências:

I. 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;

II. Convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem;

III. Apresentar à Administração relatórios mensais das atividades realizadas;

- IV. Manter atualizados os dados informativos a respeito dos Serviços de Enfermagem, utilizando para tais instrumentos administrativos;
- V. Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- VI. 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;
- VII. Definir e promover recursos humanos necessários ao atendimento de enfermagem nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando ao cuidado integral ao paciente;
- VIII. Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as múltiplas e diversas atividades de Enfermagem;
- IX. Participar da política de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos, permanentes e de consumo, incentivando e orientando as emissões de laudos técnicos;
- X. Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe de Enfermagem;
- XI. Participar, quando convocado, de reuniões com a administração;
- XII. Orientar o Setor de Recursos Humanos e participar com ele, na seleção de candidatos para a equipe de Enfermagem;
- XIII. Avaliar o desempenho da Enfermagem;
- XIV. Participar da elaboração de projetos de pesquisas concernentes à Enfermagem e incentivar a participação da equipe;
- XV. Elaborar métodos de pesquisa que visem medir a satisfação dos pacientes, no que se refere à assistência de Enfermagem nas unidades abertas;

- XVI. Criar e incentivar a Comissão de Ética de Enfermagem e Comissão Científica;
- XVII. Cumprir e fazer cumprir as Normas estabelecidas pela CCIH;
- XVIII. Cumprir e fazer cumprir as Normas estabelecidas no padrão Hospitalar;
- XIX. Manter rigoroso comportamento ético-profissional.
- XX. Organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as seções sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem, a fim de assegurar assistência adequada aos pacientes;
- XXI. Participar da elaboração de programas que visem ao aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas nas unidades abertas, elaborar e desenvolver normas para sua execução;
- XXII. Convocar e presidir reuniões periódicas com o pessoal de Enfermagem;
- XXIII. Desenvolver programas com as unidades afins, visando esclarecer a coordenação dos trabalhos para que o mesmo permaneça numa mesma filosofia e metodologia;
- XXIV. Informar e interpretar as normas hospitalares elaboradas;
- XXV. Zelar pelo cumprimento do Código de Ética e Deontologia de Enfermagem;
- XXVI. Responder pela qualidade dos trabalhos executados nas unidades, cujo desempenho repercute ou não em outras áreas;
- XXVII. Elaborar escala de serviço mensalmente, sob orientação e avaliação do Departamento de Enfermagem;
- XXVIII. Controlar assiduidade, pontualidade e disciplina dos seus colaboradores.

8.6 ENFERMEIRO

Requisitos:

- I. Possuir diploma do curso de Enfermagem e registro no conselho;
- II. Conhecimentos técnicos e científicos adequados à capacidade de tomar decisões imediatas;
- III. Conhecimentos e habilidades gerenciais e de liderança necessárias para organizar e integrar as atividades na sua área de atuação;
- IV. Possuir conhecimento técnico sobre o manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentos utilizados em execução dos trabalhos.

Competências:

- I. Receber e passar plantão à equipe de Enfermagem;
- II. Admitir e orientar os pacientes na unidade;
- III. Diagnosticar as necessidades de Enfermagem e elaborar um Plano de Assistência a ser prestada pela equipe de enfermagem na unidade;
- IV. Auxiliar o médico nos cuidados aos pacientes;
- V. Prestar assistência de Enfermagem a pacientes graves e pós-operatórios;
- VI. Participar das atividades de pesquisa de Enfermagem;
- VII. Participar do programa de educação em serviços;
- VIII. Participar do programa de educação e orientação ao paciente, familiares e visitas;
- IX. Atender e encaminhar os familiares do paciente;
- X. Saber trabalhar em equipe, aceitar a autoridade e supervisão;

- XI. Apresentar à Chefia imediata relatórios mensais das atividades realizadas no setor;
- XII. Desempenhar tarefas afins;
- XIII. Manter rigoroso comportamento ético-profissional.

8.7 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Requisitos:

- I. Possuir o certificado do curso Técnico em Enfermagem e registro no conselho;
- II. Conhecimentos técnicos para prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- III. Habilidade no manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados em execução dos trabalhos;
- IV. Capacidade para acompanhar o Enfermeiro no planejamento, programação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem.

Competências:

- I. Tomar conhecimento de evolução do serviço e do estado dos pacientes de passagem de plantão;
- II. Receber pacientes admitidos na unidade e orienta-los quanto às Normas do local;
- III. Executar os cuidados de Enfermagem a eles delegados;
- IV. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados, medicação, tratamentos aplicados, sinais e sintomas, de maneira clara e objetiva, logo após a sua execução;
- V. Auxiliar os demais membros da equipe da unidade sempre que solicitado;

- VI. Comunicar ao enfermeiro as alterações observadas no estado geral dos pacientes;
- VII. Acompanhar os familiares no horário da visita;
- VIII. Comunicar ao chefe do turno quando precisar ausentar-se;
- IX. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza do setor;
- X. Preparar atender materiais, utensílios, roupas e outros quando necessário;
- XI. Atender às solicitações do paciente;
- XII. Desempenhar tarefas afins;
- XIII. Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- XIV. Prestar assistência de Enfermagem a pacientes em estado grave sob a supervisão do enfermeiro;
- XV. Ajudar a manter a ordem, disciplina e limpeza da Unidade;
- XVI. Cumprir a sistematização da assistência em Enfermagem, Regimento e Regulamento do Hospital.

9.0 SERVIÇO SOCIAL

Finalidade

O Serviço Social tem a finalidade de assessorar as áreas de assistência na elaboração de planos, programas e projetos, visando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, assim como, desenvolver ações socioeducativas, que possibilitem ao usuário participar efetivamente do seu processo de tratamento, mobilizando-o para o exercício da cidadania.

O Serviço Social realiza um trabalho essencialmente socioeducativo e está qualificado para atuar nas diversas áreas ligadas à condução das políticas sociais públicas e privadas, tais como planejamento, organização, execução, avaliação, gestão, pesquisa e assessoria. O seu trabalho tem como principal objetivo responder às demandas dos usuários dos serviços prestados, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar. Para isso, o assistente social utiliza vários instrumentos de trabalho, como entrevistas, análises sociais, relatórios, levantamento de recursos, encaminhamentos, visitas domiciliares, dinâmicas de grupo, pareceres sociais, contatos institucionais, entre outros. O assistente social é responsável por fazer uma análise da realidade social e institucional, e intervir para melhorar as condições de vida do usuário.

O Serviço Social na Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H, situados no Município de Arujá/SP, garante espaço para que os usuários explicitem seus interesses e necessidades, colocando suas demandas à Unidade, com o propósito de terem suas demandas conhecidas e eventualmente atendidas.

No que tange a Humanização no atendimento, pelo caráter interventivo do Serviço Social, o profissional tem a contribuir no processo de humanização, no entendimento do processo saúde-doença através de atividades socioeducativas com usuários, equipe multiprofissional, gestores, entre outros. Assim sendo, a prática profissional torna-se ética quando, reconhece o direito de todos à liberdade, rumo à construção de relações mais justas e solidárias. É nesta compreensão que a humanização da ação do assistente social na saúde pode se concretizar.

Percebe-se que, o trabalho dos assistentes sociais é de suma importância, tendo como objetivo a humanização do atendimento hospitalar socializada aos usuários do espaço hospitalar.



9.1 - COMPETÊNCIAS GERAIS

Demandas	Ação que será realizada
Inserção de “casos especiais” no atendimento:	Orientação ao demandante de que é direito/dever do usuário o respeito à rotina da Unidade.
Encaminhamento externo:	Fornecimento de endereço e telefones locais solicitados.
Resolução de “questões sociais” individuais dos funcionários:	Identificação da situação e realização dos devidos encaminhamentos.
Soluções de Conflitos internos usuário/família x serviços/profissionais técnicos:	Mediação, escuta, apoio, orientação e encaminhamento para as respectivas chefias responsáveis.
Solicitação de Ambulância extra para a Unidade:	Contato com a empresa específica para a solicitação.

9.2 - NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO SOCIAL

Plantão Social:

Realização os atendimentos Sociais de acordo com as demandas existentes no decorrer do plantão e seus desdobramentos.

Continuidade do plantão anterior:

Cabem ao Assistente Social a verificação alguma pendência do Plantão anterior e dar continuidade ao procedimento iniciado.

Transferências:

Efetuar a verificação as transferências pendentes e reenvio o Laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) atualizado do paciente para a Central de Regulação.

Acessibilidade a Rede de Saúde:

Verificação especialidades médicas disponíveis na Área de Planejamento (caso não haja, verificar nas proximidades) de acordo com a necessidade do paciente; e encaminhá-las aos enfermeiros que estão no Acolhimento.

Visita aos leitos:

Visita aos pacientes nas salas Amarela e Vermelha, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos a cada norma e rotina da Unidade.

Acolhimento ao familiar:

Contato com familiar dos pacientes atendidos e/ ou em observação, que estão sem condições de estarem desacompanhados, além da democratização das informações necessárias (rotina, socialização de material educativo, audiovisual, etc.).

Assessoria Técnica a equipe multiprofissional de plantão:

Esclarecer, escutar e apoiar a equipe, com vistas ao atendimento humanizado e a sistematização das práticas.

Humanização na Saúde:

Execução da Política de Acolhimento proposta pelo Sistema único de Saúde - SUS na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde.

Pesquisa e estudo:

Elaboração estatísticas de atendimento para verificar possíveis intervenções de acordo com a demanda demonstrada em análise; Elaboração gráficos com o número de altas, transferências, óbitos, etc.

A cada plantão, o Assistente Social deverá fomentar com dados às estatísticas de atendimento e outros.

Demandas internas do Serviço Social

Demandas	Ação que será realizada
Produção de conhecimento teórico; Atualização constante da prática profissional;	Estudos teóricos; Pesquisas; Cursos de capacitação permanente/ continuada;
Atualização e expansão contínua da Rede de Recursos;	Montagem de biblioteca mínima disponível ao assistente social; Consultas na internet; Contato com outros profissionais, instituições e comunidade para a expansão da Rede; Participação nos Conselhos de Saúde, Reuniões das Coordenadorias de Assistência Social – CAS;

Procedimentos

- **ALTA:**

A solicitação de contato para a comunicação de alta deve ser registrada na “Pasta de Alta” e no Livro de Registro. Em caso de Alta social, o assistente social deve fazer o registro de todo o processo na “Evolução Multiprofissional” do prontuário do paciente e no Livro de Registro. Ao Assistente Social não cabe dar diagnóstico ou qualquer informação sobre a saúde do paciente. Ex: “Ela está bem”, etc.

- **TRANSFERÊNCIA:**

Central de Regulação Municipal:

Eletivas:

Após o preenchimento da AIH, o assistente social deve passar o fax e confirmar o mesmo, fazendo o controle periódico do tempo de resposta;

Após o retorno da Central de Regulação comunicar imediatamente ao médico solicitante;

Registrar na “Evolução Multiprofissional” a qual Central foi solicitada a regulação, a resposta da mesma, o hospital de destino, nº de laudo e demais informações pertinentes.

- **VAGA ZERO:**

Solicitar ao médico o preenchimento da AIH, contendo as informações necessárias para que a razão da solicitação de “Vaga Zero” esteja clara;

Passar o fax e confirmar o mesmo, já comunicando à Central o envio do paciente para o Hospital de referência;

Solicitar a Central de Regulação o nome do médico que irá receber o paciente na Unidade de destino;

Orientar ao médico e /ou enfermeiro que acompanhar a remoção do paciente que mantenha a comunicação com o serviço social e caso recusem o paciente no hospital de destino, solicitar ao médico que recusou que escreva a razão da recusa no verso da AIH e assine a mesma.

- **Central de Regulação Estadual**

Após o preenchimento do Formulário de Terapia Intensiva, o assistente social deve passar o fax e confirmar o mesmo, fazendo o controle periódico do tempo de resposta;

Comunicar imediatamente ao médico solicitante a resposta da Central de Regulação;

Registrar na “Evolução Multiprofissional” a qual Central foi solicitada a regulação, a resposta da mesma, o hospital de destino, nº de laudo e demais informações pertinentes.

- **Doença Infecto parasitária:**

Após o preenchimento do Formulário de DIP, o assistente social deve passar o fax e confirmar o mesmo, fazendo o controle periódico do tempo de resposta;

Comunicar imediatamente ao médico solicitante a resposta da Central de Regulação;

Registrar na “Evolução Multiprofissional” a qual Central foi solicitada a regulação, a resposta da mesma, o hospital de destino, nº de laudo e demais informações pertinentes.

Dengue– Repetir procedimentos acima descritos, porém no formulário próprio de dengue.

Exame Externo

Mediante a solicitação médica, o Serviço Social entra em contato com a Central de Regulação Municipal para que a rede hospitalar pactuada a obtenção do exame solicitado.

Na falta de aparelhagem e profissional especializado, o assistente social poderá contatar outro hospital que tenha o serviço disponível.

Diante da confirmação do serviço, ambulância leva o paciente e retorna para unidade.

9.3 - ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

- Coordenar, orientar e supervisionar as ações do serviço social;
- Estabelecer normas e rotinas relacionadas ao serviço social, através da constante revisão do Procedimento Operacional Padrão (POP);
- Elaborar processos eficazes para a plena execução do Serviço de Atendimento ao Usuário, contidos nas Metas Qualitativas;
- Esclarecer, escutar e apoiar a equipe, com vistas ao atendimento humanizado e a sistematização das práticas;
- Elaborar e supervisionar processos pertinentes a Ouvidoria, visando a melhoria na qualidade do atendimento prestado ao usuário e a resolutividade das questões apresentadas pelos usuários;
- Zelar pelas diretrizes profissionais e pela ética profissional do assistente social;
- Articular e promover com os diversos níveis governamentais e instituições a integralidade ampliada, com vistas à ampliação da rede social;
- Elaborar estatísticas de atendimento para verificar possíveis intervenções de acordo com a demanda demonstrada em análise;
- Elaborar gráficos e relatórios com o número de altas, transferências, óbitos, etc.;
- Colaborar na criação de material educativo pertinente a Unidade;

- Realizar reuniões sistemáticas com a equipe;
- Estimular a presença da equipe multidisciplinar nos treinamentos na Unidade ou em outras instituições;
- Apoiar a equipe multidisciplinar na execução da Política de Acolhimento proposta pelo Sistema único de Saúde - SUS na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde;
- Efetuar o controle de escala mensal dos funcionários do serviço social;
- Manter o setor devidamente atualizado em relação às diretrizes profissionais e novas Leis; Atuar na mediação de possíveis pactuações com os diversos níveis de atenção da saúde no que diz respeito a área social;
- Verificar o andamento das notificações compulsórias feitas pelo serviço social aos órgãos competentes;
- Apoiar a gerência administrativa, coordenação de enfermagem e coordenação médica em relação aos processos sociais dentro na Unidade;
- Participar de reuniões com a equipe multidisciplinar, visando a contínua verificação dos processos e ações para a melhoria dos mesmos;
- Promover a educação continuada da equipe de serviço social;
- Manter contando com os articuladores de serviço social das CAPS;
- Incentivar que a equipe trabalhe de forma entrosada e eficiente, propiciando ao usuário o acesso à saúde, garantido pela Constituição Federal;
- Promover e estabelecer à equipe a relação teórico-prática dentro das diretrizes do serviço social;
- Monitorar e avaliar periodicamente o desempenho profissional dos assistentes sociais.

9.4 ATRIBUIÇÕES DA ASSISTENTE SOCIAL

- Realizar os Atendimentos Sociais de acordo com as demandas existentes no decorrer do plantão e seus desdobramentos;

- Interpretar a situação social do paciente e sua família junto à equipe multidisciplinar;
- Providenciar encaminhamento de crianças, adolescentes e idosos para centrais de referência da Prefeitura, quando houver necessidade de abrigo;
- Obedecer à rotina de acolhimento com avaliação e classificação de risco da unidade;
- Orientar os usuários individualmente e em grupo, quando necessário, quantos aos seus direitos sociais e encaminhá-los aos serviços públicos adequados;
- Conhecer a rede de serviços de proteção básica e especial do território para realizar adequadamente os encaminhamentos necessários;
- Notificar os órgãos competentes sempre que houver suspeita ou confirmação de negligência e/ou maus tratos contra criança, adolescente e idoso;
- Fazer contato com os órgãos competentes para providenciar remoções de pacientes que necessitem de encaminhamento para Unidades Hospitalares, Centrais de Triage e recepção ou Abrigos;
- Registrar os atendimentos, arquivando-os em local apropriado resguardando o sigilo profissional; Atuar como Ouvidoria da Unidade, servindo como canal de comunicação da unidade com seus usuários;
- Orientar o paciente, familiares ou responsáveis, quanto aos encaminhamentos aos recursos comunitários disponíveis, de acordo com as necessidades apresentadas;
- Colaborar nos programas sociais e de saúde da comunidade, bem como nos programas de pesquisa médico-sociais;
- Discutir com os usuários e seus responsáveis sobre questões que estejam interferindo na situação de saúde, respeitando o direito de tomarem suas próprias decisões;
- Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social; Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;



-
- Discutir com o responsável pelo paciente sobre a necessidade de sua prevenção e na recuperação da saúde do paciente;
 - Proceder ao acompanhamento social do tratamento de saúde enquanto o paciente estiver na Unidade;
 - Participar com demais membros da equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações coerentes à situação;
 - Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e de funcionários;
 - Atuar como instrumento do processo de humanização da assistência.

10. NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

10.1 Finalidade

A Farmácia tem a finalidade de prestar assistência farmacêutica às diversas áreas do Hospital, sendo o órgão tecnicamente preparado para armazenar, distribuir, controlar e eventualmente produzir medicamentos e produtos afins utilizados no Hospital. É também responsável pela informação técnica, científica e controle de qualidade de medicamentos e correlatos utilizados pela unidade.

o Organização

A Farmácia está diretamente subordinada à Coordenação de Apoio Técnico, sendo subordinada à mesma as seguintes áreas:

Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF – local de estocagem de medicamentos, correlatos e insumos farmacêuticos, ordenando-os em locais pré- estabelecidos, facilitando a localização, gestão e total controle

sobre a quantidade e qualidade existente destes produtos, e;

Farmácia-Satélite – ponto de apoio à central de medicamentos, com o Objetivo de facilitar a distribuição e maximizar o nível de serviço prestado às demais unidades.

o **Atribuições Gerais**

- Assessorar o Corpo Clínico da Unidade com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos;
- Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da Instituição;
- Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos e produtos afins, mantendo registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;
- Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, e em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos;
- Aviar as receitas formuladas pelo corpo clínico;
- Colaborar em pesquisas de assuntos farmacêuticos;
- Cooperar com a Comissão de Farmácia e Terapêutica nas atividades de desenvolvimento e análise para padronização dos medicamentos em uso;
- Assessorar no controle de qualidade dos produtos químicos adquiridos para utilização na Instituição, e
- Executar programas de educação em serviço, promovendo a orientação técnica do pessoal da Farmácia.

o **Perfil do Cargo**

Devido o trabalho de chefia consistir em organizar, coordenar, planejar e

controlar todas as atividades desenvolvidas pela Farmácia, sugere-se o seguinte perfil profissional:

- Profissional com nível superior em Farmácia;
- Desejável curso de especialização em Farmácia Hospitalar;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia;
- Preferencialmente com experiência em Farmácia Hospitalar, e
- Conhecimento de organização e administração, normas e regulamentos aplicáveis às atividades de apoio técnico.

10.2 - ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO

- I. Esclarecer ao usuário sobre a existência do medicamento genérico, substituindo, se for o caso, o medicamento prescrito exclusivamente pelo medicamento genérico correspondente, salvo restrições expressas de próprio punho consignadas no documento pelo profissional prescriptor;
- II. Indicar, no verso da prescrição a substituição realizada, citando o nome genérico do medicamento e a indústria produtora, apondo o carimbo que conste seu nome e número de inscrição no CRF, local e data, assinando a declaração;
- III. Assessorar o corpo clínico com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos;
- IV. Solicitar em tempo hábil ao setor de logística a aquisição de medicamentos através de pedidos, para que atinjam limites de reposição do estoque, em data pré-estabelecida, sendo o mesmo também encaminhado a chefia imediata;
- V. Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;

-
- VI. Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos e produtos afins, mantendo registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;
 - VII. Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, e em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos;
 - VIII. Controlar as receitas formuladas pelo corpo clínico da unidade;
 - IX. Colaborar em pesquisas de assuntos farmacêuticos;
 - X. Assessorar no controle de qualidade dos produtos químicos adquiridos para utilização na unidade;
 - XI. Responsabilizar-se pelo recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;
 - XII. Organizar e manter ordem no setor;
 - XIII. Participar do inventário - última semana do mês;
 - XIV. Realizar entrega dos medicamentos para os setores (conforme solicitação) e dar baixa do sistema conforme demanda;
 - XV. Controlar o estoque, manutenção, prazo de validade, segurança de uso e distribuição dos medicamentos à disposição da Unidade;
 - XVI. No ato da dispensação explicar detalhadamente ao paciente sobre a utilização do medicamento, fornecendo toda a orientação necessária ao seu consumo racional;
 - XVII. Informar ao paciente e ao prescritor sobre a existência ou não de medicamentos genéricos, diferenciando-os dos similares;
 - XVIII. O farmacêutico deverá desenvolver ações na seleção e dispensação de medicamentos não prescritos, estando sempre atento a Portaria do Ministério da saúde.

XIX. Cabe ao farmacêutico a garantia do cumprimento da legislação em vigor, das normas éticas dentro e fora da farmácia no estrito cumprimento dos atos inerentes ao farmacêutico e com vista a adequar a qualidade do serviço com as necessidades do paciente;

XX. O farmacêutico que não prestar efetiva assistência farmacêutica aos estabelecimentos sob sua responsabilidade técnica, ficam sujeitos às penas previstas pela legislação;

XXI. O pessoal envolvido com os medicamentos tanto no seu manuseio quanto no seu controle, devem receber treinamentos para trabalho ao qual se propõe.

XXII. O Farmacêutico responsável receberá de seus superiores todo o apoio necessário para um trabalho eficiente, como exigem as boas práticas de dispensação de medicamentos.

10.3 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO – FARMÁCIA

10.3.1 - POLÍTICAS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Armazenamento e Conservação de medicamentos termolábeis;
- Armazenamento e Conservação de substâncias inflamáveis;
- Armazenamento de Medicamentos constantes sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;
- Armazenamento de Medicamentos não sujeitos a controle especial; Dispensação da Prescrição Médica;
- Recebimento de Medicamentos termolábeis;
- Recebimento de Medicamentos não sujeitos a controle especial;
- Solicitação de compra de medicamentos padronizados;
- Solicitação de compra de medicamentos não padronizados.
- Controle de Validade de Medicamentos;
- Devolução de Medicamentos.

10.3.2 - ROTINA DE RECEBIMENTO DOS MEDICAMENTOS

- I. No ato do recebimento, cada entrada deve ser examinada quanto à respectiva documentação e fisicamente inspecionada para que sejam verificados suas condições físicas, rotulagem, tipo, data de fabricação, validade e quantidade;
- II. Conferir a nota fiscal quanto à razão social, quantidade, preço, condições de pagamento e se a remessa corresponde à encomendada;
- III. As empresas produtoras (fabricante ou laboratório) ficam obrigadas a informar, em cada unidade produzida os itens:
- IV. O nome do produto farmacêutico - nome genérico e comercial (observar a legislação);
- V. Nome e endereço completo do fabricante com telefone do serviço de atendimento ao consumidor (SAC);
- VI. Nome do responsável técnico, número de inscrição e sigla do Conselho Regional de Farmácia do seu Estado;
- VII. Número do registro no Ministério da Saúde conforme publicação do Diário Oficial da União;
- VIII. Data de fabricação;
- IX. Data de validade, esse prazo deve ser no mínimo de um ano para uma maior rotatividade dos produtos;
- X. Número de lote a que a unidade pertence;
- XI. Composição dos produtos farmacêuticos;
- XII. Peso, volume líquido ou quantidade de unidades se for o caso;
- XIII. Finalidade, uso e aplicação;
- XIV. Precauções, cuidados especiais.

XV. Caso haja divergências em um ou mais dos itens acima, não receber os produtos, procedendo da seguinte forma:

Assinar o canhoto da nota fiscal, devolvendo-a ao entregador;

Encaminhar a nota fiscal conforme orientação da Empresa.

10.3.3 - ROTINA DE ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

A correta armazenagem dos medicamentos é fundamental para garantir sua eficácia, sendo assim o estabelecimento deve ter:

Espaço para o fluxo racional de pessoal e materiais, visando reduzir ao mínimo o risco de quebras e contaminações:

- I. As caixas dos medicamentos não devem ser colocadas diretamente no chão;
- II. Os medicamentos termolábeis devem ser imediatamente guardados quando chegam na farmácia, e deve-se fazer a verificação da temperatura da geladeira para saber se está ideal;
- III. Os locais de trabalho devem ser mantidos limpos, isentos de pó e contaminação, o lixo coletado nas dependências deve ser eliminado através de sistemas seguros e higiênicos, sendo depositados em recipientes especiais com tampa e removidos o mais rápido possível.
- IV. Medicamentos violados ou suspeitos de qualquer contaminação devem ser retirados dos estoques comercializáveis, identificados e segregados em área totalmente separados de forma a não serem vendidos, por engano e nem contaminarem outras mercadorias.

Os produtos com prazo de validade vencido ou com avarias poderão seguir dois destinos:

I. Poderão ser devolvidos ao fornecedor (fabricante ou laboratório), através de nota fiscal de devolução com os dizeres "mercadoria avariada ou mercadoria vencida, visando o objetivo do descarte";

II. Não havendo condições para a execução do procedimento acima, o farmacêutico responsável deve dirigir-se a autoridade sanitária competente, para receber orientação quanto ao descarte de tais produtos.

III. Os medicamentos devem ser armazenados nas estantes, em local que não receba luz solar direta;

IV. Aos medicamentos termolábeis, deve ser evitado ao máximo, a exposição, desses produtos, a qualquer tipo de luz, evitar exposição direta ao solo e também não permitir o congelamento desses produtos pois perdem suas atividades farmacológicas;

V. Os medicamentos controlados merecem especial armazenamento, ou seja, dada às características desses medicamentos, sua área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima (armário lacrado). Deve ser evitada ao máximo, a exposição, desses produtos, a qualquer tipo de luz principalmente solar, e também não podem ser depositados diretamente ao solo. Esses produtos precisam estar em área isolada das demais, somente podendo ter acesso a ela, pessoas autorizadas ou o farmacêutico responsável técnico.

Os estoques de psicotrópicos deverão ser inventariados diariamente nos livros adequados para que não haja diferenças em suas quantidades. Produtos vencidos, danificados ou quebrados, devem seguir o procedimento:

I. Relacionar em 3 vias, dar baixa no sistema e segrega-los no próprio depósito de produtos controlados;

II. Comunicar através de ofício a Autoridade Sanitária o ocorrido, enviando junto à relação dos produtos;

III. Levar a Superintendência de Vigilância Sanitária para a destruição do produto ou destinação a ser dada;

IV. Solicitar o documento vista do pelo órgão fiscalizador arquivando na Empresa após dar baixa nos produtos.

10.3.4 - MÉTODOS DE ARMAZENAGEM

- I. Por Ordem Alfabética de Medicamentos;
- II. Por Ordem Alfabética das Formas Farmacêuticas de Apresentação;
- III. Por Ordem Alfabética de Laboratórios;
- IV. Por Ordem Alfabética de Grupos Farmacológicos;
- V. Por Codificação.

10.3.5 - ROTINA DE DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTO

- I. O ato de dispensar produtos farmacêuticos ao público deve ter suas operações devidamente registradas em documento próprio e disponíveis à autoridade sanitária competente;
- II. Os produtos, aparelhos e acessórios devem estar em local específico, separados dos demais produtos e medicamentos;
- III. Estar atento aos novos modelos de receituários, preconizados pela portaria e suas atualizações;
- IV. Verificar a dosagem, via de administração e duração do tratamento, se necessário em caso de dúvida confirmar com o médico;
- V. Controlar diariamente a movimentação do livro de medicamentos controlados;

VI. Orientar ao paciente o uso adequado do medicamento no momento da dispensação, colaborando para o uso racional do medicamento;

VII. O programa de informatização do estabelecimento farmacêutico deve se prestar ao setor administrativo da farmácia, registrando todo o histórico de movimentação do produto dispensado;

VIII. No ato da dispensação, é necessária atenção para alguns aspectos importantes: Nome do medicamento;

Finalidade terapêutica do produto; Posologia;

Modo de usar;

Precauções;

Efeitos colaterais;

Interações medicamentosas; Instruções de armazenamento.

Assegurar que o paciente tenha sido esclarecido corretamente e com respeito.

10.3.6 - MÉTODOS DE DISPENSAÇÃO

- ✓ Dispensação por Dose Coletiva;
- ✓ Dispensação por Dose Individual;
- ✓ Combinação do Sistema de Dispensação Coletiva com a Prescrição Individual; Dispensação por Dose Unitária.

10.3.7 - ROTINA DE DEVOLUÇÃO DOS MEDICAMENTOS

I. O setor/usuário identifica os medicamentos que não serão utilizados ou cuja data de expiração esteja próxima, preenche a nota de devolução em duas vias e remete-a ao farmacêutico;

II. A farmácia recebe o medicamento, confere-o, retém uma via da nota e devolve a outra ao setor/usuário. Quando o medicamento é inservível, envia a cópia, juntamente com o medicamento, para descarte. Deve-se tentar proceder à troca dos produtos com os fornecedores. Caso o medicamento possa ser utilizado, procede-se à entrada desse item e encaminha-se a cópia para o farmacêutico.

10.3.8 - ESTOQUE

10.3.8.1 ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DE ESTOQUE

- I. Captura da demanda dos produtos na área de dispensação, gerando requisições automáticas dos produtos que atingiram o estoque mínimo;
- II. Legenda na requisição de produtos que sinalizem, para o usuário que está fazendo a requisição, se determinado produto existe no estoque ou não;
- III. Contagem física semanal dos itens rotativos indicados e randômicos;
- IV. Requisição automática através de estoque máximo, mínimo e ponto de pedido parametrizado para as áreas;
- V. Visualização de todo o material, com rastreabilidade de lote e validade, do recebimento até a dispensação ou utilização do paciente;
- VI. Manutenção dos níveis de serviço acordados e medidos nos indicadores de performance;
- VII. Geração de informação para a Administração dos itens que se encontrarem abaixo do estoque mínimo para compra;
- VIII. Controle do giro do estoque;
- IX. Apontamentos de produtos parados no estoque durante um longo prazo;

- X. Otimização dos estoques máximos e ideais;
- XI. Padronização dos materiais, para minimizar estoque e processos de compra através do sistema operacional de gerenciamento de estoques;
- XII. Inventário mensal de todos os itens ou inventários cíclicos, por produto ou por área, com registros no sistema de todos os controles e divergências encontradas;
- XIII. Elaboração de relatórios gerenciais e de custos de consumo, por unidade, por área, por tipo de programa, por paciente ou centro de custos;
- XIV. Elaboração de relatórios de valorização de estoque em conjunto com o setor responsável;
- XV. Manutenção do histórico de informações;
- XVI. Auditoria dos processos de trabalho e rotinas;
- XVII. Controles de acesso no sistema no nível do usuário;
- XVIII. Rastreabilidade no nível do usuário de qualquer inclusão, alteração ou exclusão realizada no sistema;
- XIX. Fornecimento de relatório para a Administração dos produtos a vencer.

10.3.8.2 - ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ESTOQUE

- I. Receber e verificar todos os materiais comprados, conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
- II. Realizar a devolução aos fornecedores, quando, em qualquer situação de recebimento for identificado divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais;
- III. Estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;

-
- IV. Enviar os gêneros alimentícios perecíveis ao Serviço de Nutrição para sua verificação e correta estocagem;
 - V. Informar às áreas requisitantes o devido recebimento de seus pedidos;
 - VI. Proporcionar uma correta armazenagem dos materiais, respeitando as características técnicas e geométricas (volume) a fim de se evitar possíveis avarias e deterioração;
 - VII. Solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, momento este quando identificado o Ponto de Ressuprimento do produto estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento da unidade;
 - VIII. Manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de segurança, e principalmente, a higienização e eliminação de materiais deteriorados ou vencidos.

10.9 - NORMAS E ROTINA DE RECEBIMENTO DE SUPRIMENTOS E MEDICO- HOSPITALARES

- I. Receber e controlar os materiais comprados e consignados, conferindo com as Ordens de Compra e Nota de Empenho emitidas e aprovadas, incluindo controle específico para cada modalidade de compra;
- II. Conferir os produtos recebidos a fim de garantir quantidades corretas, integridade física e visual das embalagens, especificações técnicas dos produtos e validade;
- III. Etiquetar os produtos para controle de movimentação, incluindo lote e validade, via código de barras;
- IV. Registrar a entrada, no sistema operacional de gerenciamento de estoques, dos produtos recebidos via leitores de código de barras ou

equipamentos conectados on-line com o sistema, disponibilizando o material de forma segura para uso imediato;

V. Controlar pendências e prazos de entrega, seguindo os critérios definidos pela Administração no ato da compra;

VI. Subsidiar a gestão com a avaliação da capacidade dos fornecedores no que diz respeito ao fornecimento de produtos, de acordo com os requisitos de segurança, prazos de entrega, acuracidade e integridade dos produtos, por meio de relatórios ou consultas via sistema;

VII. Oferecer relatórios de consumo e pesquisas com informações necessárias aos setores responsáveis pelas aquisições e abastecimentos das Unidades de Saúde;

VIII. Quando a quantidade em estoque atinge o ponto de ressuprimento, emite duas cópias do pedido de compra de material, indicando a quantidade a ser repostas. Uma das cópias é enviada para a administração e a outra, arquivada na unidade. Esta última é eliminada quando da chegada dos produtos;

IX. Quando a quantidade em estoque atinge o nível de reserva, emite um pedido de compra de emergência em duas vias, uma é encaminhada a administração e outra, arquivada na unidade. Esta última é eliminada quando da chegada dos produtos.

10.9.1 - ROTINA DE ARMAZENAGEM DOS MATERIAS DE CONSUMO GERAIS E MEDICO- HOSPITALARES

I. O material deve ser mantido na embalagem original;

II. Manutenção dos estoques nas áreas de armazenagem, dispensação e consumo devidamente organizados e conservados;

III. Alocação dinâmica de estoque, baseada nas características físico-química dos produtos para otimização das áreas e atendimento das exigências dos órgãos competentes;

IV. Controle de movimentação das posições de estoque através de código de barras com ponto de controle duplo;

V. Identificação total do volume de estoques distribuídos por toda a rede, com rastreabilidade total dos mesmos;

VI. Ressarcimento das diferenças de estoque por inventário físico, seguindo o seguinte critério: a partir de inventário físico total, executado com acompanhamento e critérios aprovados pela Administração;

VII. A contagem de inventário poderá ser solicitada a qualquer momento;

VIII. A armazenagem deve ser por ordem alfabética de grupo de material, obedecendo a uma ordem alfabética rigorosa em cada grupo, da seguinte maneira, como exemplo:

Adesivos Esparadrapo;

Fita cirúrgica;

Fitas de papel adesivo;

Plásticos aderentes.

Cânulas, drenos e tubos Cânulas: endotraqueal Guedell

Traqueal

Drenos: Kehr ou em T Penrose

Tubos: aspiração

C.E.C. Oxigenadores

Coletores

Bolsa para colostomia;



Coletor de urina infantil feminino;
Coletor de urina infantil masculino;
Coletor de urina - sistema aberto;
Coletor de urina - sistema fechado.
Dispositivos para infusão Agulhas;
Cateteres;
Equipos;
Scalps;
Seringas.
Fios cirúrgicos
Material têxtil Algodão;
Atadura;
Campo operatório (cirúrgico);
Gaze;
Gorro;
Máscara;
Sapatilha.
Sondas
Aspiração traqueal;
Enteral;
Foley;
Hemostática;
Nasogástrica;

Oxigeno terapia;

Retal;

Uretral.

IX. As áreas de armazenamento devem ser identificadas de acordo com o grupo e os produtos, armazenados de maneira que permita a perfeita visualização do nome, número de lote e prazo de validade - aquele que for vencer primeiro deve estar à frente e do lado esquerdo;

X. As áreas que abrigarão os materiais precisam ter as seguintes características: Ausência de umidade e de calor ou frio excessivos (temperatura não superior a 25° C);

Proteção contra animais e parasitas;

Proteção contra incêndio;

Boa circulação de ar;

Disposição adequada para movimentação de pessoas e materiais;

Área administrativa;

Área para produtos que necessitam de temperatura controlada;

Área para produtos inflamáveis.

10.9.2 - ROTINA DE DISPENSAÇÃO DOS MATERIAS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO- HOSPITALARES

I. Separação dos materiais pelos sistemas de dispensação coletiva, para abastecimento da área de dispensação nas unidades hospitalares, com controle de lote, validade e rastreabilidade, com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados e definidos pela Administração;

II. Controle de atendimento de requisição de produtos para respectiva dispensação e distribuição;

-
- III. Recuperação do material não utilizado na Unidade, computando, através de rotina do Sistema, materiais de devolução que deverão retornar para o estoque;
 - IV. Processamento de logística reversa de materiais, disponibilizando produtos para consumo imediato;
 - V. Relatórios assinados de recebimento dos produtos, quando da entrega nas Unidades.

10.9.3 - ROTINA DE DEVOLUÇÃO DOS MATERIAIS DE CONSUMO GERAIS E MEDICO- HOSPITALARES

- I. O usuário identifica os materiais que não serão utilizados ou cuja data de expiração esteja próxima, preenche a nota de devolução em duas vias e remete-a ao coordenador de suprimentos;
- II. O almoxarifado recebe o material, confere-o, retém uma via da nota e devolve a outra ao usuário. Quando o material é inservível, envia a cópia, juntamente com o material, para descarte. Deve se tentar proceder à troca dos produtos com os fornecedores. Caso o material possa ser utilizado, procede-se à entrada desse item e encaminha-se a cópia para o coordenador do controle do estoque.

10.4 - INDICADORES DE SUPRIMENTOS

- I. Mapa Materiais Comprados no Mês;
- II. Mapa Materiais Gastos por Setor;
- III. Mapa Movimento Mensal de Materiais;
- IV. Mapa Consumo Mensal de Materiais;
- V. Mapa Movimento Mensal de Medicamentos;

- VI. Mapa Consumo Mensal de Medicamentos;
- VII. Custos de Administração e Controle dos Estoques:
Índice Rotação Estoques; Índice Financiamento Estoques; Índice Endividamento Estoques.
- VIII. Análise das Compras Anuais x Estoque Mínimo;
- IX. Rotação dos Estoques;
- X. Fórmulas de Apuração do Custo Unitário:
FIFO, LIFO, NIFO;
Custo Médio Simples; Custo Médio Ponderado;
- XI. Inventários;
- XII. Auditoria na Administração de Materiais.

10.9.5 - ROTINAS E PROTOCOLOS REFERENTES A MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMOS GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES

As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares tem como objetivo investigar o modelo de gestão de estoques em materiais e medicamentos de uso hospitalar adotado na Unidade tem como foco a área de materiais do hospital envolvendo compras, almoxarifado, farmácia hospitalar e dispensário de medicamentos, visando identificar as possíveis disfunções existentes.

Toma como referência as modernas técnicas da engenharia de produção e os modelos teóricos de gestão de estoques disponíveis, oferecendo condições que permitirão, se implementadas as ações sugeridas, transformar a gestão de estoques de materiais de uso hospitalar, numa administração produtiva e de qualidade, trazendo benefícios para todos os envolvidos no processo.

A finalidade básica da administração de materiais e medicamentos consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. Materiais e medicamentos são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada.

Baseado nesse conceito estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos, portanto, os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, etc.

A gestão adequada deste arsenal de produtos é indispensável para o bom funcionamento da rotina hospitalar e envolve uma série de aspectos.

Cada grupo possui determinadas peculiaridades gerenciais, como giro, preço, consumo e prazos de entrega, com uma variedade significativa. A necessidade de manter disponível todos os itens na mesma proporção da sua utilização e a forma como estes são distribuídos entre os diversos setores da organização são aspectos que obrigam as instituições a trabalhar com estoques mínimos, mas que proporcionem segurança no ambiente complexo que são os hospitais. Controlar e planejar custos são atividades fundamentais da área de suprimentos.

Diversos recursos contribuem para a otimização dos resultados, tais como o cadastro de requisições por usuário, o agrupamento de requisições para melhor compra, emissão de planilhas comparativas de preços; seleção e envio de cotações para fornecedores, análise da melhor cotação por produto ou por fornecedor, follow-up de pedidos emitidos (ordem de compra), efetivações de previsões financeiras, emissão de ordem de compra e histórico de fornecedor ou produto, entre outros.

A modernização dos processos nesta área terá uma série de vantagens, a exemplo da diminuição dos níveis de estoque, maior eficiência nas compras e seleção de fornecedores, confiabilidade nas informações, qualidade,

rastreabilidade das não conformidades nos processos e eliminação do retrabalho com conferência e recebimento inadequados.

A eficiência no gerenciamento de todos os materiais e medicamentos é indispensável para manter o estoque em níveis adequados, melhorar o planejamento de compras e controlar a validade dos medicamentos e materiais.

11. ALMOXARIFADO

- Conceituação

O almoxarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna acondicionados à política geral de estoques da instituição.

O almoxarifado deverá:

1. assegurar que o material adequado esteja, na quantidade devida, no local certo, quando necessário;
2. impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
3. preservar a qualidade e as quantidades exatas;
4. possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente;

11.1 - EFICIÊNCIA DO ALMOXARIFADO

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente:

1. da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;
2. do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas;
3. da melhor utilização de sua capacidade volumétrica;

11.2 - ORGANIZAÇÃO DO ALMOXARIFADO

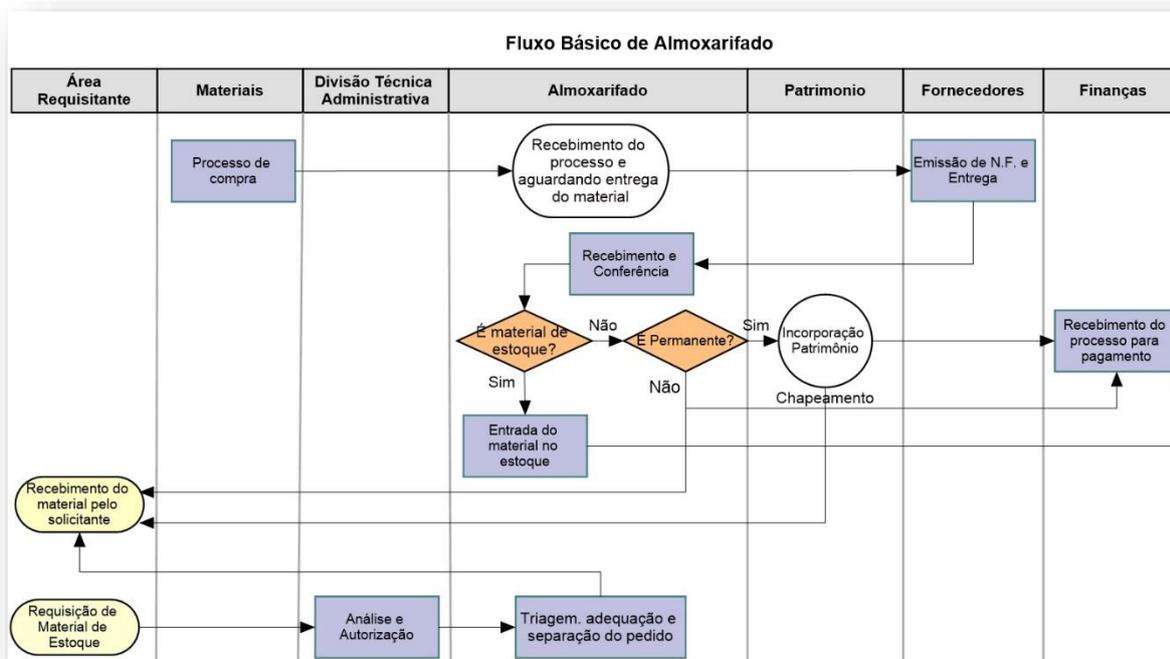
Analisando a organização de um almoxarifado podemos resumir as suas principais atribuições:

1. Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela instituição;
2. Entregar os materiais mediante requisições autorizadas aos usuários da instituição;
3. Manter atualizados os registros necessários;

- **Controle**

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição.

O controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.



11.3 - Recebimento

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais é módulo de um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

O recebimento compreende quatro fases:

1. 1a fase: Entrada de materiais;
2. 2a fase: Conferência quantitativa;
3. 3a fase: Conferência qualitativa;
4. 4a fase: Regularização

11.4 - Armazenamento

A guarda dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

- **FASES**

DESCRIÇÃO

1ª FASE - Verificação das condições de recebimento do material;

2ª FASE - Identificação do material;

3ª FASE - Guarda na localização adotada;

4ª FASE - Informação da localização física de guarda ao controle;

5ª FASE - Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;

6ª FASE - Separação para distribuição;

11.5 - Distribuição

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

11.6 - Rotinas de atividades

Receber os produtos

- Unidade recebe a Nota-Fiscal / Carta (Doação) e confere com a Ordem de Compra, verificando descrição do produto, quantidade, valor, CNPJ, razão social e data de emissão da NF.
- Na área de recebimento do almoxarifado, existem Pallets pretos (área específica), que são específicos para recebimentos dos produtos.

Nota: Após a conferência dos produtos, carimba-se no verso da 1.º via da nota fiscal a data do recebimento junta a Ordem de Compra, que são lançados em sistema próprio a entrada e encaminha para contas a pagar

11.6.1 - Inspeccionar os produtos

- Existem áreas específicas para o recebimento e inspeção dos produtos.
- Para medicamentos, materiais médica unidade ares, insumos e dietas enterais, após a conferência da N.F. são analisados:
 - ✓ quantidade;
 - ✓ validade;

✓ lote e embalagem.

No corpo da 2.º via da N.F e feito a evidência desta conferência através do carimbo de inspeção de recebimento.

- Para equipamento médico-hospitalar, após a conferência da N.F. o almoxarifado encaminha o equipamento e a N.F. para a análise técnica do setor de Engenharia Clínica. Depois de analisado e testado o equipamento será patrimoniado e encaminhado para o setor solicitante. A N.F. deverá ser devolvida para o Almoxarifado.

- Para equipamento de Informática, após a conferência da N.F. o almoxarifado solicita a presença da Tecnologia da Informação para fazer a análise do equipamento. Estando correto assina a NF, tira uma cópia e encaminha para o setor de patrimônio para patrimoniar o equipamento. Feito todo este processo encaminha o equipamento ao setor de TI.

Nota: Para medicamentos Termolabes à inspeção é feita através de um termômetro digital, onde este nos mostra a temperatura do medicamento, que pode variar de 2º à 8º, segundo instruções do fornecedor que vem na própria embalagem.

Nota: Quando houver divergência no recebimento, entrar em contato com fornecedor para solução do problema e avaliar o desempenho do mesmo no sistema MV.

Quando ocorrer reincidência de não conformidade, abre-se a não conformidade conforme procedimento. Notifica o setor de compras, e este passa para o fornecedor a não conformidade, solicitando que se tome a ação necessária, a fim de evitar problemas futuros.

Os medicamentos e materiais não conforme, as tratativas são as seguintes:

No almoxarifado os produtos com problemas são acondicionados no pallet pequeno preto com uma fita adesiva amarela, até que seja resolvido o problema.

✓ Inserir os produtos no sistema e avaliar o desempenho do fornecedor

✓ Após o recebimento dos produtos, inicia-se processo de digitação dos

140

dados contidos na N.F. no sistema informatizado disponível.

- ✓ Na conclusão da entrada da N.F. é realizada uma avaliação de desempenho do fornecedor, preenchendo a ficha no sistema informatizado disponível.
- ✓ Finaliza-se o recebimento com relatório de entrada da N.F. que será conferido pelo gestor da área.
- ✓ Após a conferência da entrada, envia-se uma via da N.F., Ordem de Compras a segunda via da N.F. e Ordem de Compras ficam em arquivo do setor.

11.6.2 - Manusear

- O manuseio é realizado por equipamentos adequados ao uso, respeitando sempre limite de empilhamento, cuidados quanto agentes externos (ex: água, temperatura, etc), bem como os EPI's necessários para essas realizações.

11.6.3 - Armazenar os Produtos

- ✓ Os materiais e medicamentos são armazenados nos paletts brancos e nas prateleiras.
- ✓ Na Farmácia Central o controle de temperatura e umidade é feito através de um check list diário, respeitando as normas estabelecidas para cada tipo de produto/medicamentos (quando aplicável).
- ✓ Após o armazenamento os produtos são etiquetados.
- ✓ No almoxarifado os insumos são controlados pelas “Fichas Técnicas” de cada produto e são atualizadas anualmente.
- ✓ Para as dietas enterais, parenterais e fórmula infantil é realizada uma verificação do “Laudo Microbiológico” onde será arquivado na UND ou Farmácia.
- ✓ O método utilizado para o armazenamento dos materiais e medicamentos é o PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) ou UEPS (último que entra

primeiro que sai).

- ✓ No estoque, o controle de validade dos medicamentos e materiais, é feito pelos auxiliares de suprimentos, onde estes devem verificar mensalmente através do Relatório - administrativo/ produtos com prazo de validade, no dia 25 de cada mês. Caso tenha algum dos materiais ou medicamentos com prazo próximo do vencimento, segue fluxo abaixo:
- ✓ Os auxiliares de farmácia devem verificar mensalmente a validade dos materiais/medicamentos nas farmácias de acordo com a planilha de responsabilidade elaborada pelo Farmacêutico.
- ✓ O auxiliar de farmácia, em conjunto com o Farmacêutico, deve analisar as quantidades e verificar se esses materiais/medicamentos serão consumidos antes do vencimento. O auxiliar de farmácia deve realizar a transferência para a unidade em que será consumido. Caso o consumo não seja possível o Farmacêutico entra em contato com o Supervisor ou Assistente de Suprimentos passa a lista do medicamento ou material para que estes entrem em contato com os outros hospitais para verificar à possibilidade da troca ou doação (desde que não seja medicamento sob controle especial).
- ✓ As baixas de medicamentos e materiais do estoque, devido ao prazo de validade, devem ser realizadas pela equipe de assistência farmacêutica e almoxarifado que irá verificar o local adequado para realização do descarte (Conforme orientação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos da unidade) assinado a baixa e arquivando- a na pasta de medicamentos e/ou materiais vencidos.

Nota: Os medicamentos termolabes devem ser armazenados na geladeira sem caixa de papelão e isopor.

Nota: medicamentos que são armazenados na farmácia a temperatura devem ser ambientes, variando de 15º à 30º.

11.6.4 - Separar /Transferir / Dispensar / Emprestar

- Verificar a necessidade no ponto de pedido do sistema ou necessidades específicos pelos setores / unidades.
- Separar, Transferir e/ou Baixar o material e medicamento no sistema informatizado disponível, conferir depois encaminhar e disponibilizar ao sub-estoque, setor ou solicitante.

11.6.5 - Emitir Relatório gerenciais

- Após fechamento do mês feito pela Controladoria, emitir Relatório de Histórico de Entrada X Saída Consolidada para acompanhamento do prazo médio de estoque e encaminha à Gerência.
- O Relatório de Saída / Devolução de Produtos por Setor/Pacientes é encaminhado à controladoria.
- Outros relatórios gerenciais utilizados como ferramenta para gestão de estoque são:
 - Consumo de Estoque; Balanço Contábil e Curva ABC de Consumo.
 - Relatório de Consumo de Estoque: serve para buscar e analisar o histórico de consumo dos produtos durante um determinado período. Exemplo: tirar o histórico de saída dos últimos três meses, dois meses, etc.
 - Relatório Balanço Contábil: demonstra todas as movimentações financeiras (entrada de nota fiscal, vale, empréstimo, saída, etc) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve está consolidado.
 - Curva ABC de Consumo: este relatório aponta quais itens do estoque apresenta maior custo para a unidade. Em mãos com estes números, são tomadas ações para maior controle destes itens, a fim de evitar custos.

12. MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO RECEBIMENTO, ESTOCAGEM E TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS.



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

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

Para melhor entendimento serão adotadas as seguintes definições:

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

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

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

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

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

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

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

- Quente: qualquer temperatura entre 30 e 40°C.
- Calor excessivo: qualquer temperatura acima de 40°C.
- Resfriado: qualquer temperatura entre 8 e 15°C.
- Frio: qualquer temperatura que não exceda a 8°C.
- Refrigeração: lugar/espço frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8°C.
- Congelado: temperatura mantida, através de termostato, entre -20 a -10°C.

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

➤ Recursos Humanos

Deve ter número suficiente de pessoal, com as qualificações e atribuições definidas de cada trabalhador. A responsabilidade técnica do almoxarifado de medicamentos será assumida por um farmacêutico, que supervisionará e orientará as atividades da equipe de trabalho. Todo pessoal será capacitado em Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição.

➤ Recebimento

- Receber é ato que implica em conferência. No recebimento verificamos se os medicamentos que foram entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos, quanto à especificação, quantidade e qualidade.
- A área de recebimento deve ser separada da área de armazenamento. O pessoal deve ser treinado para esta finalidade: No ato do recebimento, cada entrada deve ser examinada quanto à documentação:
- Conferir a Nota Fiscal, Ordem de Fornecimento/Empenho ou Nota de Transferência;
- Carimbar e assinar o verso da Nota Fiscal;
- A apresentação, o número do lote e a quantidade devem estar de acordo com o edital de especificação;
- Não escrever ou rasurar o documento original;
- O medicamento adquirido pela OS deverá ter o laudo de qualidade conferido;
- Os medicamentos deverão ter a inscrição “PROIBIDA A VENDA PELO

COMÉRCIO”;

- O medicamento deverá ser entregue com prazo mínimo de 2/3 (dois terços) da expiração da validade;
- Os medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas no edital (forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote, validade) não devem ser recebidos. A Nota Fiscal deverá ser bloqueada até a resolução do problema;
- No caso de se constatar danos na embalagem ou alteração do produto, o mesmo deve ser identificado, separado e devolvido ao remetente com comunicação por escrito;
- Embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação devem ser rejeitadas e registradas.
- Inspecionar visualmente os produtos farmacêuticos para verificar sua integridade;
- Assinar o canhoto da Nota Fiscal e devolvê-la ao entregador;
- Encaminhar a Nota Fiscal, conforme orientação, no prazo máximo de 3 dias úteis;
- Registrar qualquer irregularidade e comunicá-la ao superior imediato, conforme as orientações;
- Assinar e datar todas as notificações;
- Arquivar os formulários de recebimento e cópia de notificações;
- Não receber nenhum produto sem documentação;

➤ **Estocagem**

- O espaço deve ser planejado antes do recebimento. Os medicamentos serão armazenados somente após o recebimento oficial, de acordo com as instruções contidas neste manual.
- A estocagem também deve observar as orientações fornecidas pelo

fabricante.

- Devem ser estocados sobre estrados, prateleiras, em local que não receba a luz direta do sol. Os medicamentos sujeitos a Controle Especial devem seguir a legislação e devem ser estocados em locais próprios. E os produtos termolábeis devem ser estocados no refrigerador, com controle de temperatura;
- Ordenar os produtos conforme nome genérico, lote e validade;
- Afixar em local visível o nome do produto, nº do lote, prazo de validade. Se houver recebimento de dois lotes diferentes do mesmo produto, identificar e estocar separadamente;
- Não estocar medicamentos diferentes no mesmo estrado ou prateleira, assim, evitam-se possíveis trocas na hora da expedição;
- Materiais passíveis de quebra (frascos, ampolas) devem ser guardados em local menos exposto a acidentes;
- Estocar rigorosamente por lote e por prazo de validade. Os medicamentos com datas de validade mais próximas deverão ficar à frente, para que sejam distribuídos primeiramente;
- Manter distância entre os produtos, paredes, tetos e empilhamentos para facilitar a circulação do ar;
- Conservar os medicamentos nas embalagens originais e proteger da luminosidade;
- Não colocar diretamente sobre o chão;
- Não misturar com produtos de outra natureza (por exemplo, material de limpeza);
- Manter próximos da área de expedição aqueles com maior rotatividade;
- Evitar colocar peso ou empilhar demasiadamente, não arremessar as caixas, manusear adequadamente para manter as características originais.

➤ **Armazenamento de medicamentos termolábeis**

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

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

➤ **Estocagem de medicamentos sob controle especial**

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

➤ **Estabilidade dos medicamentos**

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

➤ **Devolução**

Registrar todas as devoluções, quantidade, lote, prazo de validade, procedência e motivos. Verificar os aspectos da embalagem originais que devem estar em boas condições.

Quando se tratar de termolábil ou psicotrópico, os cuidados devem ser especiais para a reintegração ao estoque.

➤ **Reclamações**

Em caso de queixas técnicas ou observação de reações adversas a medicamentos, os produtos devem ser separados imediatamente. Deve ser feito registro e comunicação imediata, por escrito, para todas as unidades que receberam o lote.

➤ **Recolhimento**

Quando houver orientação para recolhimento, efetuar imediatamente e encaminhar para o órgão solicitante, devidamente identificado, com nome, lote e quantidades.

➤ **Descarte**

O descarte, por motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.

Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas.

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

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



1. resíduos de medicamentos e insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo que oferecem risco;
2. mesma referência anterior, mas para medicamentos ou insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco e,
3. resíduos ou insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria MS 344/98 e suas atualizações.

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

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

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

➤ **Controle de estoque**

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

- **Assistência Farmacêutica**

- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
- Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
- Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
- Ter registros de movimentação de estoque;
- Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
- Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

Elementos de previsão de estoque

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

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



devem ser desconsideradas;

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

- Estoque máximo (EMX) – é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva, mas a quantidade de reposição;
- Tempo de reposição (TR) – é o tempo decorrido entre a solicitação da compra e a entrega do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação do medicamento. Os novos pedidos são feitos quando se atinge o Ponto de Requisição. A unidade de cálculo do TR (Tempo de Reposição) é o mês.

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

Se demorar um mês, TR será igual a 1. Se levar 2 meses, TR será 2.

- Ponto de reposição (PR) – é a quantidade existente no estoque, que determina a emissão de um novo pedido;
- Quantidade de reposição (QR) – é a quantidade de reposição de medicamentos que depende da periodicidade da aquisição.

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

Onde EA = estoque atual

Inventário

É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados nas fichas de

controle. Deve ser realizado, periodicamente, recomenda-se semanalmente, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas.

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

Distribuição

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

- Estabelecer e divulgar o fluxo e cronograma da distribuição;
- Distribuir em quantidades corretas com qualidade;
- Transportar adequadamente;
- Controlar a distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada e de forma eficiente;
- A periodicidade da distribuição deve considerar a capacidade e condições de armazenamento das unidades, bem como seu potencial de consumo;
- A distribuição deve obedecer à regra “primeiro que vence, primeiro que sai” (sistema PEPS).
- Elaborar cadernos de abastecimento de medicamentos para cada setor, conforme a complexidade dos serviços oferecidos.
- Estabelecer cronograma de abastecimento para os setores;
- Definir prazos de preenchimento e recebimento dos cadernos; analisar as solicitações do pedido; verificar a quantidade solicitada, estoque existente e consumo, e estoque disponível no Almojarifado de forma a atender a todos os setores;
- Após a conferência do livro dos setores, processar a distribuição;
- Conferir os pedidos, emitir Nota de Distribuição;

- Os produtos devem seguir com Termo de Não Conformidade no Recebimento (em duas vias);
- Retornar com as vias de recebimento devidamente assinadas, carimbadas e datadas e uma via do Termo de Não Conformidade no Recebimento preenchido.

Avaliação

Aplicar instrumentos para avaliar o desempenho das atividades de armazenamento e distribuição. Como exemplo, indicador para medir o percentual de abastecimento em quantidade e itens.

Organização de Documentos

Manter todos os registros de movimentação e de irregularidades organizados, para rápida informação quando solicitada.

Manter sistema que permita a rastreabilidade dos produtos, de modo a possibilitar a sua localização, com vistas a um processo eficaz de intervenção, retirada ou devolução.

Remanejamento

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

Deve seguir os mesmos fluxos de entrada e saída no controle de estoque, identificando a procedência.

Os documentos devem ser mantidos organizados, assinados, datados e arquivados, identificando assim a movimentação efetuada.

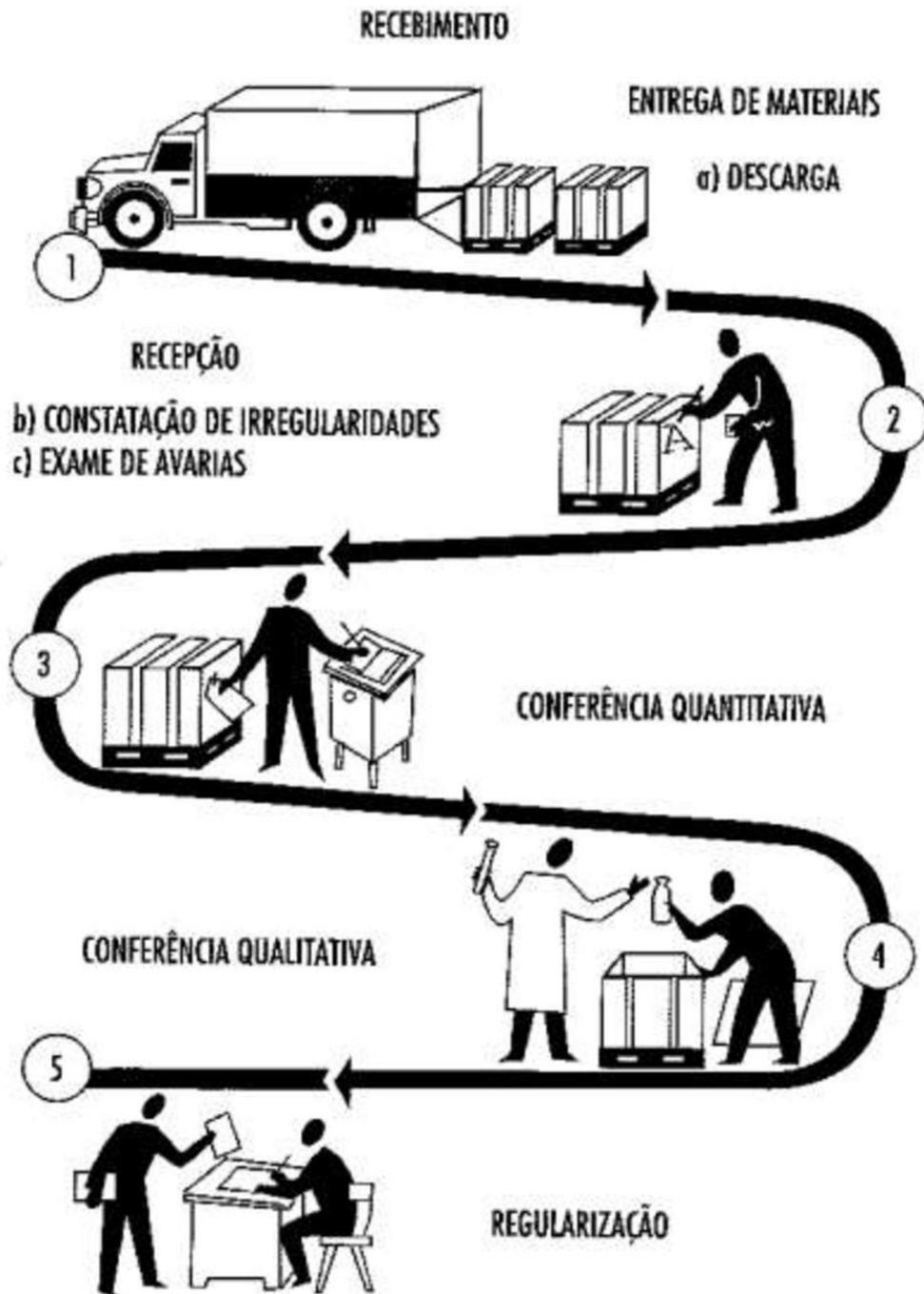
Auto inspeção

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

Limpeza e conservação

O local de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores.

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



13. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Finalidade

O Serviço de Nutrição tem a finalidade de suprir o paciente ambulatorial ou em regime de internação, funcionários e acompanhantes por intermédio da assistência nutricional balanceada adequada a cada usuário da unidade, seguindo normas específicas.

Organização

O Serviço de Nutrição está diretamente subordinada à Coordenação de Apoio Técnico.

Atribuições Gerais

- Cabe ao Serviço de Nutrição as seguintes atribuições:
 - Definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da Instituição;
 - Avaliar o estado nutricional do cliente a partir de diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
 - Estabelecer a dieta do cliente, fazendo as adequações necessárias;
 - Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do cliente, quando necessário;
 - Recorrer a outros profissionais e/ou solicitar laudos técnicos especializados, quando necessário;
 - Registrar, diariamente, em prontuário do cliente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em



nutrição;

- Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao cliente da Instituição;
- Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população;
- Participar do planejamento e execução de treinamento, orientação, supervisão e avaliação de pessoal técnico e auxiliar;
- Padronizar métodos, rotinas e fórmulas para o serviço;
- Fornecer orientação ao responsável pela criança quanto ao preparo e diluição das refeições no momento da alta e dos retornos programados;
- Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da Instituição;
- Prestar assistência nutricional junto ao Corpo Clínico do Hospital com relação à prescrição dietoterápica a serem servidas aos pacientes, acompanhantes e funcionários da Instituição;
- Prestar orientação dietoterápica, acompanhamento e educação alimentar aos pacientes internados, de ambulatório e funcionários da Instituição;
- Manter sistema de avaliação da assistência dietética prestada aos pacientes;
- Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da Instituição;
- Preparar e distribuir a alimentação dos pacientes e funcionários da Unidade, obedecendo normas científicas de dietas e cardápios adequados;
- Acompanhar o tratamento dos pacientes após a avaliação clínica com

a evolução dietética;

- Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de gêneros alimentícios e produtos afins, mantendo registro de consumo e de refeições distribuídas;
- Garantir a higienização do material, equipamentos e áreas de trabalho, garantindo a segurança alimentar;
- Desenvolver programas de treinamento para todas as categorias do pessoal da Unidade, e
- Apresentar relatórios e dados específicos para execução dos controles administrativos.

□ **Perfil do Cargo**

A chefia da do serviço consiste no estabelecimento de normas e diretrizes técnicas e administrativas que visam a qualidade da assistência nutricional por intermédio do planejamento das atividades e respectiva supervisão e avaliação dos resultados obtidos. O perfil desejável é:

- Profissional com nível superior em Nutrição;
- Registro junto ao Conselho Regional de Nutricionistas;
- Preferencialmente com experiência profissional na coordenação e administração de serviço assistência nutricional em Instituições hospitalares, e Capacidade de liderança e conhecimento das interfaces com as demais áreas da organização (financeira, administrativa, apoio logístico etc).

13.1 - NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

1. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional tem por objetivo identificar distúrbios nutricionais e possibilitar a intervenção nutricional adequada.

A avaliação nutricional do paciente deve ser feita através de métodos objetivos e subjetivos:

1. Investigação Dietética e Triagem Nutricional;
2. Investigação Antropométrica
3. Investigação Bioquímica
4. Exame Físico

• INVESTIGAÇÃO DIETÉTICA

A investigação dietética consiste no cálculo das calorias e proteínas ingeridas ou infundidas no paciente. Quando o paciente internado está recebendo dieta por via oral, este cálculo deve ser elaborado através da ficha de recordatório alimentar de 24 horas que é preenchida pela equipe de enfermagem, pelo acompanhante do paciente, pelo nutricionista ou pelo próprio paciente. O cálculo da quantidade de calorias e proteínas da ingesta via oral do paciente deve ser feito através de uma listagem resumida das calorias e proteínas contidas nos alimentos.



CUIDADOS NA ENTREVISTA DO PACIENTE INTERNADO

Evitar questionar sobre alimentos específicos.

Evitar qualquer sinal de surpresa, aprovação ou desaprovação do padrão alimentar do indivíduo. Insistir nos detalhes sem induzir, principalmente na quantidade de alimentos ingeridos.

Não esquecer de questionar sobre a ingestão de outros alimentos, além dos fornecidos pelo hospital.

Verificar se o consumo daquele dia não foi atípico.

Quando a terapia nutricional utilizada é a dieta por sonda enteral, suporte via oral ou nutrição parenteral, deve-se calcular a quantidade de calorias e de proteína contida na solução que foi ingerida ou infundida, somando-se todos os aportes (parenteral, enteral e via oral).

2. TRIAGEM NUTRICIONAL

Segundo critérios estabelecidos pela portaria 131 de 08 de março de 2005, deve ser realizado Triagem Nutricional a todos pacientes em observação ou internamento. Onde a equipe de enfermagem e/ou Nutrição realizará a beira do leito um levantamento de informações, com base nestas informações subjetivas será determinado a necessidade de ação do Nutricionista e/ou EMTN.

Inicialmente realizaremos uma Triagem do Risco Nutricional, no período de 72 horas após a internação, caso o paciente esteja em risco nutricional será realizado uma Avaliação Nutricional objetiva e subjetiva para auxiliar na definição do diagnóstico nutricional.

3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA

Para realizar o preenchimento da ficha. Avaliação Nutricional Subjetiva Global, com base no proposto por Kudsk, adaptado pelo GANEP em 1995.

Após determinação destes indicadores, o nutricionista determinará o Diagnóstico Nutricional em 24 a 72 horas para monitoramento nutricional e acompanhamento de evolução dos pacientes impresso.

4. INVESTIGAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

- Antropometria é a medida do tamanho corporal e de suas proporções. É um dos indicadores diretos do estado nutricional.

- As medidas antropométricas utilizadas para a avaliação do estado nutricional são o peso, a altura, o índice de massa corpórea.

- **Peso**

- **Peso atual** = o peso é obtido em uma balança calibrada de plataforma ou eletrônica; o indivíduo deve posicionar-se em pé no centro da base da balança, descalço e com roupas leves.

Para o paciente acamado, utilizar, quando disponível, uma cama ou cadeira balança para a obtenção do peso.

- **Peso usual** = é utilizado como referência nas mudanças recentes de peso ou quando não há possibilidade de se medir o peso atual.

- **Peso ideal ou desejável** = é utilizado para calcular as necessidades calórico-protéicas quando o paciente está restrito ao leito e não se dispõe de cama balança no setor para a obtenção da altura e do peso atual, e o paciente ou familiar não informam a altura e o peso usual.



I. Para o cálculo do peso ideal, calcular, primeiramente, a altura do indivíduo através da fórmula da altura do joelho, preconizada por CHUMLEA:

Fórmula da altura do joelho para obtenção da altura estimada (CHUMLEA, 1985):

II. Após estimar-se a altura do paciente, estima-se a compleição óssea conforme fórmula abaixo.

$$\text{Compleição} = \frac{\text{altura (cm)}}{\text{punho (cm)}}$$

Compleição	Pequena	Média	Grande
Homens	> 10,4	9,6 – 10,4	< 9,6
Mulheres	> 10,9	9,4 – 10,9	< 9,4

III. Após o cálculo da compleição, acha-se o peso ideal do paciente na tabela de referência de peso adaptada.

- Adequação do peso = a porcentagem de adequação do peso atual em relação ao peso ideal ou desejável é calculada a partir da fórmula:

$$\text{Adequação do peso (\%)} = \frac{\text{peso atual} \times 100}{\text{peso ideal}}$$

Classificação do estado nutricional de acordo com a adequação do peso:

Adequação do peso (%)	Estado nutricional
-----------------------	--------------------



Tempo	Perda significativa de peso (%)	Perda grave de peso (%)
1 semana	1 – 2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	7,5	> 7,5
6 meses	10	> 10

≤ 70	Desnutrição grave
70,1 – 80	Desnutrição moderada
80,1 – 90	Desnutrição leve
90,1 – 110	Eutrofia
110,1 – 120	Sobrepeso
> 120	Obesidade

Fonte: Blackburn GL & Thornton PA, 1979

- Peso ajustado = é o peso ideal corrigido para a determinação da necessidade energética e de nutrientes quando a adequação do peso atual for inferior a 95% ou superior a 115% do peso ideal. É obtida por meio da equação:

$$\text{Peso ajustado} = (\text{peso ideal} - \text{peso atual}) \times 0,25 + \text{peso atual}$$

- Mudança de peso: A perda de peso involuntária constitui-se num dado importante para a avaliação do estado nutricional. A fórmula abaixo fornece a determinação da variação de peso corporal.

$$\text{Perda de peso (\%)} = \frac{(\text{peso usual} - \text{peso atual}) \times 100}{\text{peso usual}}$$

A significância da perda de peso em relação ao tempo pode ser verificada na tabela abaixo.



- Índice de massa corporal (IMC): é o indicador mais simples do estado nutricional calculado a partir da fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso atual (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Classificação do estado nutricional segundo o IMC

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 16	Magreza grau III
16,0 – 16,9	Magreza grau II
17,0 – 18,4	Magreza grau I
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Pré-obeso
30 – 34,9	Obesidade grau I
35,0 – 39,9	Obesidade grau II
≥ 40m0	Obesidade grau III

Fonte: World Health Organization (WHO), 1997.

- Como o IMC não distingue o peso associado ao músculo ou à gordura corporal, deve-se investigar a composição corporal, principalmente quando os valores de IMC estiverem nos limites ou fora da normalidade (□ 18,5 ou □ 24,9 kg/m²). Também é importante a interpretação dos pontos de corte do IMC em associação com outros fatores de risco.

5. EXAME FÍSICO

- O exame físico é um método clínico utilizado para detectar sinais e sintomas associados à desnutrição. Esses sinais e sintomas apenas se desenvolvem em

estágios avançados de depleção nutricional. Portanto, o diagnóstico da deficiência nutricional não deve basear-se exclusivamente neste método. Além disso, algumas doenças apresentam sinais e sintomas semelhantes aos apresentados na desnutrição, sendo, então, importante conhecer a história clínica do paciente para evitar um diagnóstico nutricional incorreto.

6. NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA EM NUTRIÇÃO

NÍVEL	CARACTERÍSTICAS 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 inicial Monitorização 1 x / semana
SECUNDÁRIO	Pacientes cuja patologia de base ou problema apresentado não exijam 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 inicial Monitorização 2 x / semana
TERCIÁRIO	Pacientes cuja patologia de base exige cuidados dietoterápicos especializados e que apresentam fatores de risco nutricional.	Avaliação nutricional inicial Monitorização diária

Adaptado de Maculevicius, Fornasari & Baxter, 1994; Instrução Normativa CRN-3 nº 028/97, 1997; Resolução CFN nº 201/908, 1998.

- O nutricionista é responsável pela prescrição dietética da NE. A prescrição dietética deve contemplar o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, considerando seu estado mórbido, estado nutricional e necessidades nutricionais e condições do trato digestivo (Resolução No 063/00, parágrafos 5.2.2 e 5.2.3).

-
- Respeitando-se os aspectos éticos da prescrição dietética:
 - Nunca prescrever marcas de produtos;
 - Orientar a equipe multidisciplinar na enfermaria para que seja elaborada a prescrição de dieta genérica, como já padronizados.

É vedado ao nutricionista valer-se de sua profissão para divulgar e/ou permitir a divulgação, em veículos de comunicação de massa, de marcas de produtos ou nomes de empresas, ligadas às atividades de alimentação e nutrição (Código de ética dos nutricionistas, Seção III, artigo 9, inciso X, Resolução CFN nº 141/93).

- **TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL (TNE)**

1. INDICAÇÃO

- É indicada para pacientes impossibilitados de ingerir alimentos pela via oral, seja por patologias do trato gastrointestinal alto, por intubação orotraqueal, por distúrbios neurológicos com comprometimento do nível de consciência ou dos movimentos mastigatórios. Também é indicada para pacientes com baixa ingestão via oral e anorexia de diversas etiologias. A administração de nutrição por sonda enteral não contra-indica a alimentação oral, se esta não implicar em riscos para o paciente (pacientes com nível de consciência rebaixado ou disfágicos).

2. VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- **Sondas nasoenterais** = são utilizadas sondas de poliuretano ou de silicone com diâmetros de 8 a 12 French. A administração de soluções por sondas de calibres maiores e de material mais duro (sondas nasogástricas convencionais

de Levine) não é indicada pelo risco de regurgitação e aspiração, além de outras complicações mecânicas (esofagite de refluxo, sinusite, otite, entre outras).

- A posição da sonda pode ser gástrica, duodenal ou jejunal.
- A posição duodenal é indicada se houver gastroparesia ou risco aumentado de broncoaspiração.
- A posição jejunal é indicada em pacientes com pancreatite e algumas fístulas. Neste caso é necessária a passagem de uma sonda específica por meio de endoscopia.
- **Estomias** = A realização de uma estomia é indicada para alimentação enteral por questões mecânicas envolvendo o trato gastrointestinal alto ou se há previsão de utilização de sonda nasoenteral por mais de seis semanas. Esta segunda indicação nem sempre é seguida na prática.

TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL (TNP)

1. INDICAÇÃO

- A TNP é indicada quando o trato gastrointestinal não pode ser utilizado (fístula digestiva de alto débito, pancreatite na fase aguda, íleo paralítico prolongado, fase inicial de adaptação da síndrome de intestino curto entre outras). A TNP também pode ser indicada quando o trato gastrointestinal não está tolerando todo o aporte calórico - protéico por via oral ou por sonda enteral, podendo-se então lançar mão da terapia nutricional mista.

2. VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

2.1. Periférica

-
- A solução de nutrição parenteral periférica (NPP) é infundida através de uma veia periférica que, por ter calibre pequeno e fluxo sanguíneo baixo, tolera apenas soluções com osmolaridade < 700 mOsm/l.
 - As soluções de NPP, por terem uma quantidade menor de macronutrientes, apresentam um aporte calórico-protéico bem menor do que as necessidades diárias dos pacientes adultos (0,5 kcal/ml). Portanto, enquanto suporte único não deve ser mantido por mais de 7 dias. A NPP é indicada para pacientes que não toleram todo o aporte calórico-protéico pela via oral ou enteral ou para aqueles pacientes com risco de desnutrição que permanecem em jejum por dias consecutivos, como ocorre freqüentemente com pacientes submetidos a exames e procedimentos.
 - O acesso periférico deve ser trocado por pelo menos a cada 72 horas, para evitar a ocorrência de flebites e celulite.

2.2 CENTRAL

- A nutrição parenteral central (NPC) é infundida por uma veia central de grosso calibre e fluxo sanguíneo alto; as soluções utilizadas têm alta osmolaridade (> 700 mOsm/l).

3. FORMULAÇÕES

- A NP é uma “solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril, apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas” (Portaria No 272/98, parágrafo 3.4).

- Utilizamos a solução NP, que será oferecida ao paciente, conforme sua necessidade individual, seguindo a prescrição médica. nutricionista deve sugerir alteração da fórmula de NP (macro e micronutrientes) de acordo com as necessidades do paciente.
- Na introdução e no desmame da NPC, ou seja no primeiro e no último dia de NPC, o paciente deve receber a fórmula, prescrita pelo médico, com a metade dos macronutrientes (glicose, aminoácidos e lipídios) desejados, para que ocorram adaptações metabólicas, hormonais e enzimáticas (em nível celular), evitando-se assim iatrogenias como hiperglicemia, uremia pré-renal, hiperosmolaridade, distúrbios hidro-eletrolíticos, entre outros.
- A NP periférica deve ser iniciada com o aporte total já no primeiro dia, pois a concentração de micronutrientes e a osmolaridade nesta fórmula não induz aos distúrbios metabólicos descritos acima.
- Quando houver indicação da troca da NPP pela NPC, o médico deve prescrever metade do aporte calórico-protéico no primeiro dia da alteração, pois o aporte de glicose na NPC é quadruplicado em relação à NP periférica, podendo levar à intolerância e hiperglicemia.
- O médico deve prescrever vitamina K, 10 mg IM, duas vezes por semana (3a e 5a feira), pois, por questões de estabilidade, esta vitamina não está incluída na solução de NP.

• **PREPARO E ORIENTAÇÃO DO PACIENTE E FAMÍLIA**

- O paciente e a família devem ser orientados quanto à TNE e TNP, seus riscos e benefícios. O nutricionista, na sua visita clínica ou na consulta ambulatorial, desenvolve um papel importante fornecendo orientação relativa ao estado nutricional, a formulação de NE e a evolução nutricional do paciente, ajudando no suporte emocional, minimizando receios e apreensões, bem como favorecendo a participação do paciente e da família.



• Pacientes ambulatoriais e pacientes que terão alta com nutrição enteral deverão receber orientação nutricional e de enfermagem verbalmente e por escrito:

O paciente ou o familiar “cuidador” deverá receber o manual: “Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar.

O nutricionista, quando contatado pelo enfermeiro para fornecer orientação nutricional e dietética, deverá utilizar o manual acima citado para exemplificar a sua orientação e fornecer a prescrição dietética da nutrição artesanal ou prescrever uma formulação de NE industrializada.

- **AValiação FINAL**

• O nutricionista deve avaliar o paciente antes da interrupção da TNE e da TNP em relação à:

Capacidade de atender às suas necessidades nutricionais por alimentação por VO convencional;

Presença de complicações que ponham o paciente em risco nutricional e ou de vida;

Possibilidade de alcançar os objetivos propostos, conforme normas médicas e legais.

14. SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

A fisioterapia foi regulamentada como profissão pelo decreto lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Sua atividade abrange a realização de métodos, técnicas e de procedimentos terapêuticos sob contato físico aplicados diretamente ao paciente, estando ele consciente ou não. A responsabilidade do fisioterapeuta no hospital é avaliar de forma minuciosa cada paciente para que possa ser

traçado os objetivos específicos de acordo com cada caso. Entre os objetivos estão: tratar e prevenir atrofia muscular, tratar e prevenir complicações respiratórias, atuar no controle da dor, tratar e prevenir as complicações da síndrome do imobilismo, intervir no manuseio de suporte ventilatório, executar processos de desmame da ventilação mecânica, executar processos de ventilação não invasiva, executar processo de oxigenoterapia, acelerar processos de alta hospitalar para evitar infecções hospitalares e promover uma melhor qualidade de vida em pacientes em cuidados paliativos. Antigamente, o repouso no leito no ambiente hospitalar era prescrito pois acreditava-se que era benéfico para a estabilização clínica do paciente crítico. No entanto, atualmente, sabe-se que a imobilidade, a curto e longo prazo, está associada a ocorrência de doenças tromboembólica, atelectasias, úlceras de pressão, contraturas, alteração das fibras musculares de contração lenta para contração rápida, atrofia e fraqueza muscular e esquelética; além disso, pode afetar o funcionamento dos barorreceptores, contribuindo para a hipotensão postural e taquicardia (BROWER, 2009; KORUPOLU, 2009).

A atuação fisioterapêutica dentro do hospital utiliza-se de diversos recursos para cada tipo de tratamento, visando a rápida recuperação do paciente, como: cinesioterapia, terapias de higienização brônquica e reexpansão pulmonar através de manobras torácicas ou aparelhos terapêuticos, oxigenoterapia, eletroterapia e outros. Dessa maneira o fisioterapeuta participa ativamente na recuperação do paciente hospitalizados, isso contribui para uma redução no período de permanência de internação hospitalar, gerando positivamente a inclusão do paciente ao convívio social e volta das atividades de vida diária.

14.1 NORMAS, ROTINAS, ATRIBUIÇÕES E PROCEDIMENTOS PARA O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. POSICIONAMENTO

A variação adequada dos decúbitos é considerada nos *guidelines* de prevenção e tratamento de lesão por pressão (LPP) de decúbito como nível de evidência 1. É normalmente realizada a cada 2 horas. Uma vez que a condição clínica do paciente permita a estratégia de trocas de decúbito, essa estratégia, além de prevenir LPP, promove melhor adaptação e exploração sensório-motora do paciente.

Também torna possível o exame de diversas áreas de ventilação e perfusão pulmonares e a drenagem de secreção pulmonares. Além disso, é fundamental para o rastreamento de LPP ou pontos de pressão já existentes, o que determinará um controle mais rigoroso na troca do posicionamento do paciente. Outros cuidados são importantes, como a correta hidratação da pele e a investigação do estado nutricional do paciente.

- **Etapas a serem seguidas antes de iniciar a mudança de decúbito**

Preparação do ambiente

Examinar o local e remover os obstáculos;

Observar a disposição do mobiliário;

Se necessário, colocar o suporte de soro ao lado da cama;

Travar as rodas da cama, maca, cadeira de rodas ou solicitar auxílio adicional;

Adaptar a altura da cama ao trabalhador e ao tipo de procedimento que será realizado.



Preparo da equipe

Deixar pés afastados e totalmente apoiados no chão

Utilizar o peso corporal como um contrapeso ao do paciente;

Flexionar os joelhos ao invés de curvar a coluna;

Trabalhar o mais próximo possível do corpo do paciente;

Realizar a manipulação do paciente com a ajuda de pelo menos duas pessoas.

1.1 Mudança de Decúbito

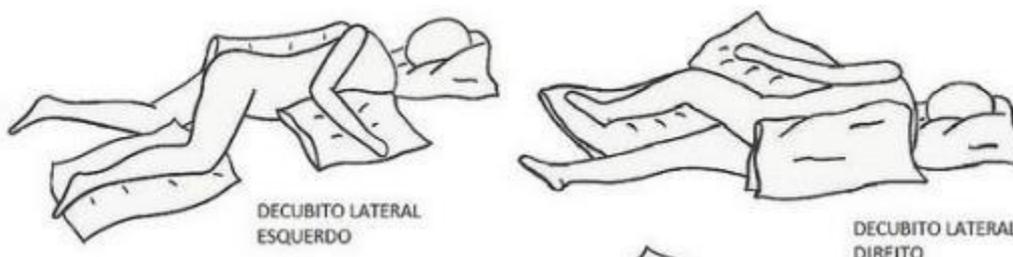
Existem três decúbitos que podem ser realizados no paciente internado: decúbito dorsal, lateral esquerdo e direito, porém antes deve-se realizar uma avaliação das condições físicas do paciente a ser movimentado, da sua capacidade de colaborar, assim como a presença de soros, sondas e outros equipamentos. Além disso, é importante explicar ao paciente e/ou acompanhante sobre como se pretende movê-lo, de que forma ele pode cooperar, para onde será encaminhado e qual o motivo da movimentação. Caso seja possível, o paciente deve ser orientado a ajudar.

Decúbito Lateral

- Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais se o indivíduo tolerar e a condição clínica permitir.
- Acomodar a cabeça do paciente sobre um travesseiro que tenha a largura dos ombros apoiando-a de modo que se mantenha alinhada com o tronco, evitando assim inclinações e/ ou rotações inapropriadas.
- Apoiar o ombro sobre a escápula e não sobre ele próprio, pois esse procedimento pode ser doloroso.
- O antebraço e o braço devem estar numa condição confortável que deve ser particularmente analisada para cada caso, podendo

o membro permanecer estendido ou semi fletido, como se estivesse segurando um travesseiro diante do corpo. Caso o paciente esteja consciente, ele deve ter condições de movimentar e acomodar o ombro de forma independente.

- O membro superior contralateral deve permanecer diante do corpo, apoiado sobre um travesseiro e de modo que a mão, o cotovelo e o ombro mantenham o mesmo plano anterior, evitando rotações indevidas. A ideia é fazer com que o paciente “abraçe o travesseiro”. O quadril apoiado deverá permanecer em ligeira extensão, assim como todo o membro inferior.
- O membro inferior contralateral deverá estar totalmente apoiado sobre um travesseiro, de maneira que o pé, o joelho e o quadril permaneçam em um mesmo plano, evitando assim rotações e aduções indevidas.
- A posição assemelha-se ao paciente dar um passo com o membro inferior. Segue foto abaixo:



Posicionamento do paciente em decúbito lateral

- **Vantagens do posicionamento em decúbito lateral**

Vantagens
Evita hiperextensão do pescoço e tronco;
Promove auto-organização e simetria;
Melhora as respostas flexoras dos membros e da linha média;

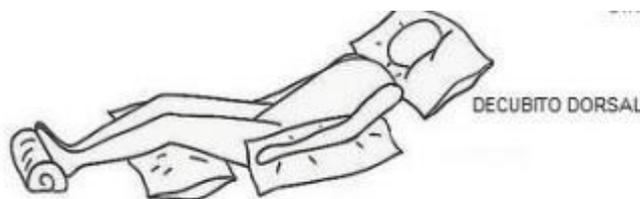


Melhora atividade visual e coordenação motora;
Promove estabilidade postural;
Melhora esvaziamento gástrico (DL direito)
Melhor decúbito para orientação domiciliar.

- **Decúbito Dorsal**

- Elevar a cabeceira da cama (45°) para facilitar a respiração e/ou prevenir a bronco aspiração e a pneumonia associada à ventilação mecânica.
- Posicionar membros superiores e membros inferiores ao longo do corpo. Posicionar a mão do paciente em estado anatômico-funcional, como se ele estivesse segurando um copo, utilizando-se uma toalha de rosto enrolada ou dobrada. Com uma das partes da toalha, formar pregas finas entre os dedos e com a outra, acomodar a mão do paciente em suave extensão.
- Evitar a rotação externa dos membros inferiores, pode ser usada uma toalha/lençol dobrada formando um coxim.
- Utilizar travesseiros ou as almofadas de espuma para elevar os calcâneos devem ser utilizados ao longo da parte posterior da perna para evitar zonas de elevada pressão, em especial sob o tendão de Aquiles.
- Flexionar ligeiramente o joelho (5 a 10°) para evitar a compressão da veia poplítea e o aumento do risco de TVP.

Segue abaixo:



Posicionamento do paciente em decúbito dorsal

- **MOBILIZAÇÃO**

A mobilização tem como papel evitar a incidência de fatores adversos decorrentes no imobilismo, a partir dos seguintes objetivos: promover o retorno da força muscular e contribuir para a melhora e progressão da independência funcional do paciente. O protocolo de tratamento é conduzido através de atividades terapêuticas progressivas, iniciando com mobilizações passivas e evoluindo para exercícios ativo-assistidos e ativos no leito, sedestação a beira do leito, transferência para a cadeira, ortostatismo e deambulação (WINKELMAN, HIGGINS, CHEN, 2005; BUTTIGNOL, PIRES NETO, 2014).

As atividades do plano de mobilização são demonstradas como seguras e viáveis, devendo ser iniciadas o mais precocemente possível, imediatamente após a estabilização hemodinâmica e respiratória (AZEVEDO, GOMES, 2015). Apesar das vantagens oferecidas pela mobilização o fisioterapeuta deve, antes de iniciar a sessão, verificar as condições clínicas do paciente que incluam estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica, condizentes com os critérios de segurança, propostos por Hodgson et al. (2014).

O fisioterapeuta deve-se manter vigilante durante todo o atendimento, considerando os seguintes critérios de interrupção da mobilização:

- Variação da pressão arterial em 20% da atual
- Aumento excessivo da FC
- Batimentos cardíacos ectópicos ou presença de arritmias
- Diminuição importante da relação PaO₂/ FiO₂ ou da SpO₂
- Ansiedade ou sinais de desconforto respiratório

Protocolo de mobilização

O protocolo de mobilização estabelece etapas (níveis) a serem seguidas, obedecendo o estado de consciência e a condição clínica de cada paciente, devendo ser adaptado para cada paciente a partir dos achados da avaliação e

iniciado o mais precocemente possível.

Nível I	Nível II	Nível III	Nível IV
Paciente inconsciente	Paciente consciente, passível de interação, grau de força II em MMSS no MRC	Paciente consciente, colaborativo, grau de força III em MMSS e MMII no MRC	Paciente consciente, colaborativo, grau de força V no MRC
<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento no leito • Alongamento Passivo • Mobilização passiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Alongamento opassivo • Exercício ativo-assistido e ativo livre no leito • Sedestação no leito 	<ul style="list-style-type: none"> • PFIT Trainer (DENEHY et al., 2013) <ul style="list-style-type: none"> ○ Marcha estática ○ Atividade de sentar e levantar ○ Exercícios ativos de MMSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulação progressiva

Protocolo adaptado de Morris et al. (2008) e Denehy et al. (2013).

Nível 1 –Paciente inconsciente: realiza-se alongamentos passivos, mobilização passiva e mudanças de decúbito

- Alongamentos de cervical.
- Alongamento de MMSS nas diagonais: rotação externa, abdução de ombro, extensão de punhos e dedos; e MMII isquiotibiais, adutores e abdutores do quadril (3 repetições de 30 segundos).
- Mobilizações passivas: realizadas para cada articulação em todo o arco do movimento, 10 repetições.

Nível 2 –Paciente consciente, obedece a comando simples (abrir os olhos, direcionar o olhar, abrir a boca e protrar a língua), com grau de força II em MMSS no MRC.



-
- Neste momento, tendo como grau de força II, na qual há força muscular e movimentação articular somente se a resistência gravitacional for removida, os grupos musculares de MMSS e MMII serão trabalhados tendo como direcionamento das articulações proximais às distais, seguindo o eixo crânio-caudal do desenvolvimento neuromotor habitual.
 - Serão utilizados os exercícios ativos-assistidos, nos quais há uma assistência externa, manual, e na sequência de aptidão do paciente, os exercícios ativos, estes realizados com contração ativa dos músculos que cruzam a articulação. Assim, de modo sucinto, a terapêutica consistirá em duas a três séries (averiguar aptidão do paciente durante a execução) de 8 a 10 repetições para os movimentos abaixo listado, aplicado as diagonais funcionais propostas pelo conceito de facilitação neuromuscular proprioceptiva.

Para MMSS:

- Extensão-adução-rotação interna e flexão-abdução-rotação externa.
- Extensão-abdução-rotação interna e flexão-adução-rotação externa.

• **Para MMII:**

- Flexão-adução-rotação interna e extensão-abdução-rotação externa
- Ressalta-se que o fisioterapeuta deve estar atento à possibilidade de o paciente executar algumas destas repetições de modo ativo, o que deve ser incentivado.
- A sedestação, nessa fase do protocolo, deverá ser realizada duas vezes ao dia, com tempo de estímulo de 5 a 10 min, de modo assistido, com uso de apoio no dorso e laterais do tronco. Podendo ser executada em momento distinto ao da realização dos exercícios, conforme avaliação do fisioterapeuta.



Nível 3 – Paciente consciente, colaborativo, grau de força acima de III em MMSS

Protocolo de treinamento físico baseado no Teste de função física em UTI (PFIT test), utilizando modelo hierárquico. Esse protocolo prioriza o melhor aspecto funcional do paciente. A sequência de atividade começa pelos aspectos funcionais (exercícios em ortostatismo) e termina com os menos funcionais (exercícios no leito). O tempo de sessão é de 15 minutos/dia, nos quais não estão inclusos períodos de descanso durante os exercícios. O esforço do paciente ao longo do atendimento é avaliado pela escala de Borg, com valores alvo 3-5.

ESCALA DE BORG CR-10 (1990)		
0	Nada	😊
0,5	Extremamente fraco/leve	😊
1	Muito fraco/leve	😊
2	Fraco	😊
3	Moderado	😐
4		😐
5	Forte/Intenso	😐
6		😐
7	Muito forte/intenso	😐
8		😞
9		😞
10	Extremamente forte	😞

1. No protocolo os pacientes realizam 3 repetições da marcha estacionária (ME) com 70% do seu tempo de marcha inicial no PFIT teste, aumentando progressivamente para tempo máximo de 15 minutos.
2. Caso paciente não alcance os 15 minutos em ME, deve realizar a atividade de sentar e levantar até alcançar o tempo máximo. Caso passe a necessitar assistência para sentar e os 15 minutos não tenham sido alcançados, o paciente realizará exercícios ativos de membro superior (ex. flexão de ombro) no leito até o completar o tempo de 15

minutos de treinamento.

Nível 4 – Paciente consciente, colaborativo, alcançou os 15 minutos de marcha estacionária noPFIT trainer.

- Como nessa fase o grau de força muscular já é o V no MRC, o paciente já estará apto a realizar exercícios ativos de forma resistida, no intuito de melhorar a força muscular global e, conseqüentemente, a sua funcionalidade.
- O paciente deverá deambular sem apoio, sob a supervisão do fisioterapeuta.
- O tempo e distância percorrida deve aumentar progressivamente
- O fisioterapeuta deverá acompanhar todo o percurso para intervir em qualquer intercorrência que possa vir a acontecer.
- Alcançado o objetivo do nível 4, deverá ser feita a reavaliação para possível alta fisioterapêutica.

PASSO A PASSO PARA UM BOM ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA

1. Deve-se iniciar com a identificação do paciente;
2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;
3. Verificar a queixa principal e secundária (levando em consideração os sinais e sintomas apresentados);
4. Coletar dados subjetivos, através da história clínica (dor, febre, episódios de disautonomias ou de instabilidade hemodinâmica).
5. Aferição de sinais vitais.
6. Verificar critérios de segurança
7. Registrar o procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica.

PERIODICIDADE: Diariamente, exceto história progressa.

OBSERVAÇÕES: No caso de impossibilidade da colaboração do paciente para realização da anamnese, realizar os questionamentos ao acompanhante, que deve ser uma pessoa da família ou que conviva com o paciente.

APÓS AVALIAÇÃO DIÁRIA, NO ATENDIMENTO PROPRIAMENTE DITO:

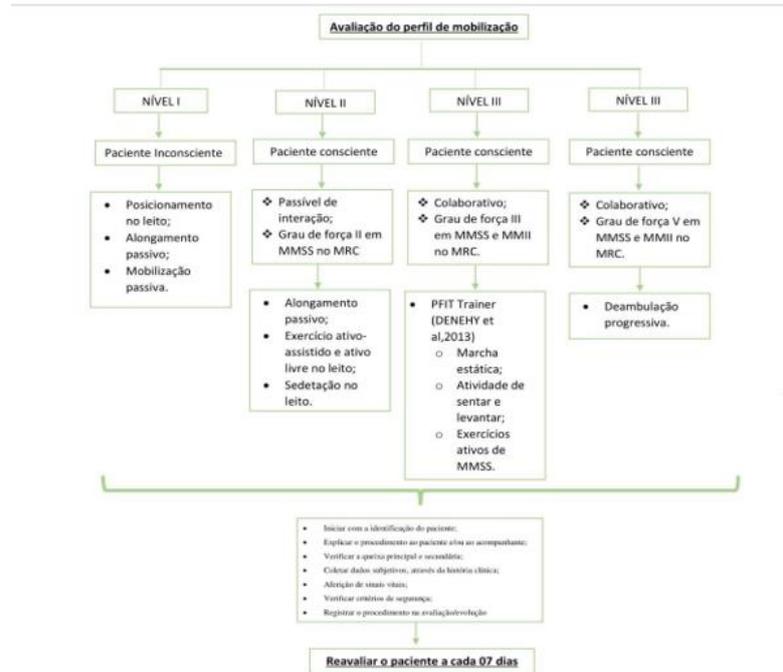
1. Lavar as mãos;
2. Utilizar EPI's;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
5. Separar e deixar próximo ao local de atendimento do paciente os possíveis recursos mecânicos a serem utilizados, como halteres, therabands, bolas, discos de propriocepção ou de equilíbrio, previamente limpos com álcool.
6. Separar também e deixar próximo ao paciente equipamento de terapia assistida, como a cadeira de rodas, andadores, se houver, que será utilizado durante o atendimento.
7. Posicionar o paciente para melhor manuseio possível;
8. Realizar a movimentação respeitando a amplitude fisiológica, em todos os eixos de movimento de cada articulação e grau de força muscular.
9. Interromper e observar em caso de dor e/ou restrição articular, coletando o grau em que esta condição aconteceu, ou no caso de qualquer repercussão hemodinâmica.
10. Observar possíveis sinais de cansaço e fadiga muscular.
11. Após conduta, avaliação de sinais vitais novamente.

Posicionamento do paciente, caso seja não deambulante na cadeira de rodas ou leito de maneira a prevenir deformidades e/ou facilitar funcionalidade.



FLUXOGRAMAS

AVALIAÇÃO DE PERFIL DE MOBILIDADE



Critérios de segurança para mobilização do paciente (HODGSON et al., 2014 apud SILVA, MARTINE, FORGIARINI, 2017)

Considerações respiratórias	Exercícios no leito	Exercícios fora do leito
Tubo orotraqueal	●	●
Cânula endotraqueal	●	●
FiO ₂ < 0,6	●	●
FiO ₂ > 0,6	▲	▲
SpO ₂ > 90%	●	●
SpO ₂ < 90%	▲	●
FR < 30ipm	●	●
FR > 30ipm	▲	▲
PEEP < 10cmH ₂ O	●	●
PEEP > 10cmH ₂ O	▲	▲
Assincronia paciente-ventilador	▲	▲
Posição prona	●	●
Óxido nítrico	▲	▲

Figura 1 — Considerações respiratórias avaliadas antes da mobilização precoce. FiO₂ = fração inspirada de oxigênio; SpO₂ = saturação periférica de oxigênio; FR = frequência respiratória; PEEP = pressão positiva expiratória final; ipm = incursões por minuto

Fonte: Adaptada de Hodgson e colaboradores (2014).¹⁵

- **O Fisioterapeuta na emergência**

O objetivo principal do atendimento fisioterapêutico nessas unidades é dar suporte rápido e eficiente para disfunções cardiorrespiratórias, principalmente nas primeiras horas, evitando, assim, um possível agravamento no quadro clínico, como a necessidade de intubação orotraqueal, utilização de ventilação mecânica invasiva e evolução para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Dentre suas funções, ele pode fornecer atendimento tratamento precoce de patologias agudas e crônicas, das comorbidades e das complicações funcionais do paciente, refletindo indiretamente na diminuição do tempo de internamento, redução da mortalidade e dos custos hospitalares.

Cabe destacar, ainda, que o papel do fisioterapeuta é bem diverso em âmbito de uma emergência, seja em cuidados com a admissão, avaliação e evolução diária no prontuário; domínio na leitura de exames laboratoriais, radiografias de tórax, tomografia computadorizada, eletrocardiogramas, gasometrias, dentre outros.

Assim, melhor esclarecendo, o profissional pode ser requerido nos casos em que o paciente precise de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, cuidados com as vias aéreas durante a parada cardiorrespiratória, de auxílio à equipe até a estabilização do paciente – em unidade de emergência.

A fisioterapia tem uma importante atuação em pacientes que necessitam de suporte ventilatório, pois auxilia na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador artificial à prótese (tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia) até a evolução do paciente, interrupção e desmame do suporte ventilatório.

Durante a **PCR**, o fisioterapeuta atua tanto na identificação dos ritmos ou ausência de pulso e inicia imediatamente as compressões torácicas até a chegada dos demais profissionais e em seguida assume o suporte ventilatório com a bolsa-válvula-máscara (conhecido popularmente por ambu), acoplado a máscara na região da boca e nariz da vítima fazendo pressão com a mão sobre

a máscara tipo “C” para não haver escape de ar e em seguida eleva a região da mandíbula com mão tipo “E” liberando a via aérea e inicia a ventilação 01 a cada 6 segundos (10 por/min) conforme recomenda o guideline da American Heart Association (AHA) 2018 e a cada 2 minutos analisa ritmo, o médico e o enfermeiro são profissionais que assumem a liderança no momento da parada através de comunicação em alça fechada e com feedback positivo.

O fisioterapeuta, assim como o enfermeiro são os profissionais que auxiliam no momento da intubação, e quando o médico faz a intubação imediatamente o fisioterapeuta insufla o cuff do tubo orotraqueal (TOT), e logo em seguida realiza ausculta pulmonar iniciando pela região gástrica, base esquerda, base direita e ápices pulmonares e somente após é que se procede a fixação do TOT com “cadarço” fixador.

Quadro 1. Atribuições privativas dos fisioterapeutas no serviço de emergência

- ❖ Prescrever e executar a intervenção fisioterapêutica cardiovascular, respeitando os limites clínicos de segurança
- ❖ Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico
- ❖ Prescrever e empregar métodos, técnicas e/ou recursos fisioterapêuticos adjuvantes, sempre que julgar benéfico
- ❖ Determinar as condições de alta fisioterapêutica em nível hospitalar e prescrevê-las
- ❖ Registrar em prontuário dados sobre avaliação, diagnóstico, prognóstico, intervenção, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica.

Quadro 2: Atribuições dos fisioterapeutas compartilhadas com enfermeiros e médicos no serviço de emergência

- ❖ Gerenciar a ventilação espontânea, a oxigenoterapia, a inaloterapia, o suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, bem como a via aérea



natural e/ou artificial

- ❖ Trabalhar em equipe multiprofissional na reabilitação de indivíduos com disfunções cardiovasculares e metabólicas
- ❖ Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamento do paciente crítico ou potencialmente crítico
- ❖ Interpretar exames complementares
- ❖ Aplicar medidas de prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar
- ❖ Participar da equipe e dos procedimentos de suporte à vida.

Quadro 3: Atribuições dos fisioterapeutas compartilhadas com médicos no serviço de emergência.

- ❖ Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a realização do desmame e extubação do paciente em suporte ventilatório invasivo
- ❖ Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasivo e as condições de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para sua retirada
- ❖ Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico
- ❖ Favorecer controle gasométrico por meio de ajustes ventilatórios invasivos e não invasivos
- ❖ Identificar assincronia entre paciente e ventilador por meio da avaliação e monitorização gráfica do ventilador .

15. NORMAS E ROTINAS DO SADT - SERVIÇOS DE APOIO DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Entende-se por Apoio Diagnóstico e Terapêutico a disponibilização aos clientes de exames e ações de apoio diagnóstico e de terapia, dentro do perfil estabelecido para a Unidade, ofertando os exames necessários para o diagnóstico e a terapia.

a) **Laboratório de Análises Clínicas:** cito patologia e anatomia patológica, ofertando todos os exames de: bioquímica, coprologia, hematologia, imunologia, uroanálise, micologia e microbiologia para pacientes em atendimento na Unidade.

Os exames laboratoriais que não puderem ser realizados na Unidade poderão ser disponibilizados pelo IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE sob o regime de terceirização;

b) **Diagnóstico em Radiologia:** (Exames de Raios X) para pacientes na Unidade;

d) **Métodos Diagnósticos em Especialidades** (métodos gráficos - ELETROCARDIOGRAMA): para pacientes em atendimento na Unidade e demais suportes para o diagnóstico terapêutico do cliente;

15.1 - RADIOLOGIA GERAL

Finalidade

Tem a finalidade de prestar serviços diagnósticos referentes à realização de exames específicos, resultando na interpretação das imagens obtidas e elaboração de laudos técnicos que servem como subsídio para o tratamento eficaz dos pacientes.

Atribuições Gerais

Cabem à Unidade de Diagnóstico as seguintes atribuições:

- I. Suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames prescritos para os pacientes;
- II. Manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;
- III. Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- IV. Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da unidade;
- V. Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- VI. Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

15.2 - ELETROCARDIOGRAMA

O eletrocardiograma é um exame de saúde na área de cardiologia no qual é feito o registro da variação dos potenciais elétricos gerados pela atividade elétrica do coração.

O aparelho registra as alterações de potencial elétrico entre dois pontos do corpo. Estes potenciais são gerados a partir da despolarização e repolarização das células cardíacas. Normalmente, a atividade elétrica cardíaca se inicia no modo sinusal (células auto rítmicas) que induz a despolarização dos átrios e dos ventrículos.



Esse registro mostra a variação do potencial elétrico no tempo, que gera uma imagem linear, em ondas. Estas ondas seguem um padrão rítmico, tendo denominação particular.



15.3 - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

O Setor de Laboratório como integrante dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, se faz necessário para auxiliar o diagnóstico das patologias apresentadas pelos clientes, facilitando a aplicação dos processos terapêuticos.

O Setor de Laboratório requer mão-de-obra técnica e/ou científica especializada e equipamentos apropriados para o bom desenvolvimento de suas atividades, proporcionando um auxílio efetivo na elucidação dos diagnósticos. É importante que o serviço esteja localizado próximo às áreas de maior demanda: Ambulatório, Emergência, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, ou que mantenha pequenas unidades de urgência nesses diversos pontos, possibilitando um pronto atendimento aos casos emergentes.

Finalidade

O Setor de Laboratório possui as seguintes finalidades:

- I. A assistência ao Corpo Clínico para o estabelecimento e a confirmação de diagnósticos;
- II. A observação do desenvolvimento da evolução das moléstias e seu tratamento;
- III. Um serviço de campo para coleta de dados para a investigação científica, desempenhando importante papel no aprendizado de estagiários nesta área;
- IV. Manter colaboração e boas relações com os demais serviços do Hospital, formando uma equipe multidisciplinar;
- V. Desenvolver e aperfeiçoar tecnicamente os profissionais do setor, tendo em vista a prestação de serviços de qualidade aos pacientes.

Estrutura Orgânica

Os colaboradores do setor de Laboratório estão classificados nos seguintes cargos:

- I. Responsável técnico;
- II. Bioquímico;
- III. Patologista Clínico;
- IV. Técnico em Patologia Clínica;
- V. Auxiliar de Laboratório;

- **Os Requisitos Para O Cargo De Responsável Técnico:**

- I. Diploma de certificado de conclusão de cursos de Medicina, Farmácia, Ciências Biológicas - modalidade médica (Biomedicina), Ciências Biológicas ou história natural (Biólogo), reconhecidos pelo Ministério da Educação ou por instâncias técnicas e administrativas que o antecederam, inscrições e obrigações legais regularizadas junto aos Conselhos regionais de exercício profissional;
- II. Instrução e domínio de informática.

- **Os Requisitos Necessários Para O Cargo De Médico Patologista Clínico São:**

- I. Diploma do curso de Medicina;
- II. Residência médica em patologia Clínica;
- III. Título de especialista pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica;
- IV. Instrução e conhecimentos básicos em informática.

- **Os Requisitos Necessários Para O Cargo De Bioquímico São:**

- I. Diploma ou certificado de conclusão do curso de Ciências Biológicas - modalidade médica (Biomedicina), em instituição reconhecida pelo MEC;
- II. Experiência profissional de 02 anos em laboratório como Bioquímico;
- III. Instrução e conhecimentos básicos em informática;
- IV. Inscrições e obrigações regularizadas junto aos Conselhos Regionais de Exercício Profissional.

- **Os Requisitos Necessários Para O Cargo De Técnico Em Patologia Clínica São:**

- I. Documentos comprobatórios de conclusão do Curso de Patologia Clínica e profissionais que concluíram curso de ensino de nível médio de 2º grau que confira capacitação para a execução de atividades técnicas afetas às fases pré-analíticas e analíticas;
- II. Experiência profissional de no mínimo de 01 ano em área técnica de laboratório de Patologia Clínica;
- III. Instrução e conhecimentos básicos em informática.

- **Os Requisitos Necessários Para O Cargo De Auxiliar De Laboratório São:**

- I. Documentos comprobatórios de conclusão do Curso de Auxiliar de Enfermagem e profissionais legalmente habilitados que concluíram curso de ensino de nível médio de 1º grau que confira capacitação para a execução de atividades de coleta;
- II. Experiência profissional comprovada;
 - II. Inscrições e obrigações regularizadas junto aos Conselhos Regionais.

- **Exercício Profissional**
- **Atribuições**

O Setor de Laboratório atribui-se:

- I. A realização de todos os exames clínicos solicitados por médicos, tanto para clientes internos quanto para clientes externos;
- II. A contratação de pessoal suficiente, treinado para que os exames sejam executados nos mais altos padrões e no menor tempo possível;
- III. A averiguação constante da exatidão dos resultados, através da aplicação diária dos testes determinados;
- IV. A conservação dos equipamentos em perfeitas condições par que não haja dúvidas sobre os resultados dos exames;
- V. Elaboração de relatórios estatísticos mensais, abrangendo quantidade, tipos de exames fonte pagadora e consumo de produtos/materiais;
- VI. A prestação de serviços 24 (vinte e quatro) horas por dia;
- VII. Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
- VIII. Promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
- IX. Elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
- X. Prestar suporte técnico e científico nas pesquisas desenvolvidas na unidade;
- XI. Buscar a excelência dos resultados obtidos.

- **Competências**

Compete ao RESPONSÁVEL TÉCNICO de Laboratório:

- I. Responder jurídica e tecnicamente pelas atividades que se desenvolvem no Setor de Laboratório;
- II. Determinar atribuições aos colaboradores;

- III. Determinar e escolher os métodos para a realização dos exames de rotina ou de urgência;
- IV. Fiscalizar e supervisionar as rotinas de execução dos exames;
- V. Manter contatos com o Corpo Clínico do Hospital, com o objetivo de ouvir sugestões para melhoria dos serviços prestados;
- VI. Providenciar os recursos materiais e humanos necessários, a calibração e manutenção preventiva periódica de equipamentos;
- VII. Garantir o treinamento Teórico-prático dos profissionais, sempre que a execução de novos procedimentos e recursos tecnológicos for incorporada ao processo de reprodução de serviços destes estabelecimentos;
- VIII. Compor a Comissão de Infecção Hospitalar, dando desta forma a sua contribuição para que se diminua a incidência de infecções cruzadas;
- IX. Reunir-se mensalmente com o quadro de colaboradores para avaliação dos serviços executados;
- X. Conferir periodicamente o controle de estoque de material do almoxarifado;
- XI. Organizar atividades de reciclagem, no mínimo anuais, dos profissionais de nível universitário, de nível técnico e também de nível intermediário (médio), contratados nos termos de legislação trabalhista vigente que executam os procedimentos de coleta, transporte de material humano, processamento e realização de exames e testes laboratoriais, e, quando for o caso, também dos profissionais prestadores de serviços cuja atuação se relacione com as atividades fins destes estabelecimentos de saúde;
- XII. Emitir certificados de participação em atividades de reciclagem, contendo os nomes dos profissionais, suas profissões ou ocupações, os temas técnicos abordados, as cargas horárias, as datas e os nomes dos

palestrantes e, quando, for o caso, os nomes das instituições, órgãos públicos ou entidades envolvidas;

XIII. Elaborar a escala de serviços.

- Compete ao BIOQUÍMICO:

I. Supervisionar as áreas do trabalho, por determinação da chefia do Setor do Laboratório;

II. Distribuir e conferir os materiais colhidos para exame, segundo sua identificação;

III. Determinar as técnicas e processos que deverão ser usados em todos os exames, de rotina ou de urgência;

IV. Distinguir materiais de consumo e responsabilizar-se pelo controle do estoque;

V. Realizar testes de controle de qualidade;

VI. Zelar pela manutenção dos equipamentos;

VII. Preparar soluções necessárias ao desenvolvimento dos exames que exijam técnicas especiais;

VIII. Desenvolver os trabalhos de análise diariamente na Bioquímica, sorologia e coagulação;

IX. Prestar informações e dar orientação aos colaboradores do setor de Laboratório;

X. Elaborar estatísticas mensais de:

XI. Estatísticas das atividades;

XII. Controle de moléstias transmissíveis;

XIII. Controle de qualidade do trabalho proposto.

XIV. Manter-se em constante aperfeiçoamento teórico-prático dos procedimentos técnicos utilizados.

- Compete ao TÉCNICO DE PATOLOGIA CLÍNICA:

- I. Preparar soluções, reações e reativos;
- II. Realizar exames de urina, fezes, escarra e ainda microscopia simples;
- III. Preparar esfregaços de lâminas;
- IV. Fazer a coloração dos esfregaços;
- V. Preparar meios de cultura, semeadura e repicagem de bactérias;
- VI. Realizar todos os exames designados para si;
- VII. Registrar as observações e os exames processados em livro próprio;
- VIII. Realizar a manutenção dos equipamentos no seu local de trabalho, de acordo com a orientação do supervisor responsável;
- IX. Participar do treinamento da educação em serviços;
- X. Auxiliar a adaptação das atividades profissionais dos novos colaboradores no local de trabalho seja eles técnicos ou auxiliares.

- Compete ao AUXILIAR DE LABORATÓRIO:

- I. Participar da análise dos materiais, auxiliando o técnico ou o bioquímico;
- II. Realizar a coleta de material para exames de análise externa ou de pacientes internados;

- III. Preparar materiais, auxiliando o técnico ou o bioquímico;
- IV. Fazer as leituras de rotina;
- V. Preparar materiais e equipamentos para a realização dos exames;
- VI. Consertar as várias bancadas e as áreas do laboratório em ordem, para favorecer em melhor rendimento do trabalho.

Normas

Os colaboradores do Setor de Laboratório obedecerão às seguintes normas administrativas:

- I. Todos os colaboradores cumprirão o horário de trabalho estabelecido;
- II. Os colaboradores deverão trabalhar devidamente uniformizados e identificados;
- III. É vedado a entrada de pessoas estranhas em áreas restritas do serviço, salvo em situações especiais, devendo receber prévia autorização da Chefia;
- IV. Os colaboradores deverão proceder a marcação do ponto com a uniformização completa, tanto na entrada como na saída;
- V. As faltas devem ser comunicadas à Chefia, as sem justificativas serão advertidas por escrito;
- VI. Os documentos pertencentes ao Setor, não poderão ser retirados sem a devida autorização da Chefia;
- VII. A escala de serviço poderá ser elaborada de comum acordo com os interesses dos colaboradores, que para tanto, deverão solicitar suas folgas e férias antecipadamente à Chefia;
- VIII. Todos os colaboradores devem submeter-se a exames periódicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela administração;

- IX. Não é permitido aos colaboradores recusar-se a assistir qualquer cliente, ou atender ordem superior do plantão, chefes e na sua ausência, dos seus substitutos, que respondem pela disciplina, ordem e presteza na execução dos trabalhos;
- X. Os profissionais deverão desempenhar suas atividades, utilizando os equipamentos de proteção individual cabíveis em legislação;
- XI. O Setor deverá acatar as normas e regulamentação da Vigilância Sanitária;
- XII. Prover a capacitação técnica anual dos colaboradores;
- XIII. Todas as atividades desenvolvidas no Setor serão supervisionadas pela Chefia.

15.4 - HEMOTERAPIA

É o emprego terapêutico do sangue, que pode ser transfundido como sangue total ou como um de seus componentes e derivados (hemoderivados).

Os componentes sanguíneos (hemocomponentes) são obtidos por meio de processos físicos e são eles:

- ✓ concentrado de hemácias,
- ✓ plasma fresco congelado,
- ✓ concentrado de plaquetas e crioprecipitado.

Já os derivados sanguíneos (hemoderivados) são fabricados por meio da industrialização do plasma e são eles:

- ✓ albumina,
- ✓ imunoglobulinas e fatores de coagulação (Fator VII, Fator VIII, Fator IX, além dos complexos protombínicos).

Os principais hemocomponentes utilizados na terapia transfusional são: concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crio precipitado. Não se deve usar plasma normal (sem os fatores de coagulação) para a transfusão, ficando seu uso restrito à indústria.

Os principais componentes do sangue:

Plasma: Cerca de 55% do sangue. É constituído por 92% de água, o resto é constituído por proteínas complexas, tais como globulina, fibrinogênio e albumina;

Plaquetas: Cerca de 0.17% do sangue; **Glóbulos Brancos:** Cerca de 1% do sangue; **Glóbulos Vermelhos:** Cerca de 45% do sangue. Autotransfusão pré-depósito

É indicada para procedimentos eletivos nos quais a necessidade transfusional esteja previamente estabelecida. É utilizada em cirurgias ortopédicas, cardíacas, vasculares, torácicas, abdominais, neurológicas, plásticas, cabeça e pescoço, ginecológicas e cirurgias oncológicas. Transfusão Casada

Objetivo: Padronizar as condutas quanto aos cuidados na seleção e orientação aos candidatos às doações específicas.

Campo de aplicação: Aplica-se a triagem e coleta interna.

Definição: É a doação na qual são encaminhados pela família e/ou médico, doadores específicos para receptor.

Procedimento

- I. Paciente deverá ser encaminhado juntamente com a solicitação médica ao serviço de hemoterapia para coleta de sangue, para realizar os testes pré-transfusionais;
- II. Será liberado resultado da tipagem do paciente, para o responsável, para que envie doadores específicos do mesmo grupo sanguíneo;

- III. No mesmo dia da doação, na rotina da tarde, será liberado o resultado da tipagem sanguínea do doador;
- IV. Para cada hemoderivado a ser transfundido deverão ser encaminhados ao serviço de hemoterapia 04 doadores;
- V. Os resultados dos testes realizados na doação de sangue serão liberados após 72h da coleta de sangue do doador;
- VI. A transfusão será realizada em até 96h (período máximo) após a coleta de sangue dos doadores. Em caso de extrema urgência, a transfusão fica na dependência da liberação do resultado dos testes sorológicos que são realizados. Nosso serviço avisará o paciente assim que o resultado chegar na unidade transfusional;
- VII. É de inteira responsabilidade do paciente, os procedimentos de internação junto ao hospital de sua confiança, sendo que a solicitação do hemocomponente é obrigatoriamente preenchida pelo médico assistente.

Identificação das Unidades

A rotulagem deve ser aquela normalmente adotada pelo serviço de hemoterapia, incluindo o nome do doador/receptor, instituição de saúde onde será realizada a transfusão e a data provável do seu uso. É obrigatória a presença de uma identificação adicional indicando que a unidade é destinada a transfusão autóloga.

- **Ato Transfusional**

Em cada unidade a ser transfundida é obrigatória a aplicação dos mesmos testes de compatibilidade pré-transfusional de rotina. Devem ser aplicadas as mesmas normas para estocagem e liberação para transfusão homóloga.

A critério do serviço de hemoterapia, as unidades de sangue total ou hemocomponentes autólogos poderão ser utilizadas em transfusões homólogas caso o doador/receptor não as utilize até a data marcada e desde

que cumpra todas as exigências técnicas para as doações homólogas regulares que o doador/receptor tenha autorizado esta conduta por escrito.

As unidades autólogas que tenham sorologias positivas para qualquer uma das patologias testadas, poderão ser ou não transfundidas no doador/receptor, ficando a critério do serviço de hemoterapia com supervisão médica, decidir sobre a segurança da manutenção de unidades com sorologias positivas em seu estoque em vista do risco que isto pode representar. Caso decida-se pelo autólogo destes produtos, é responsabilidade da unidade transfusional a introdução de mecanismos especiais de identificação e controle que evitam seu uso homólogo, assim como acidentes que coloque em risco o pessoal técnico. Obviamente este hemocomponente não pode ser transfundido em outro indivíduo que não o próprio doador/receptor, que deverá estar ciente do fato.

- **Autotransfusão intraoperatória**

Refere-se à técnica de recuperar, lavar e reinfundir o sangue perdido pelo paciente no intraoperatório. Para o procedimento é utilizado um equipamento recuperador de células. As vantagens aplicam-se a imediata disponibilidade de sangue de tipo específico; além disto, este procedimento pode prover o equivalente a 12 unidades de glóbulos vermelhos compatíveis por hora, a temperatura ambiente, sem riscos de doenças transmissíveis / aloimunização / reações febris hemolíticas e não hemolíticas, alérgicas ou doença enxerto versus hospedeiro transfusional em situações em que o sangramento é maciço.

A seguir situações que podem indicar este procedimento Perda prevista menor que 20% da volemia;

Previsão de consumo de pelo menos uma unidade de glóbulos vermelhos;
Pacientes com tipo sanguíneo raro, poli imunizados ou por motivos religiosos;
Cirurgias cardiovasculares de grande porte;

Aneurismas de aorta;

Cirurgias ortopédicas de grande porte:

Artroplastia de quadril, escoliose, revisões cirúrgicas; Transplante de órgãos;

Transplante hepático.

Autotransfusão ou Transfusão Autóloga Definição

É aquela em que o binômio receptor/ doador é constituído pelo mesmo indivíduo. Classificação

Transfusão autóloga pré-depósito: o sangue é coletado previamente à cirurgia eletiva e estocado, para ser utilizado durante a cirurgia ou no período pós-operatório;

Hemodiluição normovolêmica aguda intraoperatória: O sangue é coletado no início do ato cirúrgico, com substituição do volume retirado por solução colóide e/ou cristalóide, sendo transfundido durante ou ao término da cirurgia;

Recuperação de sangue no intraoperatório - O sangue coletado no campo cirúrgico é recuperado, processado em equipamentos específicos e reinfundido durante a cirurgia.

As vantagens da Autotransfusão são prevenir: a transmissão de doenças infecciosas, as reações transfusionais, a alo-imunização. Ela é essencial para pacientes que apresentam tipos sanguíneos raros, pacientes poli imunizados e para auxiliar o controle de estoques em Banco de Sangue, em casos de grandes sangramentos.

- **Hemodiluição normovolêmica aguda intraoperatória**

Indicado quando a previsão de perda sanguínea for superior a 1000 ml ou a 30% da volemia. As vantagens são: a diminuição do hematócrito e da viscosidade sanguínea levam a um aumento da perfusão tissular; permite a obtenção de sangue fresco, com todos os fatores de coagulação e plaquetas viáveis.

Apresenta desvantagens como: o sangue só pode ser utilizado até 8 horas após a coleta; necessita de monitorização hemodinâmica contínua (acompanhamento próximo do anestesista); isoladamente, não pode ser considerado método de conservação de sangue.

16. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS E FLUXO INTERNO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO PAM BARRETO-24H

Na Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H, serão atendidas as Urgências e Emergências, que são as formas de atenção não programadas, que serão dispensadas neste serviço às pessoas que procurem tal atendimento, encaminhadas de forma referenciada ou espontânea, conforme o fluxo estabelecido pela SMS, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano. A Assistência Médica representa todas as funções de atenção médica direta ao paciente, englobando as funções de atenção ao paciente deambulando ou sob regime de internação de urgência, caracterizando um conjunto de profissionais, tecnologias e recursos combinados para restaurar a saúde dos pacientes.

- **MÉTODOS DIAGNÓSTICOS**

Na Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H contará com exames complementares de diagnóstico, funcionando de maneira a atender às necessidades da Unidade e de seus pacientes nos diferentes setores.

- **Métodos Diagnósticos por Atividades seja em serviço próprio ou referenciado**

Atividades	Metas
Laboratório de análises clínicas	Ativo nas 24h
Radiologia	Ativo nas 24h
Eletrocardiografia	Ativo nas 24h

Os exames previstos na tabela SUS e necessários ao longo das internações deverão ser disponibilizados pela unidade. O SADT previsto deve atender às necessidades dentro da transversalidade da assistência de urgência e emergência da rede, os exames componentes do SADT que tenham portabilidade, como endoscopia, ecocardiografia, broncoscopia, endoscopia urinária entre outros, poderão a critério técnico da SMS em conjunto com a Central de Regulação atender em outras unidades da rede.

16.1 - ESPECIALIDADES MÉDICAS

16.1.1 SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

A unidade possui onze leitos de clínica médica, com leitos de cuidados semi-intensivos, com postos de enfermagem e área para prescrição médica.

A despeito do perfil emergencial da Unidade, na atualidade sabemos que o grande desafio é a desospitalização de crônicos e a eficiência do serviço estará relacionada à atuação da Regulação.

A Clínica Médica contará com um médico na rotina de visitas e pareceres, além do coordenador do serviço. Haverá, também, um plantonista para as intercorrências de pacientes internados.

O perfil ideal seria de pacientes agudamente acometidos, ou cuja condição crônica tenha se agravado subitamente. Assim, sendo o Hospital dotado de bons recursos diagnósticos e terapêuticos, os pacientes têm condição de alta ou transferência em curto espaço de tempo.

Os leitos de Clínica Médica atenderão os pacientes cirúrgicos que apresentem complicações clínicas ou comorbidades, o que é bastante frequente.

Os clínicos deverão ter formação ampla e experiência em urgências, bem como e capacidade de resolução das mais frequentes síndromes clínicas.

As visitas médicas ocorrerão até as 11h da manhã, sendo elaborado relatório para as devidas informações cabíveis. A equipe discutirá, sob supervisão do coordenador do serviço, as condutas propostas.

O prontuário e exames complementares, em especial os de imagem, são integrados no PEP, facilitando a visualização e acesso em todos os setores da Unidade aos profissionais capacitados pela equipe de treinamento da tecnologia da Informação.



16.1.1.2 NORMAS PARA VISITANTES DAS ALAS DE OBSERVAÇÃO/INTERNAMENTO

Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H

ORIENTAÇÕES PARA VISITANTES ALAS DE OBSERVAÇÃO/INTERNAMENTO

1. Lavar as mãos sempre que entrar e sair do quarto;
2. Não sentar no leito do paciente, nem no leito que estiver desocupado;
3. Evitar fazer visitas quando estiver com quadro de gripe ou outro quadro infeccioso;
4. Não é permitida a entrada de flores e plantas nos setores de internação (leitos);
5. Quando o paciente estiver em qualquer tipo de precaução ou isolamento, as visitas devem ser restritas;
6. O uso de avental, máscaras e luvas, quando indicado, devem ser utilizados por familiares e cuidadores;
7. Sugerimos aos acompanhantes o uso adequado de roupas no ambiente hospitalar, evitando o uso de short, roupas curtas e calçados abertos, assim, a sua segurança e a do paciente não será prejudicada;
8. A Unidade não se responsabiliza por objetos de valor deixados nos aposentos. Informamos que imagens religiosas, dentaduras, óculos, aparelhos auditivos, dentários e similares não devem ser colocados sobre a cama;
9. A Unidade reserva-se o direito de cobrar pelos danos em seu patrimônio como móveis, roupas, utensílios e demais objetos causados pelo paciente, acompanhante ou visitante;
10. Orientamos que as roupas do paciente usadas no momento da internação, sejam enviadas para casa, pois não podem ser lavadas nas dependências do Hospital;
11. Para o uso interno, o paciente deverá trazer roupas íntimas, chinelo e



material de higiene pessoal;

12. Aparelhos eletrônicos só podem ser trazidos pela família, desde que identificados na portaria para cadastramento e cobrança de taxas, se houver;

13. É proibido o consumo de refrigerantes pelo acompanhante nos quartos;

O Controle de Infecção Hospitalar da Nossa Unidade está à disposição para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir durante a sua internação.



16.1.1.3 NORMAS UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO PAM BARRETO-24H

- 1) Todo paciente deverá vestir a roupa fornecida pela Unidade.

O paciente deverá trazer para o hospital apenas seus objetos de uso pessoal, como: Produtos para higiene (pente, escova e creme dental, desodorante apenas) calçado e roupa íntima.

- 2) Todo paciente deverá ter apenas 01 (um) acompanhante maior de 18 anos.

- 3) Se estiver gripado ou resfriado não visite o paciente.

- 4) Aos acompanhantes é proibido visitar outras enfermarias. **A troca de acompanhantes** será feita nos seguintes Horários:

Manhã: 08h00min

Tarde/Noite: 18h00min

- 5) Todos os acompanhantes de pacientes que estão internados deverão usar crachá de identificação durante sua permanência na unidade.

- 6) Só serão permitidos acompanhantes para crianças até 12 anos Idosos a partir de 60 (sessenta) anos e pacientes graves.

- 6) Lave as mãos antes e após a visita.

Horário das Visitas:

Manhã: 09h00min às 11h00min

Tarde: 14h00min às 16h00min diariamente.

Atenção: Os visitantes deverão ser maiores de 14 anos.

- 7) Só será permitido um visitante por vez para cada paciente. Caso haja



outros, estes só terão acesso após a saída do primeiro e assim sucessivamente. O número de visitas é limitado a quatro visitantes.

8) Pacientes cirúrgicos não podem receber visitas logo após cirurgias.

É permitida visita rápida de familiares de 1º grau (pai, mãe, esposo e filho) a parturiente logo após o parto.

9) O visitante deverá usar o crachá de identificação durante sua permanência na unidade.

10) Não é permitida a entrada de visitantes usando shorts, bermudas, saias curtas, camisetas e portando sacolas.

11) O hospital reserva-se o direito de restringir visitas a depender da avaliação da equipe de saúde e do cumprimento às normas administrativas.

12) Não é permitida a entrada de:

Pessoas Alcoolizadas

Flores, Plantas;

Aparelhos eletrônicos (rádio, TV, Ventiladores, etc.);

Lençóis, cobertores e travesseiros;

Alimentos.

13) É proibido:

Sentar no leito do paciente,

Abaixar ou levantar a cama,

Mexer no soro ou qualquer aparelho que o paciente esteja utilizando,

Lavar roupas do paciente e/ou acompanhante na unidade.

Fumar nas dependências do hospital,

Evite ruídos desnecessários e conversas em voz alta no ambiente



hospitalar.

A tranqüilidade é fundamental para o bem estar do paciente e da equipe.

- 14) Evite permanecer nas áreas de circulação. Isto facilitara a movimentação dos profissionais.
- 15) O hospital não se responsabilizará por quaisquer objetos trazidos pelo paciente e/ou acompanhante.
- 16) Não serão fornecidas informações sobre o estado do paciente por telefone.
- 17) No momento da alta hospitalar, os familiares serão os responsáveis pela locomoção do paciente para a sua residência.

O não cumprimento das normas implicará na tomada de medidas cabíveis.

Contamos com sua colaboração.



16.1.1.4 - NORMAS PARA VISITAS RELIGIOSAS

A Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H - Assegura aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, independente das convicções religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, independente das convicções religiosas que a norteia.

IMPOSTANTE:

- Padronizar o cadastro dos que se comprometem a realizar algum tipo de ação religiosa,
- Orientar e guiar as ações de voluntariado para que não sejam feitas em demasia, sem objetivos concretos e de maneira desordenada, amenizando assim qualquer tipo de atrito ou desconforto, além de controlar o fluxo de pessoas transitando na Instituição.
- Cumprir as regras de vigilância em saúde e segurança do paciente e dostrabalhadores da Unidade, evitando o acesso e o trânsito excessivo e deliberado de pessoas na Instituição.
- Todos os procedimentos, normas, regras e protocolos institucionais da Unidade devem ser obedecidos, como por exemplo, horário de visita padronizado (existem exceções analisadas casa a caso), acesso e circulação nas dependências da Unidade, vestuário, alimentação dos pacientes internados, etc.
- Deve haver uma autorização do paciente para receber a visita.



17. PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO - AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE RELACIONADAS À SATISFAÇÃO DOS PACIENTES E/OU ACOMPANHANTES, IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

17.1 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO



O objetivo do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) é a centralização da informação, agilidade no atendimento, melhoria na qualidade dos serviços oferecidos e satisfação dos usuários, atendendo adequadamente as suas reivindicações, humanizando a relação paciente/usuário/colaborador/gestor trabalhando com a mudança de valores, comportamento, conceitos e práticas, exigindo dos profissionais de saúde e demais colaboradores um reposicionamento no que se refere ao atendimento aos usuários, visto que a humanização é a visão de atendimento que se faz necessária na saúde, possibilitando um trabalho de melhor qualidade e transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas.

Nos princípios da declaração universal dos direitos humanos, o serviço de atendimento ao usuário aparece como importante instrumento de mediação na construção da cidadania no intuito de:

- Possibilitar a participação dos usuários na gestão da Instituição;

- Proporcionar acessibilidade,
- humanizando os serviços e preservando os direitos do cidadão;
- Agilizar o atendimento aos usuários com qualidade.

Partindo desses princípios, seguem os principais e específicos objetivos do Serviço de Atendimento ao Usuário:

I. Dinamizar e melhorar o atendimento ao usuário, estimulando-os a serem parceiros da Instituição;

Conscientizar o usuário de que ele é parte de uma sociedade com direitos e deveres;

II. Otimizar e direcionar os serviços oferecidos pela Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H.

III. Proporcionar aos gestores uma visão maior e mais elaborada dos problemas, aliados a possíveis soluções;

IV. Desenvolver ações de caráter preventivo.

O Serviço de Atendimento ao Usuário servirá de ponte entre o usuário e a direção da Unidade, com resposta rápida e necessária nas eventuais situações de dúvida ou conflito. Será um canal de acesso ao exercício da cidadania e atuará como uma espécie de controle de qualidade do serviço público, apontando falhas e acertos, auxiliando na busca de soluções para as questões que se apresentarem. Caberá, ainda, ao Serviço de Atendimento ao Usuário, captar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, por meio de pesquisas de satisfação.

Este serviço estará disponível na Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H Arujá/SP, e será conduzido pelo gestor administrativo que contará com os seguintes profissionais: Assistentes Sociais e profissionais administrativos (ouvidoria).

- Será um canal de comunicação pessoal, escrita e por telefone.
- Público Alvo Usuários;

- Comunidade.
- Demandas a serem Recebidas Reclamações;
- Denúncias;
- Elogios;
- Sugestões.
- Formas de Atendimento Pessoal (na própria Unidade);
- Serviço telefônico;
- E-mail;
- Urnas.



- O Serviço de Atendimento ao Usuário é independente, autônomo e imparcial por estes motivos, promoverá em qualquer instância e/ou circunstâncias, os encaminhamentos cabíveis, acompanhando e retornando em tempo hábil ao usuário as providências adotadas, preservando o sigilo do demandante.
- Instrumentos de Avaliação
- Relatórios quantitativos e qualitativos mensais com gráficos, números e pesquisa de nível de satisfação dos usuários;
- Reuniões periódicas com a equipe.

➤ **COM A IMPLANTAÇÃO, ESPERA-SE OS SEGUINTE RESULTADOS:**

1. Resultados Sociais:

Satisfação e participação dos usuários em relação aos serviços prestados;

2. Resultados Corporativos:

- ❖ Atingir um modelo eficaz de gestão participativa com soluções para os problemas;
- ❖ Promover maior aproximação e satisfação entre os Usuários/Hospital, Usuários/ da Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H.
- ❖ Promover maior aproximação e satisfação entre os colaboradores operacionais da unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H, com a Gerência e Direção.

17.2 PESQUISAS DE SATISFAÇÃO



Daremos continuidade ao trabalho desempenhado nas unidades pelo Grupo de Trabalho de Humanização, desde o primeiro dia do novo Contrato de Gestão.



Cronograma de Transição do Grupo de Humanização



17.2.1 PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Objetivos

A Pesquisa de Satisfação do Cliente tem por finalidades:

Mensurar a opinião dos clientes externos - **INTERNAÇÃO** - sobre todos os serviços prestados pela instituição, subsidiando a Administração no aprimoramento e monitoramento da imagem e das atividades frente à comunidade;

Fortalecer a relação Cliente / Instituição, disponibilizando um canal de comunicação aberto para sugestões por parte de entrevistado e de respostas por parte do entrevistador.

Metodologia

Disponibilização de 01 (um) funcionário ouvidor para aplicação contínua e responsável pela aplicação e complicação dos dados. Este deve estar subordinados a Gerência Administrativa. Requisitos

Conhecimento da Estrutura Hospitalar;

Excelente relacionamento interpessoal;

Boa fluência verbal.

Iniciativa;

Saber ouvir;

Senso de equipe;

Conhecimento de informática (Excel).

- **Atribuições**

- Entregar questionários diariamente para todas as novas internações, colocando-se à disposição durante toda a permanência do cliente no Hospital;
- Conscientizar os clientes sobre a importância da Pesquisa;
- Atender e revolver as solicitações espontâneas dos clientes durante as visitas;
- Atender o SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente):
- Serviço via telefone para atendimento aos ramais internos e externos (opcional);
- Enviar respostas por escrito aos clientes que se identificaram;
- Recolher questionários no final da tarde e tabular dia 31 de cada mês;
- Acompanhar as caixas de coleta em todos os setores, verificando sua inviolabilidade e a se existe espaço para mais depósito;
- Compilar os dados mensalmente e repassar à Administração provendo-a de informações sobre visitas e sobre a Pesquisa;

-
- Organizar atividades institucionais que melhorem a imagem do Hospital junto aos clientes e a comunidade (cartões no aniversário, Flores na maternidade; divulgação da pesquisa, etc.). Rotinas Diárias
 - Visitar novos clientes internos (conforme censo diário) e trata-los pelo nome como forma de personalização dos serviços;
 - Identificar-se;
 - Colocar-se à disposição durante toda a permanência do cliente no Hospital;
 - Resolver problemas em que a reclamação foi feita diretamente ao entrevistador e dar “feedback”;
 - Entregar a pesquisa;
 - Orientar quanto ao preenchimento e a entrega;
 - atender o SAC e dar “feedback”;
 - Divulgar as promoções destinadas a concretização da imagem do Hospital aos clientes.
 - Rotinas Mensais
 - Compilar os dados;
 - Enviar os resíduos mensais para a Administração;
 - Enviar sugestões escritas a Administração;
 - Separar as pesquisas por setor para reunião da Administração com os mesmos;
 - Enviar respostas escritas aos clientes que se identificaram;

Divulgar os resultados da Pesquisa na Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H (em quadros aviso, etc.) e nos meios de comunicações locais (conforme aprovação administrativa);

Atualizar a Pesquisa conforme os serviços disponíveis na Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H.

Rotinas Semestrais e Anuais

-
- I. Enviar quadro comparativo de resultados à Administração.

Da Administração Atribuições

- Responder aos problemas repassados diariamente pelo responsável da Pesquisa;
 - Acompanhar os resultados mensalmente;
 - Reunir-se mensalmente com os setores para:
 - Divulgar os resultados por setor;
 - Elogiar e criticar os trabalhos com apoio dos questionários em mãos; Informar sobre as providências que serão tomadas diante das questões.
 - Reunir-se com cada membro da equipe caso sejam sugestões de teor pejorativo ao funcionário, apresentando o questionário pertinente;
 - Acompanhar a divulgação dos resultados junto à comunidade.
-
- **Relatórios Utilizados**

Pesquisa de Satisfação do Cliente

Este relatório é a própria Pesquisa. Deve ser adaptado conforme os serviços prestados no Hospital e Pronto Atendimento sem, no entanto, mudar a estrutura para que os serviços prestados na Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H, sejam tabulados conforme planilhas eletrônicas.

Obs.: O número de Pesquisas entregues diariamente deve se anotados para posterior percentual de questionário respondidos.

O Censo Diário fornecerá as internações diárias para entregas dos questionários. Frequência: Diário;

Para quem: Clientes Internados;

Objetivo: Mensurar a satisfação do cliente pelos serviços prestados. Relatório Administrativo de Pesquisa

Este relatório resume o número de questionários entregues, o número de questionários respondidos e os percentuais dos itens têm classificação.

Frequência: Mensal;

Para quem: Gerente Administrativo e Direção;

Objetivo: Verificar a aceitação da Pesquisa e definir perfil do cliente. Relatório de Tabulação Mensal de Pesquisa

Neste relatório são colocados os resultados obtidos com cada item da pesquisa. Depois de somadas todas as respostas de cada item da pesquisa, estes totais são transferidos para este relatório.

É importante lembrar que os itens sem respostas possuem um campo chamado “não respondido – NR” na tabulação e devem ser preenchidos para que todos os itens tenham totais iguais.

Frequência: Mensal;

Para quem: Uso do pesquisador/Gerência Administrativa;

Objetivo: Condensar os resultados das respostas dos clientes, fornecendo subsídios para a classificação do Hospital e para mensuração dos resultados setoriais.

- **Relatório Setorial de Satisfação do Cliente**

Este relatório é calculado automaticamente por fórmulas e fornece os percentuais de classificação de cada setor. Faz-se necessário acompanhamento direto da Diretoria Administrativa que deve estar também de posse dos questionários para qualquer dúvida dos setores nas reuniões mensais realizadas com os setores.

Frequência: Mensal;

Para quem: Gerência Administrativa /Cada setor pesquisado;

Objetivo: Fornecer dados para cada setor em separado para melhoria/congratulações, avaliando e monitorando seu desempenho.

Relatório de Avaliação da Satisfação do Cliente X Setor Envolvido

Neste relatório os percentuais de classificação de casa setor são colocados em conjunto e comparados entre si mês-a-mês e setor-a-setor.

O cálculo é feito somando-se o total de respostas da coluna “ótimo” de cada setor separadamente e dividindo-se pelo número de itens avaliados dentro de cada setor. Frequência: Preenchido mensalmente, mas válido por semestre;

Para quem: Gerência Administrativa /Cada setor pesquisado;

Objetivo: Verificar o desempenho setorial em percentuais e verificar um a um qual está interferindo diretamente nos resultados negativos/satisfatórios da Pesquisa.

- **Relatório Anual de Satisfação do Cliente**

Frequência: Preenchido mensalmente, mas válido por ano; Para quem: Gerência Administrativa;

Objetivo: Condensar todas as informações da Pesquisa possibilitando uma visão global do desempenho dos serviços hospitalares durante o ano e fornecer subsídios para divulgação dos resultados à comunidade.

- **Classificação dos Serviços**

A classificação geral dos serviços terá os seguintes critérios:

GRAU SATISFAÇÃO	PERCENTUAIS
Paciente com grau satisfação 5 Pontos	De 91% a 100% de nota Ótimo



Paciente com grau satisfação 4 Pontos	De 81% a 90% de nota Ótimo
Paciente com grau satisfação 3 Pontos	De 71% a 80% de nota Ótimo
Paciente com grau satisfação 2 Pontos	De 61% a 70% de nota Ótimo
Paciente com grau satisfação 1 Ponto	De 50% a 60% de nota Ótimo

O percentual utilizado é representativo sobre a soma dos itens obtidos na classificação ótima - Relatório de Tabulação Mensal de Pesquisa.

De acordo com o percentual obtido, verifica-se na tabela de avaliação a classificação dos pontos da Unidade de Pronto Atendimento do PAM BARRETO-24H.

17.3 - ROL DE INDICADORES

Haverá um rol de indicadores voltados à satisfação dos pacientes com metas a cumprir, que já estão implantadas e serão monitorados a partir do 1º dia de Contrato. Todos os clientes preencherão questionários para avaliar os quesitos abaixo listados.

Índice de satisfação dos clientes em relação ao atendimento - relações humanizadas (boa recepção, respeito, consideração, atenção);

Pontualidade;

Tempo de atendimento;

Limpeza e organização;

Informações prestadas;

Desempenho dos profissionais (orientações, resolutividade, condutas).

17.4 SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO

O que podemos entender por “acolhimento”

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher, é uma ação atitude de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

É exatamente neste sentido, de ação de ação de “estar com” e um “estar perto de” que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

Ética = no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhe-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; Estética = porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;

Política = porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

Ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;

Ora como uma ação de triagem assistencial e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização.

Nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde:

Convivem com filas madrugadoras nas portas, disputando sem critério algum, exceto a hora da chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que tais serviços atendem principalmente os “mais fortes” e os que mais necessitam de assistência;

Reproduzem uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é este ou aquela doença ou procedimento, atribuindo a menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento; atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhe-la durante um momento de agravamento do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde;

Encontram-se muito atarefados, com os profissionais até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas não conseguem avaliar e qualifica-las;

Convivem, os serviços de urgências, com casos graves em filas de espera porque não conseguem distinguir riscos.

O objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades. Para superar tais dificuldades, é necessário que outras técnicas e outros saberes sejam incorporados por todos os profissionais das equipes de saúde.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

O acolhimento como um dos dispositivos que contribui para a efetivação do SUS:

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e

ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de aceitabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho:

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade com responsabilidade e resolutividade. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

A valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;

Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;

Elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);

Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;

Uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;

Uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde:

- ✓ Organizar a unidade de saúde com os princípios de responsabilidade territorial, a descrição de clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo-se o acolhimento como prática intrínseca e inerente ao exercício profissional em saúde. Tal medida proporciona, assim, a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na

realização de procedimentos a despeito da perspectiva humana na interação e na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários;

- ✓ Ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a saúde pública. A elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multi e interprofissional na qualificação da assistência, legitima a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e na definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe;
- ✓ Implantar a sistemática de acolhimento na rede SUS de forma integrada, pactuando e explicitando com as várias unidades de saúde suas responsabilidades com a população adstrita e a atenção à demanda não agendada, visando à capacidade resolutiva e à garantia de continuidade da atenção;
- ✓ Desenvolver a implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores da unidade e dos usuários, com múltiplos espaços de discussão e pactuação dessa inovação no processo de trabalho, mediante reuniões internas da equipe, reuniões com usuários nas salas de espera, informação à comunidade e, principalmente, com o estabelecimento de rotinas de encontros, para avaliar e adequar a implementação, considerando-se a carga horária e a escala da equipe.

▪ **Algumas maneiras de fazer:**

- Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade;
- Levantamento e análise, pelos próprios profissionais de saúde, dos



-
- modos de organização do serviço e dos principais problemas enfrentados;
- Construção de rodas de conversas objetivando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas;
 - No adensamento do processo, ir ampliando as rodas para participação de diferentes setores da unidade;
 - Montagem de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços;
 - Identificar profissionais sensibilizados para a proposta;
 - Construção coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa;
 - Articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção;
 - Assinalamento constante da dissociabilidade entre a atenção e a gestão (Modos de produzir saúde dos modos de gerir essa produção).

18. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DA QUALIDADE E DA PRODUTIVIDADE

18.1 - APRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE MONITORAMENTO E DIVULGAÇÃO DO ALCANCE DOS INDICADORES QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DO CONTRATO DE GESTÃO

A avaliação de desempenho da Unidade gerenciada se dará na seguinte forma:



- O acompanhamento e avaliação de desempenho são instrumentos essenciais para assegurar que a organização está apresentando os resultados planejados,



de modo que eventuais desvios possam induzir a redirecionamentos durante o curso das ações.

A avaliação das ações e metas programadas será efetivada levando-se em conta os indicadores de desempenho pré-fixados.



A avaliação da unidade quanto ao alcance de metas será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do início da operação da Unidade, conforme discriminado abaixo:

Indicadores Quantitativos: Os indicadores quantitativos estão relacionados ao número de consultas, número de procedimentos e exames do total de atendimentos.

Indicadores Qualitativos: Os indicadores de qualidade estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade.

Os indicadores de Desempenho Quantitativos e Qualitativos, bem como os pesos a eles atribuídos, poderão ser revistos a qualquer tempo, durante a vigência do Contrato de Gestão, em comum acordo entre as partes.

- Alguns conceitos, no contexto do monitoramento em questão:

Indicador: Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis.

Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

Monitoramento: O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

Avaliação: A avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo mais racional e efetivo. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção a saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais eqüitativos com os mesmos recursos disponíveis

Meta: As metas, neste contexto, são resultados numéricos aonde se quer chegar. Cada indicador deve ser acompanhado de uma meta, o valor que se pretende alcançar com as ações/programas de saúde.

18.2 - METODOLOGIA PARA MONITORAR INDICADORES

O primeiro aspecto a levar em conta ao monitorar um indicador é o conhecimento que dispomos sobre ele e alguns questionamentos devem ser suscitados: qual é o seu significado? Que informação nos fornece? Qual sua relação com resultados esperados na situação de saúde? Quais são suas limitações? Será de pouco valor acompanhar resultados para um indicador que desconhecemos.

São os seguintes os passos propostos:

Observar os resultados do indicador para o território proposto (o estado, uma regional, um município, um bairro, etc).

Este resultado está adequado?

Era o esperado?

Está abaixo ou acima do esperado?

Para responder estas perguntas é necessário comparar com metas e/ou parâmetros. As metas são os resultados esperados estabelecidos segundo um determinado propósito e contexto.

Observar a evolução dos resultados ao longo de um período de tempo (série histórica). Qual é a tendência? Os resultados tendem a melhorar, piorar ou se mantêm estáveis? Esperava-se alguma modificação nesta tendência? Como se explicaria o resultado? A busca destas respostas sempre nos leva a examinar a estrutura e os processos.

Ao final destas etapas temos um julgamento de valor (está indo bem ou não, está indo conforme esperado ou não) e algumas pistas das razões deste resultado.

A próxima etapa consiste em conhecer mais sobre as razões deste resultado e se este processo foi participativo, envolvendo os diversos atores, obteremos um diagnóstico mais preciso.

A ampla divulgação dos resultados observados no monitoramento. Nesta etapa busca-se a comunicar os resultados obtidos e envolver o conjunto de atores na identificação das razões do alcance ou não de metas. Esta etapa frequentemente tem um efeito mais positivo que negativo entre o grupo de profissionais e

Construção de um plano de intervenção para o alcance das metas propostas. Pretende-se que o monitoramento não seja realizado apenas para cada indicador,

separadamente, e sim que o olhar considere a área ou programa como um todo. Igualmente, a análise do conjunto de indicadores deve considerar o território e ser feita por equipes considerando um olhar transdisciplinar.

- **Divulgação dos Resultados**

A Reunião de Avaliação do Desempenho dos setores acontecerá mensalmente com a presença da diretoria e os responsáveis por cada área. O responsável da área fará a Análise Crítica dos resultados alcançados, devendo submeter à análise de causas e o Plano de Ação, explicando claramente as tarefas e a razão de cada uma.

O responsável por esta etapa deve ser criterioso ao avaliar se as ações propostas estão voltadas à solução das causas-raiz do problema ou estão apenas focadas no problema em si. Ações que não atacam as causas-raiz tendem a impedir o surgimento de um novo desempenho. Após aprovação, o gestor deve divulgar este Plano de Ação a todos os envolvidos, aplicar treinamentos aos profissionais, certificando-se de que todos entenderam as medidas propostas.

Enquanto as metas quantitativas mensuram resultados práticos e quantificáveis, em geral, ligados aos indicadores de esforço ou aos resultados alcançados, as metas qualitativas estão mais associadas com o impacto que os resultados têm sobre o processo, no caso, a melhoria da qualidade da assistência em saúde.

Metas Qualitativas	Parâmetros	Método de Verificação
Manter CNES atualizado: 1. Capacidade instalada de leitos; 2. Capacidade instalada de equipamentos; 3. Instalações físicas; Recursos humanos.	100% atualizado em cada item.	Relatório do CNES do mês vigente e protocolo de solicitação de alteração.
Tempo médio de permanência de leitos	<ul style="list-style-type: none"> • Cirúrgico = até 2,6 dias; • Clínico = até 3 dias; 	



hospitares por especialidade: 1. Cirúrgico; 2. Clínico; 3. Pediátricos; Obstétricos.	<ul style="list-style-type: none">• Pediátrico = até 2,8 dias;• Obstétrico = 2,3 dias.	Relatório de produção aprovada do mês de Competência/SIH.
Manter as Comissões obrigatórias instituídas no Hospital e em funcionamento: 1. Revisão de Prontuários; Controle de infecção hospitalar; Óbitos; Prevenção de acidentes (CIPA); Ética Médica; Ética de Enfermagem; CFT.	Todas as Comissões obrigatórias em implantação / funcionamento.	Apresentar relatório das atividades desenvolvidas e atas das reuniões a SESAU.
Constituir e manter ativo o NEH (Núcleo Hospitalar de Epidemiologia).	NEH em funcionamento.	Notificações epidemiológicas encaminhadas à Vigilância Epidemiológica Municipal.
Implantar e manter o Núcleo de Segurança do Paciente.	Manter em funcionamento.	Apresentar relatórios das atividades realizadas a SMS.
Realizar ações de Educação permanente junto aos profissionais no ambiente hospitalar visando a melhorar a qualidade da assistência prestada.	Mínimo de 60% de participação dos colaboradores mensal.	Relatório da Supervisão Hospitalar contendo: tema, data, horário, quantos participantes, quantidade existentes defuncionários, lista de frequência.
Realizar pesquisa de satisfação do usuário positiva com no	Realizada no mês de competência com no	Relatório mensal da Supervisão Hospitalar com



mínimo 30% dos pacientes internados.	mínimo 30% dos pacientes internados.	resultados positivos e negativos com amostragem de no mínimo 30% dos usuários.
Taxa de Infecção Hospitalar	< 1,0%	RIH
Mortalidade Institucional	< 4%	RIH
Acolhimento e classificação de risco.	Realizar acolhimento com classificação de risco durante as 24h.	Relatório diário emitido pelo Hospital.

19. COMISSÕES A SEREM ESTABELECIDAS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H.

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H, terá comissões técnicas que nortearão ações e auxiliarão o controle e avaliação de registros e da qualidade prestada. Assim, terá início o processo de estabelecimento de Comissões Técnicas que imprimirão qualidade aos serviços prestados nas Unidades.

O papel das comissões hospitalares

O principal papel das comissões hospitalares é a melhoria contínua dos processos internos. E para isso, elas são as mais variadas possíveis, visando atender as especificidades de cada área.

Além disso, as comissões devem ser pró-ativas, e possuir espaço aberto junto à gestão, ao propor atitudes preventivas e corretivas e desta forma legitimar seu

papel na instituição. Cabe ainda às comissões desenvolver e apresentar propostas de modernização dos atendimentos e aperfeiçoamento da rotina, tendo como foco central sempre a melhor qualidade no atendimento prestado ao paciente.

Já as ferramentas de gestão e qualidade, por sua vez, devem ser utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.

As comissões hospitalares devem contar com inúmeras ferramentas de gestão, que permitirão elaborar indicadores de processo. São eles que servirão para embasar as decisões dos gestores. Elas surgiram com o objetivo de viabilizar ações de melhoria conjunta com a administração da instituição. São ainda consideradas necessárias para formulação de políticas, coordenação e monitoramento em todo o hospital de atividades que são consideradas críticas na prestação de serviços de saúde de qualidade; contribuindo para a formulação de políticas, coordenação e monitoramento do hospital.

Da mesma forma, dentro de um processo de acreditação, são elas as responsáveis pela implementação das etapas necessárias para a obtenção das certificações. Elas devem buscar junto à equipe diretiva a implementação das ações e ferramentas necessárias, além de cobrar seu cumprimento de acordo com as normas estabelecidas.

Além disso, é papel vital das comissões hospitalares garantirem a qualidade no atendimento aos pacientes. Acima de tudo, devem trabalhar de forma sistemática, possuindo membros em quantidade suficiente para atender a demanda dos serviços.

Dessa forma, cada uma delas deve ter sua constituição fundamentada em Portarias e Resoluções, e contar com a estrutura necessária para o desempenho das suas funções. Além disso, como resultado, o seu trabalho é evidenciado nos indicadores — ferramentas imprescindíveis para a qualidade dos serviços do hospital.

Portanto, ao produzir e disponibilizar tais números e indicadores relevantes sobre áreas críticas do hospital à alta gestão e à sociedade, as comissões hospitalares contribuem para a transparência e melhor gestão dos serviços prestados.

A Unidade de Pronto Atendimento terá comissões técnicas que nortearão ações e auxiliarão o controle e avaliação de registros e da qualidade prestada. Assim, terá início o processo de estabelecimento de Comissões Técnicas que imprimirão qualidade aos serviços prestados nas Unidades.

Serão constituídas as seguintes Comissões:

- A. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;**
- B. Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários do Paciente;**
- C. Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos;**
- D. Comissão de Ética;**
- E. Núcleo Qualidade;**
- F. Comissão de Farmácia e Terapêutica;**
- G. Comissão de Segurança do Paciente.**

19.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

Finalidades:

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

A Comissão de Controle de Infecção desenvolve de forma sistemática o rastreamento de infecções em todas as unidades, notifica os casos, consolida os dados em indicadores, promove campanhas de prevenção e desenvolve ações de combate e controle de surtos e epidemias.



- A CCIH da unidade deverá:
- Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares,
- Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitar o quadro de funcionário e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Implantar o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;



- Definir, em conjunto com a Unidade de Farmácia a política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados.

Membros componentes:

A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores, sendo que o Presidente ou Coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção da unidade hospitalar.

Os membros consultores serão os representantes, dos seguintes serviços:



- Serviço médico;
- Serviço de enfermagem;
- Serviço de farmácia;
- Laboratório de microbiologia;
- Administração.

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

Os membros executores serão:

Técnicos de nível superior da área de saúde, sendo, no mínimo 1 enfermeiro e 1 médico.

Objetivos no 1º. Ano: Elaborar, implementar, manter e avaliar Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações descritas na seção COMPETÊNCIA da Portaria MS 2616 de 12/05/98.

Frequência das reuniões

- Semanal até a conclusão do Plano de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares. Em seguida, mensal rotineiramente.
- Extraordinariamente nos casos de alterações de comportamento epidemiológica nos diversos setores do hospital.
- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO



CAPÍTULO 1

JUSTIFICATIVAS LEGAIS

Artigo 1º – A Comissão de Controle de Infecção da Unidade, designada através de Portaria Interna, executa o papel de Assessoria à Diretoria Médica.

CAPÍTULO 2

DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão tem a finalidade de desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção.

CAPÍTULO 3

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – As ações do Programa de Controle de Infecção serão realizados pelos membros executores (grupo executor) desta comissão, indicados para este fim pela Diretoria do hospital observando a portaria N. 2616 / 1998 do Ministério da Saúde. Artigo 4º – A CCIH é composta por:

I) Membros Executores:

- Médico, com conhecimentos específicos no controle de infecção.
- Médico Infectologista (quando aplicável)
- Enfermeiro com conhecimentos específicos na área de controle de infecção.
- Administrativo

II) Membros Consultores (Grupo Normativo):



Representante da Área Médica: (Médico) Representante do Serviço de Farmácia: (Farmacêutico) Representante do Serviço de Enfermagem
Representante da Administração

Parágrafo Único: Cabe aos membros executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela comissão.

CAPÍTULO 4 DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º – Ao presidente da CCI compete:

Presidir as reuniões ordinárias;

Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CCIH para apreciação e aprovação;

Representar a CCIH sempre que solicitado;

Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo.

Artigo 6º – À CCIH compete:

Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle de infecções hospitalares;

- Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

Sugerir prioridades de ação para o controle das infecções hospitalares;

Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIH;

Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelos membros executores;

Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos Serviços de todo o hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar;

Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;

Notificar ao Serviço de Vigilância local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

Artigo 7º – Compete aos membros executores:

Elaborar, implementar e manter um programa de vigilância e controle de infecções hospitalares. Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de infecções hospitalares.

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias.

Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções hospitalares.

Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções hospitalares.

Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico – administrativas, em conjunto com os diversos setores do hospital que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções hospitalares, bem como supervisionar a sua aplicação.

Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com os vários setores. Participar das comissões de padronização de medicamentos.

Promover a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos registros das doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica.



Artigo 8º Compete aos membros consultores:

Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIH.

Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de controle de IH a ser implementadas pelos membros executores.

Colaborar com os membros executores promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de IH dentro de suas respectivas áreas de atuação.

CAPÍTULO 5

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º – A CCIH será presidida por um médico infectologista ou médico com experiência comprovada na área de controle de Infecção Hospitalar (IH), nomeado através de Portaria Interna pela diretoria médica.

Parágrafo único – por experiência comprovada entende-se o cumprimento dos itens abaixo:

- a) Participação como membro efetivo da CCIH por período mínimo de 3 anos;
- b) Ter freqüentado cursos especializados ou treinamentos prático em controle de IH, ministrado por órgão público ou credenciado;
- c) Participação de eventos científicos relacionados a IH, tais como Congressos, simpósios, jornadas;
- d) Ter produção científica na área (comunicações em congressos, publicações em revistas científicas);

CAPÍTULO 6

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º – São atribuições do enfermeiro (membro executor)



Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa;

Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância;

Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizada pela CCIH.

Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor; Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;

Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas hospitalares;

Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções hospitalares;

Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção periodicamente;

Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multi- profissional da área hospitalar;

Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto a prevenção de infecção hospitalar e prevenção acidentes com material contaminado;

Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção (PCIH);

Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico – hospitalar;

Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;

Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico – hospitalar;

Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno e lavanderia hospitalar;



Participar de grupos de interesse para o controle das infecções hospitalares como: grupo de feridas, cateter, reuso, etc.;

Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

Artigo 11º – São atribuições do médico (membro executor):

Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;

Proceder a investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;

Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de

isolamento padronizada pela CCIH;

Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções hospitalares; Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;

Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar; Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle de infecções hospitalares e uso de antimicrobianos;

Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo de antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada unidade;

Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;

Divulgar periodicamente os perfis microbiológicos e de sensibilidade dos diversos setores do hospital;

Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH;

Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;



Atuar na Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares através de reuniões, aulas e educação em serviço;

Assistir as áreas de apoio nos problemas referentes ao controle das infecções hospitalares;

Capacitar os profissionais de saúde para o controle das Infecções Hospitalares.

Artigo 12º – A Farmácia do Hospital subsidiará a CCIH nos seguintes quesitos:

Monitorar o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros;

Elaborar relatórios sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos;

Elaborar rotinas para uso de antimicrobianos, em comum acordo com a CCIH e o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados;

Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos do hospital, em conjunto com a CCIH;

Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por Soluções Parenterais e outros;

Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;

Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral.

CAPÍTULO 7 DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º– A secretaria da CCIH funciona das 8:00 às 17:00 de segunda a sexta-feira, contando para isso com um técnico administrativo.



Artigo 14º– As reuniões da CCIH são realizadas mensalmente, na sala de reuniões da Divisão de Enfermagem, com agendamento anual, convocadas pelo Presidente.

Artigo 15º–As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderão ser solicitadas pôr qualquer membro da CCIH.

Artigo 16º–As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17º–Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º– Nenhum membro da CCIH, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CCIH ou para emissão de notas oficiais a imprensa escrita ou falada.

Artigo 19º– A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida a apreciação da Diretoria.

Artigo 20º– Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES ANUAL

JANEIRO	(Primeira quinta-feira do mês)
FEVEREIRO	(Primeira quinta-feira do mês)
MARÇO	(Primeira quinta-feira do mês)
ABRIL	(Primeira quinta-feira do mês)
MAIO	(Primeira quinta-feira do mês)
JUNHO	(Primeira quinta-feira do mês)
JULHO	(Primeira quinta-feira do mês)
AGOSTO	(Primeira quinta-feira do mês)
SETEMBRO	(Primeira quinta-feira do mês)
OUTUBRO	(Primeira quinta-feira do mês)
NOVEMBRO	(Primeira quinta-feira do mês)
DEZEMBRO	(Primeira quinta-feira do mês)



19.2 COMISSÃO DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

1. FINALIDADE

Atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Administrativa da instituição.

2. COMPOSIÇÃO

A composição deverá ser de dois membros médicos, dois membros da Direção Administrativa, um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e um enfermeiro (a).

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

3. MANDATO

O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

4. SEDE

A sede da comissão será a unidade de SAME.

5. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório uma reunião ordinária mensal.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

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

Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.



6. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário Médico:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

d) Normatizar o preenchimento das contra-referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.

d) Tipo de Alta.

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III – Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões.
- b) Indicar seu vice-presidente.
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência. São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia.
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes.
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão.
- f) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS



Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O presente regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa da instituição e passará a ser divulgado publicamente entre seus colaboradores.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUARIO

Capitulo I

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) da Unidade, será constituída por um número mínimo de 4 membros nomeados pelo Diretor Clinico, e suplente designado pelo efetivo se necessário. Representantes a serem, deliberados:

SAME

Pediatria Pronto Socorro Enfermagem Faturamento Capitulo II

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I – Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II – Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III - Competência da CRPM:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina nº 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão

constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte eletrônico ou papel:

Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP), e exames anexados; Anamnese, exame físico, hipótese diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos ao qual o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e / ou armazenados em meio eletrônico;

Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e respectivo número do Conselho de Classes.

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ ou a remoção para outra unidade.

Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

IV - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clínicas e a direção técnica da unidade.

V – A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

CAPITULO III

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO



Artigo 3º - A CRPM requisitara ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Artigo 4º - A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Artigo 5º - A escolha do prontuário é aleatória.

Artigo 6º - A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Artigo 7º - As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.

CAPITULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8º - Este Regimento Interno está em consonância com a resolução CFM Nº 1.638, de 10 de julho de 2002:

Artigo 9º - Este Estatuto poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES ANUAL

JANEIRO	(Segunda sexta-feira do mês)
FEVEREIRO	(Segunda sexta-feira do mês)
MARÇO	(Segunda sexta-feira do mês)
ABRIL	(Segunda sexta-feira do mês)
MAIO	(Segunda sexta-feira do mês)
JUNHO	(Segunda sexta-feira do mês)
JULHO	(Segunda sexta-feira do mês)
AGOSTO	(Segunda sexta-feira do mês)
SETEMBRO	(Segunda sexta-feira do mês)
OUTUBRO	(Segunda sexta-feira do mês)
NOVEMBRO	(Segunda sexta-feira do mês)
DEZEMBRO	(Segunda sexta-feira do mês)



19.3 COMISSÃO DE ANÁLISE DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS

INTRODUÇÃO

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, iatrogenias, entre outros. Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

OBJETIVOS

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada na Unidade a partir da análise dos óbitos hospitalares;
2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria comissão;
3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

DAS ATRIBUIÇÕES



- a) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- f) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- g) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- h) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, bem como assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;
- i) Elaborar rotina de encaminhamento ao Serviço envolvido e Comissão de Ética dos casos pertinentes.
- j) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre na busca da qualidade com atuação de Educação Permanente;

INTEGRANTES

Será constituída por pelo menos cinco membros médicos e um enfermeiro, designados pelo diretor técnico, assim representados:

Serviço de Clínica Médica – médico Serviço de Pediatria – médico Serviço de Enfermagem - enfermeiro MANDATO

24 meses, podendo ser renovável conforme definição da diretoria.

FUNCIONAMENTO

Reuniões com periodicidade mensal em local especificado, assim como envio de indicadores e informações;



Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática;

Decisões por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião;

- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

METODOLOGIA

Análise dos prontuários de óbitos Unidade pela CRO, utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis;

FONTES DE INFORMAÇÃO

1. Prontuário do paciente
2. Relatório de alta
3. Declaração de óbito
4. Relato cirúrgico
5. Anotações médicas
6. Anotações de enfermagem.

VARIÁVEIS ANALISADAS

Autoexplicativas:

1. Idade
2. Sexo
3. Data da internação
4. Dia, data e hora do óbito
5. Diagnóstico de admissão
6. Diagnóstico final e causa mortis
7. Óbito antes do início do tratamento
8. Óbito antes de 48 horas



9. Óbito no ato cirúrgico ou anestésico
 10. Óbito no pós-operatório imediato
 11. Acidentes ou falhas operacionais Categorizadas:
 12. Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico- laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anátomo patológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;
 13. Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação;
 14. Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;
 15. Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;
 16. Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
 17. Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
 18. Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;
 19. Infecção hospitalar: qualquer infecção surgida após 72 horas da internação do paciente, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72 horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico, associável ao processo infeccioso;
 20. Dia mais frequente;
 21. Horário de predomínio.
- PS.: O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares



e terapêutica nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE

ÓBITOS CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Atender a resolução do CFM de nº 1.779/2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

A revisão dos óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições, bem como o conhecimento das causas de morte pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) da Unidade, será constituída por pelo menos cinco membros médicos e um enfermeiro, designados pelo superintendente, assim representados:

Serviço de Clínica Médica – supervisor médico Serviço de Pediatria – supervisor médico Serviço de Enfermagem.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

- a) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- f) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- g) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- h) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, bem como assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;
- i) Elaborar rotina de encaminhamento ao Serviço envolvido e Comissão de Ética dos casos pertinentes.
- j) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre na busca da qualidade com atuação de Educação Permanente;

§ 10 - São atribuições do Presidente da Comissão

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

§ 20 - São atribuições dos membros da CRO

- a) Comparecer às reuniões;
- b) Realizar o trabalho de coleta dos dados dos prontuários conforme determinado no capítulo anterior



- c) Efetuar estudos, coletar informações e preparar relatos determinados pelo presidente;
- d) Propor planos e estudos para a melhoria de qualidade da comissão e assistência hospitalar no que tange a assuntos de interesse e competência da comissão de óbitos
- e) Votar e justificar seu voto nas decisões colocadas em votação pelo presidente.

§ 30 - São atribuições e competências da secretária da Comissão

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- h) Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3º - A Comissão de Óbitos, requisitará ao SAME, os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela mesma.

Artigo 4º - A comissão distribuirá os prontuários em escala de rodízio, entre os membros da comissão, para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.



Artigo 5° - O relator terá um prazo de cinco dias úteis para elaborar o seu parecer. Em casos excepcionais poderá haver solicitação de aumento do prazo.

Artigo 6° - Nos dias de reunião extraordinária da comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

Artigo 7° - Os prontuários não poderão ser retirados de dentro do Hospital.

CAPÍTULO V DAS REUNIÕES

Artigo 8° - As reuniões deverão acontecer mensalmente, com data, local e horários previamente definidos e informados.

Artigo 9° - Para realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da unidade.

Artigo 10° - A ausência de um membro em três reuniões distintas durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 11° - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12° - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, através de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13° - As reuniões deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo de expediente e decisões tomadas.

Artigo 14° - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS



Artigo 15º - Este Regimento está em consonância com a portaria conjunta MEC/MS, nº 01/9. Artigo 16º - Este Regimento poderá ser alterado:
Após avaliação de desempenhos se for o caso;

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

JANEIRO	(primeira terça-feira do mês)
FEVEREIRO	(primeira terça-feira do mês)
MARÇO	(primeira terça-feira do mês)
ABRIL	(primeira terça-feira do mês)
MAIO	(primeira terça-feira do mês)
JUNHO	(primeira terça-feira do mês)
JULHO	(primeira terça-feira do mês)
AGOSTO	(primeira terça-feira do mês)
SETEMBRO	(primeira terça-feira do mês)
OUTUBRO	(primeira terça-feira do mês)
NOVEMBRO	(primeira terça-feira do mês)
DEZEMBRO	(primeira terça-feira do mês)

19.4 COMISSÃO DE ÉTICA

A Direção clínica de cada Unidade constituirá formalmente uma Comissão de Ética e propiciará a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização. Como as Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina, caberá também ao diretor encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

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.

Objetivos

Fortalecer o componente ético na instituição, atuando preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético.

Competências

Supervisionar, orientar e fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

Instaurar sindicância, instruí-la a formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VI. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;



Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina relatórios sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

Fornecer subsídios à Direção das Unidades de Pronto Atendimento, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

Orientar o público usuário das Unidades de Pronto Atendimento sobre questões referentes à Ética Médica.

Composição

As Comissões de Ética serão compostas por

01 (um) presidente,

01 (um) secretário,

quatro membros efetivos

e quatro suplentes da Instituição.

A escolha dos membros das CEMs será feita mediante eleição direta, participando os médicos que compõem o Corpo Clínico, que estejam inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina.



Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

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 e, por fim, a Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Frequências de Reuniões

As Comissões de Ética das Unidades estabelecerão seus calendários de reuniões ordinárias, reunindo-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Observação

As reuniões devem ser lavradas em ata, com cópia para a Diretoria e os demais envolvidos. Os assuntos tratados pelas Comissões serão guardados em sigilo ético por todos os membros.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

JANEIRO	(Primeira quarta-feira do mês)
FEVEREIRO	(Primeira quarta-feira do mês)
MARÇO	(Primeira quarta-feira do mês)
ABRIL	(Primeira quarta-feira do mês)
MAIO	(Primeira quarta-feira do mês)
JUNHO	(Primeira quarta-feira do mês)
JULHO	(Primeira quarta-feira do mês)
AGOSTO	(Primeira quarta-feira do mês)
SETEMBRO	(Primeira quarta-feira do mês)
OUTUBRO	(Primeira quarta-feira do mês)
NOVEMBRO	(Primeira quarta-feira do mês)
DEZEMBRO	(Primeira quarta-feira do mês)



19.5 NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela alta administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H, em contrato de Gestão com a SMS e o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, autoridade que otimiza os serviços de saúde e promove o aperfeiçoamento da gestão do UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H.

Art. 2º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Com objetivo de promover a gestão da qualidade, a excelência na gestão, na educação, na pesquisa e na extensão em saúde no âmbito contratual.

CAPÍTULO II

DO NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR

Art. 4º O Núcleo de Qualidade Hospitalar (NQH) tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

Art. 5º O NQH tem por objetivo assegurar que a Gestão da Qualidade da UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H e que seja estabelecido, implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos no Programa de Gestão da Qualidade.



Art. 6º O NQH, durante as ações de implantação, implementação e a manutenção, obedecerá às normas vigentes para cada processo trabalhado.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS

Art. 7º Compete ao NQH auxiliar o Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde, anteriormente denominados Setores de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente:

- I- Promover a cultura de melhoria contínua dos processos e resultados;
- II- Implementar o Programa de Gestão da Qualidade;
- III- Coordenar o Processo de Monitoramento e Avaliação da instituição, nos níveis tático e estratégico;
- IV- Implementar o Programa Gestão à Vista;
- V- Promover a implementação da gestão por processos;
- VI- Liderar processos de gestão de mudanças;
- VII- Coordenar a gestão de documentos;
- VIII- Coordenar os processos de avaliação interna e externa do Selo de Qualidade e demais processos certificação externas ou acreditação;
- IX- Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos pactuados em contratos internos de gestão, coordenando a definição e implementação de ações preventivas e corretivas;
- X- Coordenar a análise e avaliação das notificações sobre incidentes e queixas técnicas;
- XI- Selecionar e encaminhar notificações sobre incidentes e queixas técnicas para o Núcleo de Segurança do Paciente;
- XII- Coordenar ações para a integração e a articulação



multiprofissional no âmbito da instituição;

- XIII- XIII- Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- XIV- XIV- Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- XV- XV- Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- XVI- XVI- Auxiliar na elaboração divulgação e atualização o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, sendo a divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- XVII- XVII- Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

CAPÍTULO IV DAS REUNIÕES

Art. 8º As reuniões do NQH serão realizadas mensalmente;

Art. 9º Poderão ocorrer reuniões extraordinárias quando solicitados pelo coordenador ou pelos membros do NQH, sendo convocado, a qualquer momento, pelo Gerente de Atenção à Saúde e/ou Superintendente.

Art. 10º Ao final de cada reunião será definida a data da próxima reunião.

Art. 11º As reuniões extraordinárias serão convocadas com, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas de antecedência, constando as razões que a justificam e a ordem do dia.

Art. 12º As reuniões terão duração máxima de 2 (duas) horas.

Art. 13º Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões para as quais foram convocados.



Parágrafo único – Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada e registrada em ata.

Art. 14º Os membros do NQH poderão convocar para participarem das reuniões da comissão, gestores ou demais membros da comunidade.

Art. 15º A elaboração da ata será rotativa entre os membros, sendo definida no início de cada reunião.

Art. 16º Na Ata deverá estar incluso assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO

Art. 17º O NQH, composto por colaboradores do UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H e nomeado pelo Superintendente em Portaria, publicado no Boletim de Serviço, é formado por:

I - Um coordenador;

II – Grupo técnico/ executor, com dedicação exclusiva;

a) Dois profissionais de nível superior;

b) Um profissional de nível técnico;

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18º Este Regimento Interno somente poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do NQH, além de sua revisão a cada 4 anos, se necessário, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 19º Os casos não citados neste Regimento serão decididos pelo NQH em reunião para isto convocada com a presença do representante do nível hierárquico superior.

Art. 20º O presente Regimento entrará em vigor após aprovação do Gerente de Atenção à Saúde revogadas as disposições em contrário.



CRONOGRAMA DE REUNIÕES

JANEIRO	(Segunda quarta-feira do mês)
FEVEREIRO	(Segunda quarta-feira do mês)
MARÇO	(Segunda quarta-feira do mês)
ABRIL	(Segunda quarta-feira do mês)
MAIO	(Segunda quarta-feira do mês)
JUNHO	(Segunda quarta-feira do mês)
JULHO	(Segunda quarta-feira do mês)
AGOSTO	(Segunda quarta-feira do mês)
SETEMBRO	(Segunda quarta-feira do mês)
OUTUBRO	(Segunda quarta-feira do mês)
NOVEMBRO	(Segunda quarta-feira do mês)
DEZEMBRO	(Segunda quarta-feira do mês)

19.6 COMISSÃO DE FARMACIA E TERAPÊUTICA

Da natureza e finalidade:

1. OBJETIVO

O objetivo deste Regimento trata-se de uma comissão de caráter permanente, consultivo e deliberativo responsável por elaborar a Relação de Medicamentos Essenciais e por promover o uso racional de medicamentos, em assuntos relacionados a esta área.

2. COMPOSIÇÃO

As Comissões, equipes multiprofissionais e comitês serão compostos por:



- Presidente ou Coordenador;
- Vice-Presidente ou Vice Coordenador;
- Secretário;
- E demais membros de acordo com a Resolução Pertinente e ou com o Regimento Interno das comissões, equipes multiprofissionais e comitês do Hospital.

3. SELEÇÃO DOS MEMBROS

A nomeação do presidente e/ou coordenador, bem como de todos os outros membros será feita de acordo com a Resolução pertinente ou por indicação da Diretoria Geral, Diretoria Técnica.

O Vice-presidente/coordenador e o Secretário deverão ser escolhidos entre os membros, indicados pelo presidente ou pela Diretoria da instituição.

4. MANDATO

O mandato deverá ser de acordo com a Resolução pertinente é de 01 ano, podendo ser renovável por mais 01 ano. A rescisão de mandato deverá ser por interesse do membro ou da instituição;

O pedido de desligamento deverá ser feito por escrito relatando à justificativa do desligamento, no prazo mínimo de 30 dias. Em caso de pedido de desligamento deverá o membro indicar seu substituto para aprovação ou não da diretoria competente.



5. SEDE

A sede da comissão será a sala da Qualidade, local designado onde deverão ficar guardados todos os documentos originais e registros da atividade.

6. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Realizar atividades conforme regimento e resolução pertinente a cada comissão, equipe interdisciplinar e comitê.

As decisões das comissões, equipe multiprofissional e comitês serão tomados após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Elaborar relatórios mensal e trimestral dos indicadores operacionais e das ações realizadas e encaminhar ao Setor de Comissões cópia impresso do relatório com assinatura do presidente ou coordenador.

7. REUNIÕES e ATAS

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horários previamente definidos e informados, sendo no mínimo uma reunião mensal.



- As reuniões deverão ter início no máximo 30 minutos depois do horário estipulado com pelo menos metade dos membros presentes.
- Na impossibilidade de participação do coordenador, os membros da comissão poderão indicar um de seus integrantes para presidir a reunião.
- As decisões da comissão serão tomadas após aprovação por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.
- Havendo empate na votação, caberá ao coordenador a decisão final.
- Os pareceres técnicos e demais atividades da CFT serão distribuídos para execução entre seus membros, de forma paritária, seguindo um calendário previamente definido.
- O membro responsável por emitir um parecer deverá apresentá-lo a comissão dentro do prazo preestabelecido.
- Poderão ser convidados outros profissionais especialistas para participar das reuniões, desde que autorizados em plenária prévia.
- Cada reunião da comissão deverá ser registrada em ata resumida e arquivada contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.
- Deverá ser encaminhada cópia da ata para o Gestor da UNIDADE DE PRONTO ATENDIAMENTO PAM BARRETO - 24H e para o Secretário Municipal de Saúde.
- A comissão poderá receber solicitações externas de revisão da Relação de Medicamentos Essenciais através de um formulário próprio, que deve estar

com todos os campos preenchidos e ter anexado pelo menos três estudos que embasem o pedido realizado.

- A cada processo de atualização da Relação de Medicamentos Essenciais a comissão deverá definir um período para recebimento dos formulários de solicitação externa.
- Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.
- Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Secretário Municipal de Saúde, pelo Gestor local, pelo coordenador ou por pelo menos dois terços dos membros da comissão.

8. ATRIBUIÇÕES E PRAZOS

São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- a. Elaborar e atualizar periodicamente a Relação de Medicamentos Essenciais;
- b. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
- c. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por solicitação externa mediante preenchimento de formulário específico;



- d. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);
 - e. Revisar periodicamente as normas de prescrição;
 - f. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
 - g. Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
 - h. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos e atividades de farmacovigilância;
 - i. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
 - j. Assessorar o Gestor e o Secretário Municipal de Saúde em assuntos de sua competência;
 - k. Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgada em todos os serviços das unidades, com atualizações periódicas, sempre que necessário, contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
 - l. Definir anualmente metas de melhoria de suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação em Educação Permanente;
 - m. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.
- 8.1. São atribuições do coordenador da CFT, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:
- a. Aprovar previamente a pauta das reuniões;



- b. Convocar e presidir as reuniões;
- c. Representar a comissão junto ao Secretário Municipal de Saúde, ou indicar seu representante;
- d. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e. Fazer cumprir o regimento.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a. Organizar a pauta das reuniões;
- b. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c. Conferir o preenchimento dos Formulários de Solicitação Externa recebidos;
- d. Lavrar a ata das reuniões;
- e. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo coordenador.
- f. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- g. Preparar a correspondência;

9. DISPOSIÇÕES GERAIS:

- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com seu coordenador, Gestor local e se necessário com o Secretário Municipal de Saúde.



- Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.
- Este regimento entrará em vigor após aprovação pelo Secretário Municipal de Saúde e publicação do mesmo.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES ANUAL

JANEIRO	(primeira sexta-feira do mês)
FEVEREIRO	(primeira sexta-feira do mês)
MARÇO	(primeira sexta-feira do mês)
ABRIL	(primeira sexta-feira do mês)
MAIO	(primeira sexta-feira do mês)
JUNHO	(primeira sexta-feira do mês)
JULHO	(primeira sexta-feira do mês)
AGOSTO	(primeira sexta-feira do mês)
SETEMBRO	(primeira sexta-feira do mês)
OUTUBRO	(primeira sexta-feira do mês)
NOVEMBRO	(primeira sexta-feira do mês)
DEZEMBRO	(primeira sexta-feira do mês)

19.7 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Capítulo I-

Do conceito

Art. 1º. A Comissão de Segurança do Paciente (CSP) é uma instância colegiada, com atribuições definidas pelo presente Regimento, integrado por membros de diferentes serviços do UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H.

Capítulo II-

Da Competência



- I- Assessorar o Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde e o Núcleo de Segurança do Paciente do UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H e nos assuntos atinentes à sua matéria, com elaboração de pareceres, respostas às consultas necessárias a construção do Plano de Segurança do Paciente;
- II- Elaborar trabalhos escritos, inclusive planos de ação, promover pesquisas, diagnósticos situacionais, projetos de intervenção e demais normativas que estimulem a cultura de segurança da Instituição, a discussão e a melhoria das matérias de sua competência;
- III- cooperar, celebrar contatos, atuar e promover intercâmbios com outras organizações que tenham o mesmo objetivo ou que se assemelhem as finalidades da comissão;
- IV- Manter contato permanente com as Comissões congêneres que se relacionam direta ou indiretamente com a Segurança do Paciente UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H, informando-as sobre as atividades desenvolvidas e as diligências realizadas no sentido de mútua colaboração;
- V- Elaborar de forma participativa e compartilhada o Planejamento anual que comporá o Plano de Segurança do Paciente;
- VI- Aprovar em reunião com a presença de 2/3 dos componentes da mesa para o Plano anual de Segurança do Paciente;
- VII- analisar e quando necessário, propor medidas que objetivem a melhoria das ações estratégicas para segurança do paciente;
- VIII- Reunir-se mensalmente, discutir e receber demandas da comunidade, além daquelas oriundas de associações, organizações não governamentais, em especial dos Conselhos Comunitários de Segurança, encaminhando os pleitos da Gerência de Atenção à Saúde para deliberações, manifestações das autoridades competentes, inclusive propositura de demandas organizativas e normativas, se necessário for;



IX– Monitorar, a implantação das medidas propostas no Plano de Segurança do Paciente;

X- Auxiliar na divulgação das ações estratégicas para segurança do paciente, do plano anual de segurança do paciente, bem como em eventos educativos e científicos relacionados ao tema desta Comissão, para estudantes, profissionais, pacientes e familiares.

Capítulo III-

Da composição

Art. 3º. A Comissão de Segurança do Paciente é composta minimamente pelos seguintes membros:

1. um representante da Gerência de Atenção à Saúde;
2. um enfermeiro, representante da divisão de enfermagem;
3. um médico, representante da Divisão Médica;
4. um farmacêutico, representante da Farmácia;
5. um assistente social, representante do Serviço Social;
6. um nutricionista, representante do Serviço de Nutrição;
7. um psicólogo, representante do Serviço de Psicologia;
8. um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;
9. um representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
10. um representante do Serviço de Educação Permanente;
11. um representante, do ambulatório;
12. um representante da Unidade de Gestão de Riscos;
13. um representante da gestão de resíduos hospitalares;
14. um representante da agência transfusional;
15. um representante do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde, que coordenará os trabalhos da CSP;
16. um membro executor das ações de Segurança do Paciente do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde que coordenará de forma

complementar e substituta os trabalhos da CSP nos impedimentos e ausências do coordenador.

Capítulo IV-

Da competência de cada membro

Art. 4º. Os membros da Comissão de Segurança do Paciente deverão obedecer às funções descritas no presente Regimento, cabendo ao:

I- Coordenador da Comissão de Segurança do Paciente:

- a) mediar a indicação de membros para composição de Grupos de Trabalho que venham a ser desenvolvidos para elaboração do planejamento bianual para o Plano de Segurança do Paciente, tendo estes objetivos específicos definidos pelos coordenadores de cada grupo;
- b) convocar e presidir as reuniões;
- c) aprovar e assinar as atas das reuniões, depois de discutir seu texto com a maioria dos membros presentes;
- d) mediar a designação de relatores ou relatores substitutos, para manifestação de pareceres, diligências ou expedientes encaminhados a esta Comissão;
- e) autorizar a presença de terceiros, estranhos aos membros regularmente escritos, que poderão permanecer nas reuniões como visitantes;
- f) dar publicidade de todos os atos praticados pela Comissão, inclusive acerca dos andamentos dos processos ou expedientes acompanhados pelos membros ou pela própria coordenação;
- g) debater com os membros presentes na reunião ordinária as questões apresentadas à comissão para apreciação e deliberação, o posicionamento final da comissão será aquele da maioria dos membros presentes e, no caso de empate, votará desempatando;
- h) resolver as questões de ordem;
- l) zelar pelo cumprimento integral do presente Regimento, inclusive perante seus membros;



m) propor para melhor atender os interesses dos membros desta Comissão e ainda, anseios da sociedade, a alteração do Regimento Interno por solicitação de pauta pelos membros da CSP;

n) resolver os casos omissos do presente Regimento.

II- ao Coordenador Substituto:

a) participar ativamente da organização e desenvolvimento dos trabalhos para o plano anual que subsidiará o Plano de Segurança do Paciente;

b) desempenhar as atribuições ou designações do Presidente da Comissão ou, no caso de impossibilidade, justificar motivo;

c) comparecer nas reuniões ou convocações especiais e, no caso de impossibilidade, justificar com antecedência para que não prejudique os trabalhos.

III- Aos demais membros competem:

a) tomar conhecimento das atribuições ou designações do Coordenador da Comissão para qualquer atuação que este julgue competente e quando impossibilitado de aceitá-las apresentar justificativa;

b) comparecer nas reuniões ou convocações especiais e, no caso de impossibilidade, justificar com antecedência para que não prejudique os trabalhos.

Parágrafo único - após 03 (três) ausências consecutivas não justificadas caberá ao coordenador dar conhecimento a comissão da exclusão do profissional e solicitar um novo representante da área técnica ou serviço com nomeação em portaria no prazo de até 30 (trinta) dias após a substituição.

Capítulo V-

Das reuniões e comunicações

Art. 5º. As reuniões serão ordinárias e extraordinárias, as primeiras mensais e as segundas quando necessário.

§ 1º O Coordenador da Comissão designará a data e o horário das reuniões de acordo com a disponibilidade da maioria simples dos participantes.



f) dar publicidade de todos os atos praticados pela Comissão, inclusive acerca dos andamentos dos processos ou expedientes acompanhados pelos membros ou pela própria coordenação;

g) debater com os membros presentes na reunião ordinária as questões apresentadas à comissão para apreciação e deliberação, o posicionamento final da comissão será aquele da maioria dos membros presentes e, no caso de empate, votará desempatando;

h) resolver as questões de ordem;

l) zelar pelo cumprimento integral do presente Regimento, inclusive perante seus membros;

m) propor para melhor atender os interesses dos membros desta Comissão e ainda, anseios da sociedade, a alteração do Regimento Interno por solicitação de pauta pelos membros da CSP;

n) resolver os casos omissos do presente Regimento.

II- ao Coordenador Substituto:

a) participar ativamente da organização e desenvolvimento dos trabalhos para o plano bianual que subsidiará o Plano de Segurança do Paciente;

b) desempenhar as atribuições ou designações do Presidente da Comissão ou, no caso de impossibilidade, justificar motivo;

c) comparecer nas reuniões ou convocações especiais e, no caso de impossibilidade, justificar com antecedência para que não prejudique os trabalhos.

III- Aos demais membros competem:

a) tomar conhecimento das atribuições ou designações do Coordenador da Comissão para qualquer atuação que este julgue competente e quando impossibilitado de aceitá-las apresentar justificativa;

b) comparecer nas reuniões ou convocações especiais e, no caso de impossibilidade, justificar com antecedência para que não prejudique os trabalhos. Parágrafo único - após 03 (três) ausências consecutivas não justificadas caberá ao coordenador dar conhecimento a comissão da exclusão do profissional e solicitar um novo representante da área técnica ou serviço



com nomeação em portaria no prazo de até 30 (trinta) dias após a substituição.

Capítulo V-

Das reuniões e comunicações

Art. 6º. As reuniões serão ordinárias e extraordinárias, as primeiras mensais e as segundas quando necessário.

§ 1º O Coordenador da Comissão designará a data e o horário das reuniões de acordo com a disponibilidade da maioria simples dos participantes.

§ 2º Caberá ao Coordenador da Comissão, a expedição de convocação para o comparecimento dos membros nas reuniões, que ocorrerão sempre nas salas de reunião dos prédios do UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H, devendo o comunicado ser efetivado com pelo menos cinco dias de antecedência.

3º As comunicações entre os Membros da Comissão poderão ser feitas por meios virtuais. Art. 6º. Dos objetos das reuniões.

I- são objetos da reunião ordinária:

- a) informes livres;
- b) discussão, leitura e aprovação da ata anterior;
- c) comunicações do Coordenador acerca dos expedientes, processos em andamento e deliberações;
- d) ordem do dia;
- e) apresentação de resultados e atuação da Comissão.

II- a reunião extraordinária será designada pelo Coordenador da Comissão houver necessidade de deliberação urgente de alguma questão de competência desta Comissão, ou a pedido de qualquer um dos membros da CSP e ou dos componentes do grupo gestor do UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H, e quando de sua ocorrência, obedecerá a convocações específicas e atendidas ou não pelas reuniões ordinárias.



Parágrafo único- A ordem dos trabalhos obedecerá ao critério acima, podendo, a critério do Coordenador da Comissão, ocorrer em ordem diversa da acima estabelecida.

Art. 7º. Mediante solicitação do Superintendente ou da Gerência de Atenção à Saúde, poderá ocorrer reunião em conjunto com outra Comissão do UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMENTO PAM BARRETO - 24H que possuam relações diretas ou indiretas com esta comissão. Dados critérios a serem obedecidos, rege-se-ão pelo órgão que a convocou.

Capítulo VI-

Das disposições finais

Art. 8º. As aprovações das matérias colocadas em análise, devidamente prevista em pauta ser dará por maioria simples, contado sempre pelos votos abertos dos presentes;

Art. 9º. A alteração do presente Regimento se dará por iniciativa do Coordenador desta Comissão ou por qualquer um dos seus membros após aprovação deste.

Art. 10. Este Regimento entra em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES ANUAL

JANEIRO	(segunda terça-feira do mês)
FEVEREIRO	(segunda terça-feira do mês)
MARÇO	(segunda terça-feira do mês)
ABRIL	(segunda terça-feira do mês)
MAIO	(segunda terça-feira do mês)
JUNHO	(segunda terça-feira do mês)
JULHO	(segunda terça-feira do mês)
AGOSTO	(segunda terça-feira do mês)
SETEMBRO	(segunda terça-feira do mês)
OUTUBRO	(segunda terça-feira do mês)
NOVEMBRO	(segunda terça-feira do mês)
DEZEMBRO	(segunda terça-feira do mês)

20. POLÍTICA DE SEGURANÇA NO TRABALHO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

Finalidade:

"Observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para eliminar / reduzir ou neutralizar os mesmos". Sua missão é a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Composição:

Deve ser constituída por igual número de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no quadro I da Norma Regulamentadora NR-05, aprovada pela Portaria nº 3.214/78, da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

Funcionamento e Organização:

- A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.
- As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.
- As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho

- AIT.

- Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- a) houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;



- b) ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- c) houver solicitação expressa de uma das representações.
 - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.
 - Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.
 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Objetivos Principais para o Primeiro Ano de contrato:

- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;



- h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- h) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Controle pela unidade de Gestão de Pessoas - Supervisão e acompanhamento.

As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES ANUAL

JANEIRO	(Segunda quinta-feira do mês)
FEVEREIRO	(Segunda quinta-feira do mês)
MARÇO	(Segunda quinta-feira do mês)
ABRIL	(Segunda quinta-feira do mês)
MAIO	(Segunda quinta-feira do mês)
JUNHO	(Segunda quinta-feira do mês)
JULHO	(Segunda quinta-feira do mês)
AGOSTO	(Segunda quinta-feira do mês)
SETEMBRO	(Segunda quinta-feira do mês)
OUTUBRO	(Segunda quinta-feira do mês)
NOVEMBRO	(Segunda quinta-feira do mês)
DEZEMBRO	(Segunda quinta-feira do mês)



21. Proposta de Organização do fluxo da Referência e a Contra Referência – CENTRAL DE REGULAÇÃO

21.1 Referência e Contra referência

Operação	<p>Criação de um formulário específico de referência e contra referência para circular entre a Equipe do Pronto Atendimento 24 horas e os diferentes níveis de rede de atenção do Município de Arujá/SP.</p>
Projeto	<p>Organização do Sistema de Referência e Contra Referência entre a Equipe do Pronto Atendimento 24 horas e outros níveis de atenção do Município de Município de Arujá/SP.</p>
Ações Propostas	<p>Propor modelo e obter adesão da Equipe do Pronto Atendimento 24 horas para uso do formulário específico de referência e contra referência, para otimização da troca de informações entre os diferentes níveis de atenção Município de Município de Arujá/SP.</p> <p>Melhorar a privacidade do paciente e sigilo médico.</p>



Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">- Realização de encaminhamentos de qualidade pelos médicos do Pronto Atendimento 24 horas.- Estímulo à prática da contra referência por parte da atenção secundária à saúde e aumento do número de dados para atenção a saúde na atenção primária.- Melhora da privacidade do paciente na Unidade em seu tratamento de saúde, assegurando assim o sigilo médico.
Produtos Esperados	Formulário de referência produzido e com fluxo de encaminhamento e recepção de volta estabelecido e controlado.
Atores Sociais/ responsáveis	<ul style="list-style-type: none">- Gerente da Unidade: apoio para otimizar a estrutura do formulário de forma a adequá-lo às reais necessidades da Unidade.- Médicos Assistentes e Assistentes Sociais da Unidade, pelo mesmo motivo e por serem os atores diretos na utilização do instrumento.- Em outra instância, a Gestão Municipal, pois seria importante que esta ficasse ciente da



	necessidade de tal instrumento na rede.
Recursos Necessários	<ul style="list-style-type: none">- Estrutural: Tempo e espaço para estruturar o formulário de referência e contra referência; material para que haja impressões regulares de folhas de encaminhamento de acordo com a demanda da Unidade.- Cognitivo: Conhecimento dos reais problemas para estruturar o formulário da forma mais abrangente e eficaz.- Financeiro: Dinheiro para custear as impressões das folhas de encaminhamento. <p>Político: Articulação com a Gestão Municipal para que haja adesão pelos médicos e outros profissionais de diferentes níveis de esquema de referência e contra referência no fluxo.</p>
Ação Estratégica de Motivação	Reuniões de equipe para aperfeiçoar o planejamento
Responsáveis	<ul style="list-style-type: none">- Gerente da Unidade- Assistente Social da Unidade Secretaria Municipal de Saúde
Cronograma/ Prazo	Imediato – Após assinatura do Contrato



Gestão, acompanhamento Avaliação	A efetividade será avaliada pelo Gerente da Unidade, juntamente com toda equipe, nas reuniões de planejamento; a expectativa é de que haja contabilidade do número de contra referências ao termino de 04 meses, para avaliar se houve aumento das mesmas.
--	---

• **ETAPAS E REGULAMENTOS PARA REGULAÇÃO**

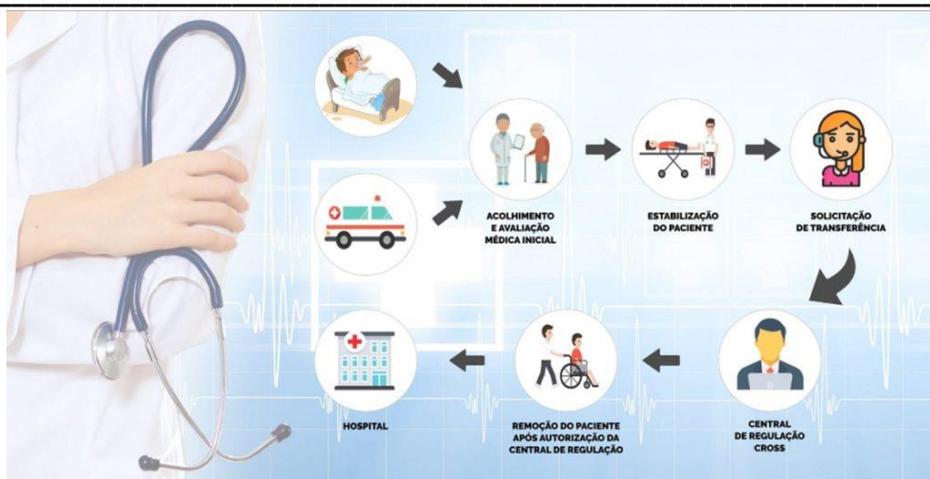
- a) Destinar sala para regulação, com no mínimo 02 computadores, internet, impressora, WhatsApp, telefone e recursos humanos para funcionamento nas 24 horas;
- b) Receber, nas 24 horas/7 dias da semana, pacientes para internação hospitalar;
- c) Aderir ao sistema de regulação do Município e do Estado de São Paulo/CROSS para atendimento da Programação Pactuada Integrada de acordo com as cotas previamente estabelecidas;
- d) Disponibilizar mensalmente a agenda dos serviços contratualizados ao Gestor da Secretaria Municipal de Saúde;
- e) Oficializar ao Gestor Municipal de Saúde semanalmente as vagas disponibilizadas e não utilizadas pelo Município;
- f) Utilizar os protocolos de regulação do acesso aprovados pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde;

-
- g) Implantar no Pronto Atendimento o Acolhimento com Classificação de Risco;
- h) Estabelecer que o paciente só será referenciado para outra unidade na ausência ou insuficiência do serviço, explicitando o motivo da recusa na ficha de contra referência ou em relatório.

21.1 - IMPORTÂNCIA DA REGULAÇÃO - (CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE)

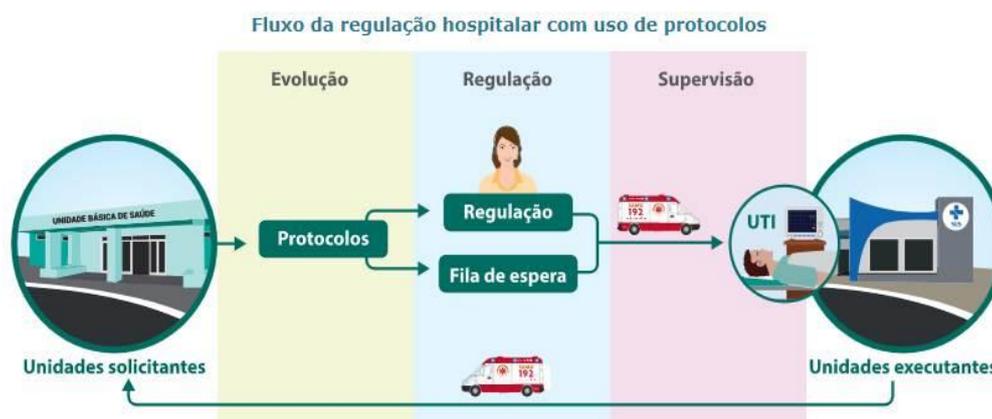
O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, com a parceria com a regulação, que vai organizar a regulação de recursos disponíveis na saúde pública, nos âmbitos: pré-hospitalar, ambulatorial, regulação entre regiões, um sistema atualizado pelos próprios médicos da Central de Regulação, a fim de buscar os melhores recursos, mais próximos do paciente. É um sistema unificado em todo o Estado, mas que funciona, principalmente, de maneira regionalizada, através das regiões de saúde.

Além dos recursos em nossa cidade, alguns que são oferecidos em outros municípios. A ideia é que se encontre o que o paciente precisa no lugar mais próximo, porém às vezes é necessário ir para outros lugares.



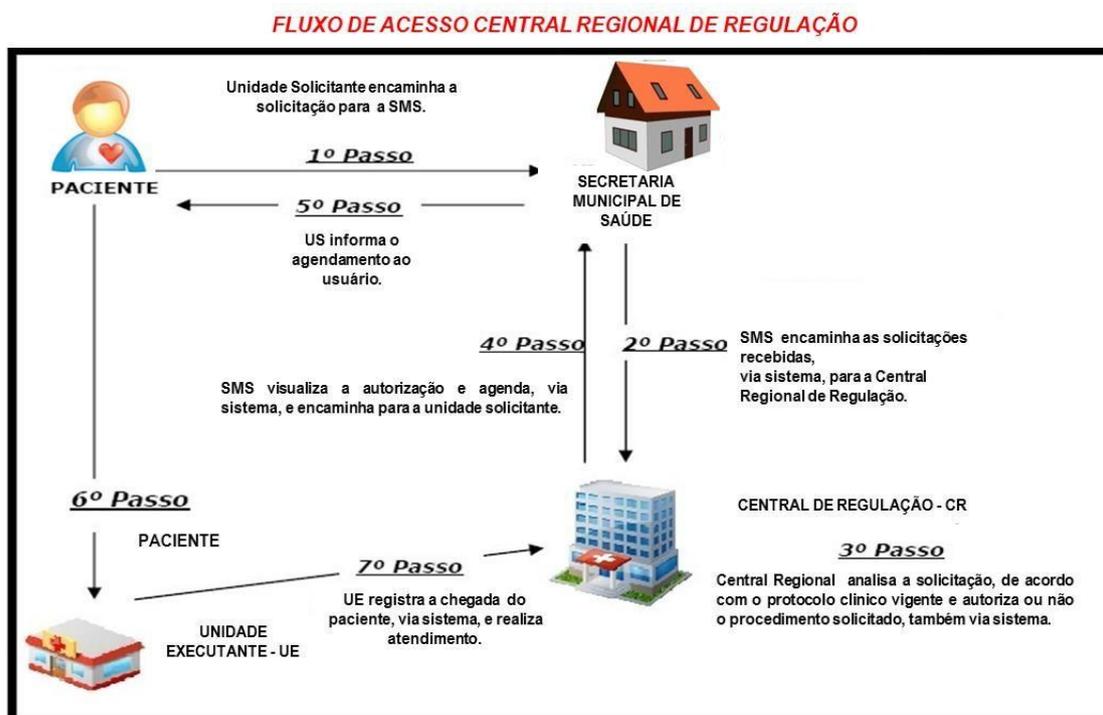
A decisão de quem tem a prioridade é de médicos e segue de acordo com os prognósticos, ou seja, leva em conta o menor risco do paciente e a maior chance de alcançar o resultado com a utilização de determinado recurso.

Tudo isso é feito baseado em protocolos médicos e com avaliação de médicos.





21.2 FLUXO DE ACESSO A CENTRAL DE REGULAÇÃO PARA CONSULTAS E PROCEDIMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA



Fonte: Modelo de Pernambuco

O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona como uma rede que deve estar integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo o indivíduo acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde de acordo com suas necessidades específicas. Respeitando uma pirâmide de atendimento, onde a porta de entrada é o serviço primário de saúde, seguido pelos serviços secundários e terciários. Essa hierarquia é mantida porque se faz necessária para a organização segundo níveis de complexidade que se interligam e se comunicam de forma a manter o vínculo com o usuário, com o objetivo de humanizar e colocar o usuário como prioridade, IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE e a SMS deverá estar em harmonia com seus fluxos de Acesso a Central de Regulação para consultas

e procedimentos na Rede de Atenção Especializada em apoio a Unidades Básicas de Saúde.

21.3 REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial.

Objetos: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos.

Estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

- I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
- III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- V - Regulação da Saúde Suplementar;
- Auditoria Assistencial ou Clínica;
- Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

- Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;

VI - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas

21.4 - NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo Interno de Regulação – NIR é um serviço que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Atua na disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação e estabilização para atendimento de urgência e emergência. O NIR segue critérios pré-estabelecidos para o atendimento de pacientes e tem relações intra-hospitares (para casos de disponibilidade no próprio hospital) e extra-hospitalares para casos externos, envolvendo o contra referenciamento de pacientes. Tem como função realizar a gestão da oferta de leitos, consultas, serviço de apoio diagnóstico terapêutico e cirurgias, bem como apoiar a gestão do cuidado assistencial por intermédio de ações que buscam ordenar e facilitar o acesso às ações e serviços definidos pela clínica.

Art. 2º - O NIR da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H, está ligado hierarquicamente ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS) da Entidade Contratualizada e a Secretaria Municipal de Arujá/SP.

Art. 3º - O NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: Portaria MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Portaria MS Nº 312, de 02 de maio de 2002, Portaria MS Nº 529, de 1º de abril de 2013, Portaria MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, e Portaria MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.

• **CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 4º Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

I. Promover a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H e Centrais de Regulação, organizando as matrizes de agendamento de acordo com as diversas especialidades solicitadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Arujá/SP;

II. Gerenciar de forma contínua a oferta dos atendimentos multiprofissionais, consultas, exames e procedimentos eletivos nas diversas especialidades e leitos de internação da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H;

III. Participar da construção dos fluxos e protocolos de regulação do acesso ambulatorial, unidades de internação (admissão e alta) e unidade de pronto atendimento pediátrico;

V. Supervisionar a execução dos fluxos e protocolos de regulação do acesso ambulatorial, unidades de internação (admissão e alta) e unidade de pronto atendimento;

VI. Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;

-
- VII. Monitorar o Tempo de Espera de Cirurgia e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- VIII. Monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- IX. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e movimentação de leitos de internação, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;
- X. Subsidiar discussões, internas como externas, que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil dos serviços ambulatoriais ofertados, considerando o perfil de atendimentos solicitados pela RAS;
- XI. Integrar o serviço aos outros hospitais da RAS local e fora da macrorregião à regulação de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação e rodiziamento da instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º O Núcleo Interno de Regulação (NIR) terá composição multiprofissional, contando com a seguinte equipe operacional:

- I. Chefe do Setor de Regulação em Saúde (SRAS);
- II. Médico regulador;
- III. Enfermeiro Regulador;
- IV. Odontólogo;

- V. Técnico em Enfermagem;
- VI. Assistente Administrativo;
- VII. Recepcionista.

Parágrafo único. O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar ainda com outras categorias profissionais, desde que seja aprovada pela Superintendência.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Ao Chefe do SRAS incumbe:

- I. Conhecer a legislação vigente sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;
- II. Cumprir e fazer cumprir o Modelo de Gestão por Processos da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H;
- III. Orientar a equipe e acompanhar as atividades de gestão da lista de espera
cirúrgica; cirúrgico;
- IV. Participar dos processos de organização dos fluxos para internação do paciente;
- V. Disponibilizar as ofertas de vagas para o gestor do SUS;
- VI. Solicitar atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e da Programação Pactuada e Integrada – PPI ao Gestor Municipal do SUS no que se refere a Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H;
- VII. Representar o NIR em suas relações internas e externas;

-
- VIII. Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o Núcleo Interno de Regulação – NIR;
- IX. Reunir documentos oficiais do NIR (atas de reuniões, Procedimentos Operacionais Padrão - POPs publicados, agendas de atendimentos, ofícios, etc.) sempre que houver solicitação da gestão do hospital, auditoria ou de órgão externo;
- X. Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;
- XI. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados através do instrumento formal de contratualização;
- XII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;
- XIII. Elaborar, em conjunto com demais membros do núcleo, Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, fluxos de atendimento, normas e rotinas, referente aos processos de trabalho do NIR;
- XIV. Articular, junto com a Gerência de Atenção à Saúde (GAS), a promoção de capacitações, fomentando a Educação Permanente dos profissionais do NIR;
- XV. Elaborar relatórios das atividades NIR;
- XVI. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do NIR;
- XVII. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos
que devam ser cumpridos pela equipe do NIR;

XVIII. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação – NIR quando houver afastamento ou desligamento de algum membro, bem como quando houver necessidade de ampliação da equipe;

XIX. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;

Art. 7º Ao médico regulador incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Cajazeiras, com a ciência do médico assistente;

III. Realizar visitas avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

V. Conferir documentação de solicitação de internação;

VI. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

VII. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

VIII. Encaminhar censo de leitos para SMS;

IX. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;

X. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;

XI. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;

XII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;

XIII. Conhecer e utilizar os sistemas internos: AGHU, SGS e SEI; e externos: CMR, CNES, SIGTAP, TABWIN.

Parágrafo único. Na ausência do médico regulador, o médico plantonista da unidade assistencial (Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO 24H, ficará responsável pela avaliação técnica da solicitação e liberação de vagas em conjunto com enfermeiro ou técnico de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 8º Ao enfermeiro do NIR incumbe:

I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações, diariamente, in loco;

II. Conferência diária, através da ronda operacional nas enfermarias e leitos de estabilização da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO 24H, do censo hospitalar com a situação física do leito;

III. Realizar conferência diária de pacientes em observação por mais de 24 horas para avaliar necessidade de internação ou alta;

IV. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

V. Realizar busca ativa de absenteísmo de consultas e exames (procedimentos);

VI. Participar da gestão da lista de espera cirúrgica;

VII. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Arujá/SP;

VIII. Conferir documentação de solicitação de internação;

IX. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

- X. Enviar as respostas de solicitação de vagas ao NIR da unidade solicitante, na ausência do médico regulador;
- XI. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- XII. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências em conjunto com a equipe assistencial;
- XIII. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe;
- XIV. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;
- XV. Participar da redistribuição de leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;
- XVI. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;
- XVII. Solicitar para a equipe assistencial a atualização dos dados de movimentação dos pacientes no Hospital Municipal;
- XVIII. Manter atualizadas as planilhas de dados dos indicadores de processo e de resultados (produção e desempenho);
- XIX. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;
- XX. Contribuir com o planejamento das ofertas de vagas para o gestor do SUS;
- XXI. Contribuir no desenvolvimento de processos e projetos do Serviço de Monitoramento e Avaliação;

XXII. Comunicar ao Chefe do SRAS problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;

XXIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;

XXIV. Conhecer e utilizar os sistemas internos: AGHU, SGS e SEI; e externos: CMR, CNES, SIGTAP.

Parágrafo único. Na ausência do médico regulador o enfermeiro ficará responsável pela gestão de leitos, sendo que contará com suporte dos médicos plantonistas das unidades de internação e Pronto Atendimento para a avaliação da solicitação e liberação de vagas;

Art. 9. Aos técnicos de enfermagem NIR incumbe:

I. Contribuir na produção e implementação dos fluxos de entrada dos usuários;

II. Conferir, in loco, setores de internação a disponibilidade de leitos e o cenário hospitalar para atender a demanda diária;

III. Participar de treinamentos dos fluxos com as equipes assistenciais;

IV. Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial para aperfeiçoar o processo de condução do paciente do acolhimento ao processo de desospitalização e/ou retorno pós- procedimento;

VII. Acolher os pacientes e/ou acompanhantes que serão atendidos no guichê de marcação de retornos e exames/consultas;

VIII. Solicitar prontuário/boletim de atendimento junto ao Serviço de Arquivo Médico – SAME, quando necessário;

IX. Agendar no sistema consultas de retorno, exames e procedimentos ao paciente cirúrgico e em acompanhamento de pré-natal de alto risco, quando necessário;

-
- X. Realizar e registrar ligações para pacientes avisando a mudança de data e turno de atendimentos;
- XI. Orientar equipe ambulatorial – recepção e equipe de enfermagem - sobre os fluxos de direcionamento de pacientes;
- XII. Produzir informações com qualidade sobre o fluxo dos usuários e oferta de serviços disponíveis e contratualizados;
- XIII. Estabelecer comunicação entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência do Município) para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e adequado ao recurso necessário;
- XIV. Orientar equipes assistenciais para o fluxo de internação em consonância com o NIR;
- XVI. Monitorar as respostas e/ou solicitações de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- XVII. Contribuir na gestão das transferências externas e internas mantendo contato direto com as equipes envolvidas;
- XVIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente regulado;
- XIX. Comunicar ao chefe do SRAS quaisquer entraves no processo de regulação dentro da instituição;
- XX. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- XXI. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR. CNES, SIGTAP;

Art. 10. Aos Assistentes Administrativos do NIR incumbe:

- I. Conhecer e utilizar os sistemas internos: AGHU, SGS e SEI; e externos: CMR,
- II. Realizar a importação de dados encaminhados pela SMS/Arujá CROSS.

-
- IV. Participar da busca ativa de absenteísmo de consultas e exames (procedimentos);
 - V. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;
 - VII. Receber e protocolar documentos;
 - VIII. Solicitar materiais de consumo para manutenção das atividades do setor;
 - IX. Conhecer a legislação vigente sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;
 - X. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde – SUS;
 - XI. Comunicar ao chefe do SRAS quaisquer entraves no processo de regulação dentro da instituição;
 - XII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR.

Art. 11. Ao Recepcionista do NIR incumbe:

- I. Atender ao público interno e externo;
- II. Controlar o fluxo do público;
- III. Atender e fazer ligações telefônicas;
- IV. Anotar e repassar recados;
- V. Receber, distribuir e/ou enviar correspondências;
- VI. Dar apoio aos demais serviços, relacionados com a função;
- VII. Executar outras atribuições, desde que não se caracterize desvio dessa
- VIII. Registrar em local próprio todas as ocorrências do turno de trabalho;

- IX. Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade do serviço e orientação
- X. Contribuir na importação de dados encaminhados pela SMS/Arujá.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 12. O NIR terá funcionamento de segunda à sábado, das 07h às 19h, de forma descentralizada, para o desenvolvimento das suas atividades dentro da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H;

§ 1º Em horário que não houver funcionamento da equipe do NIR, os enfermeiros das unidades assistenciais ficarão responsáveis por regulação de leitos, internações e transferências de pacientes, conforme normatização da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H;

§ 2º Em horário que não houver funcionamento da equipe do NIR, a recepção fará os agendamentos que forem da competência do Núcleo conforme normatização da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H.

Parágrafo único. Quando houver ausência total de acesso à internet (condição excepcional) e, conseqüentemente, indisponibilidade de acesso ao e-mail institucional, o processo de regulação ocorrerá via telefones institucionais. Para tanto, utilizar-se-á de um catálogo digital (documento disponível na pasta Público (Z) do NIR, bem como impresso e disponível no NIR e unidades assistenciais.

Art. 13. Todos os funcionários deverão cumprir o horário de trabalho estabelecido e não poderão se ausentar do serviço sem a autorização prévia da chefia do SRAS.

Art. 14. O NIR realizará a regulação das consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de observação pediátrico, clínico, leitos

de estabilização para atendimento de urgência e emergência pediátrica, visando a otimização da capacidade instalada para garantir melhor acesso aos usuários dos serviços de saúde, através das seguintes ferramentas para o desempenho do processo de trabalho:

- I. Monitoramento e Avaliação de Indicadores Ambulatoriais e Hospitalares;
- II. Acompanhamento e providências de pendências ambulatoriais;
- III. Elaborar, implantar, monitorar e manter atualizado os fluxos, normas e rotinas;
- IV. Elaborar e manter atualizado os POP's;
- V. Contribuir com as unidades de produção na definição dos protocolos clínicos assistenciais das especialidades ou unidades assistenciais;
- VI. Manter interface com as Centrais de Regulação / NIR dos serviços da rede;
- VII. Acompanhamento da planilha das pacientes provenientes do serviço de triagem ambulatorial;
- VIII. Acompanhamento dos procedimentos contratualizados;
- IX. Acompanhamento da planilha de controle dos pacientes e exames regulados;
- X. Parametrizar os procedimentos novos que devem ser inseridos no sistema de acordo com a tabela unificada do SUS;

§ 1º Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da nossa grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR, será proporcionado a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 16. O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 17. No caso da saída de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR deverá haver indicação de novo membro pela equipe do NIR.

Art. 18. Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do SRAS e chefes das unidades assistenciais solicitem o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 19. Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Direção da Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO – 24H.

- **CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

PORTARIA Nº 1035, DE 05 DE MAIO DE 2010 Dispõe sobre a participação complementar das Instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA Nº 2.617, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2013 Estabelece prazo para opagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde.

PORTARIA Nº 142, DE 27 DE JANEIRO DE 2014 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

► PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013 Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar as urgências;
- II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;
- IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Para a gestão, o processo regulatório favorecerá a resolução dos casos de forma eficiente, permitirá um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, o que favorece a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada. Um melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde.

22. NORMAS, ROTINAS E METAS QUANTITATIVAS DE EXECUÇÃO AMBULATORIAL

As metas de execução aqui propostas são definidas considerando os critérios e parâmetros assistenciais oficiais e as diferenças demográficas entre a população do Brasil (utilizada para definição dos parâmetros assistenciais) e do Município de Arujá/ SP, especialmente no que se refere à população idosa, conforme se observa na pirâmide etária do IBGE/2017.

As normas da padronização da nomenclatura do Censo Hospitalar (SAS/Ministério da Saúde, 2002 – endereço eletrônico: Padronização da Nomenclatura.p65 (saude.gov.br) e a metodologia usual dos contratos de gestão em saúde no Estado de São Paulo e nos principais Municípios do Brasil, que define as metas físicas hospitalares, com base nas saídas por especialidades, que tem como finalidade principal estimar a necessidade de leitos hospitalares, e leva em consideração também a capacidade instalada e o nível de resolutividade esperada para as Unidades de Saúde do portada **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO – 24H** ainda a autonomia do Gestor Municipal na aplicação do disposto no art. 4º, § 1º da referida Norma Ministerial citada acima, Portaria 312, de 30 de abril de 2002. IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, se responsabiliza a atender a totalidade da demanda de urgência e emergência, até o limite máximo de sua ocupação, ainda que esta seja superior à meta.

SERVIÇOS	Quantidade	Quantidade
	mensal	anual
Análises Clínicas	4.200	50.400
Raios X	450	5.400
Eletrocardiograma	90	1.080
Tomografia	100	1.200

TOTAL	4.840	58.080
--------------	--------------	---------------

Pacientes de Ginecologia e Obstetrícia que procurarem este serviço e que, após a avaliação médica, necessitarem da avaliação destes especialistas, serão encaminhados para o Pronto Atendimento Central, de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

	Quantidade Mensal	Quantidade Anual
Estimativa mensal de Atendimentos do Pronto Atendimento Municipal Parque Rodrigo Barreto		
Atendimento Médico – Generalista	3.700	44.400
Atendimento Médico – Pediatra	1.200	14.400
Atendimento Médico – Ortopedia	240	2.880
TOTAL	5.140	61.680

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

22.1 IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE TRATAMENTO DE FERIDAS

Na Unidade do PAM Barreto deverá ser inserido o serviço de tratamento de pacientes com feridas crônicas ou agudas, encaminhados pela atenção básica do Município de Arujá:

a) PAM BARRETO



SERVIÇOS	Quantidade mensal	Quantidade anual
Fotobioestimulação/ Multiprofissional	500	6.000
Consulta com angiologista	150	1.800
TOTAL	650	7.800

22.1.1 FOTOBIOESTIMULAÇÃO PARA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

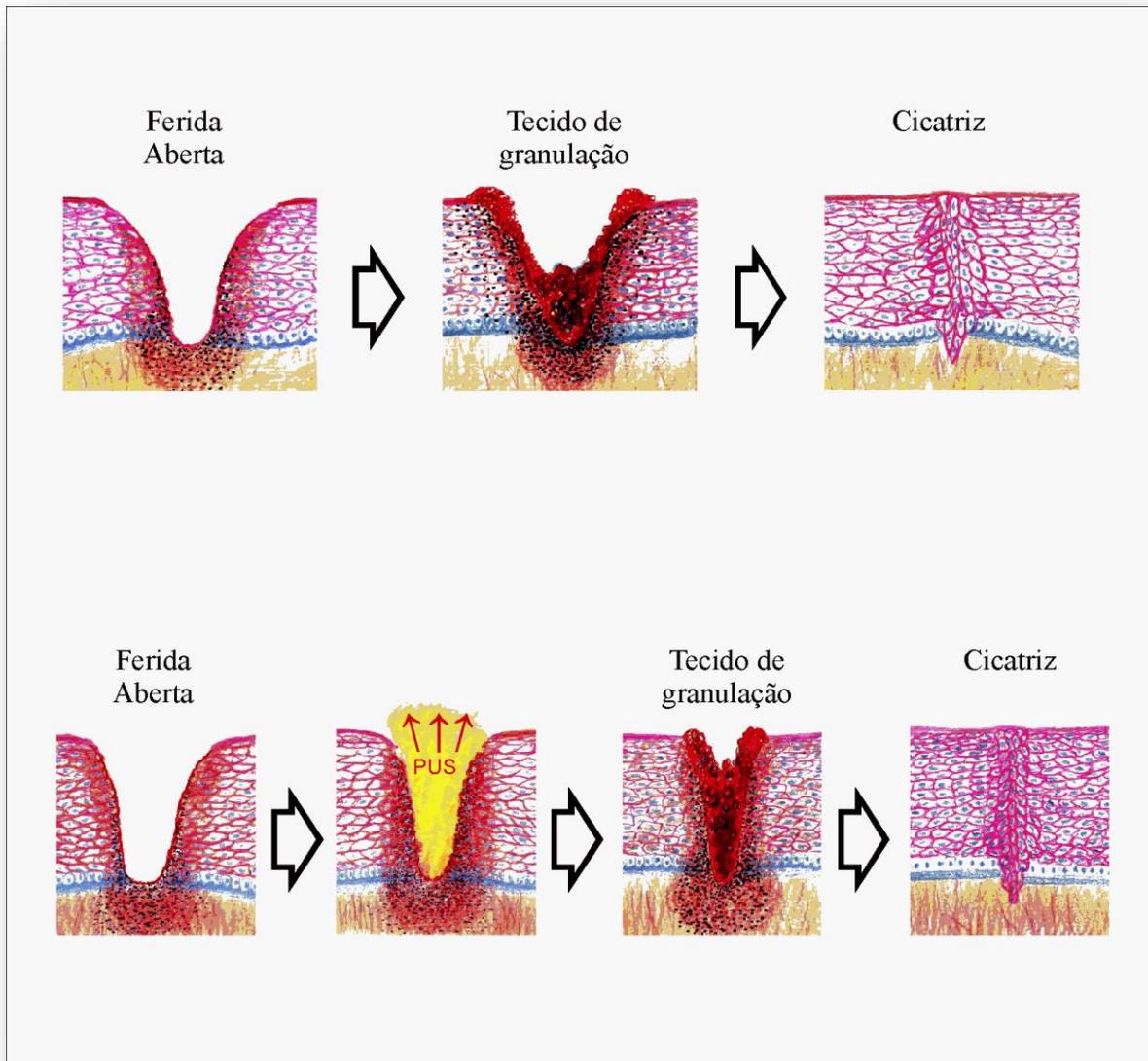
Considerando que um dos grandes avanços no tratamento de feridas é a câmara hiperbárica, na ausência desta, outras terapias coadjuvantes são empregadas para melhor qualidade de vida dos pacientes, dentre estas, a Fotobioestimulação, essa tecnologia tem sido uma grande aliada na medicina, contribuindo em diversas áreas, inclusive na Dermatologia.

A NASA utilizava esta tecnologia para acelerar o processo de cicatrização das feridas de astronautas durante a permanência no espaço, e agora os usuários do SUS podem desfrutá-la no consultório.

A técnica consiste na aplicação da luz LED ou Laser, que ao entrar em contato com a pele, age fotoativando os fibroblastos, estimulando a produção de colágeno e elastina e fotoinibindo enzimas que destroem o colágeno, acelerando o processo de cicatrização.

A organização Social poderá empregar essa tecnologia, assim como outras que auxiliem no processo da cicatrização das feridas, reduzindo o tempo de fechamento e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

A assistência ambulatorial se dará na forma eletiva, quando agendado pelo serviço de regulação assistencial da Secretaria Municipal de Saúde.



- **EFEITOS FISIOLÓGICOS DA LED**

Os principais efeitos fisiológicos promovidos pelo LED são o aumento da síntese de ATP (adenosina trifosfato); redução do pH intracelular; estimulação de macrófagos; ativação dos fibroblastos; alteração da membrana celular;

angiogênese (formação de novos capilares sanguíneos); aumento da atividade fagocitária (eliminação de restos celulares para cicatrização, por exemplo).

De modo geral, a Ledterapia pode atuar em diversos âmbitos na estética, como no tratamento de estrias, olheiras, hiperpigmentação (manchas), rejuvenescimento, acne, rosácea, e até nos casos de gordura localizada/celulite, além de ajudar em processos inflamatórios e suas fases de cicatrização (queimaduras, equimoses e hematomas).

Em alguns procedimentos como o Tratamento Capilar, o uso da Ledterapia é essencial para aumentar a energia e a absorção de nutrientes, otimizando o desempenho das funções celulares do couro cabeludo.

As células que fabricam o cabelo possuem muitas mitocôndrias, alta taxa metabólica, consomem energia constantemente e por isso são beneficiadas por esse recurso.

TIPOS DE LED E OS BENEFÍCIOS DE CADA COR

LED AZUL (420-490nm): Possui ação bactericida, oxigenante e cicatrizante. Este LED é bastante eficaz no tratamento de peles acneicas devido às suas propriedades bactericidas, combatendo bactérias encontradas na superfície da pele (como a *P. Acnes*, a principal causadora da acne), além de diminuir a produção excessiva de secreção sebácea (ótima opção para complementar o tratamento de oleosidade da pele).

Este LED também tem a capacidade de aumentar a hidratação tecidual da pele e é mega eficiente no clareamento de manchas por atuar na degradação da melanina nas camadas da epiderme.

LED ÂMBAR (570-590nm): Responsável pelo aumento da circulação do sistema linfático e conseqüentemente melhorando o metabolismo celular, esse LED é capaz de minimizar edemas e acalmar a pele (principalmente em peles mais sensíveis que apresentam vermelhidão como na rosácea). O âmbar (ou amarelo) também tem como um de seus objetivos melhorar a textura da pele através da

síntese de colágeno e promoção de maior viscoelasticidade das suas fibras, protegendo-as de rupturas.

LED VERMELHO (620-700nm): Efeito bioestimulante e regenerador, possui propriedades anti-inflamatórias e cicatrizantes que atuam na prevenção de quelóides, além de estimular a produção de colágeno e elastina. Também é capaz de liberação de substâncias endógenas vasodilatadoras de forma natural, aumentando a permeabilidade e a tonificação cutânea.

LUZ INFRAVERMELHA (700-1200nm): O infravermelho possui ação antiinflamatória, analgésica e ativa os fibroblastos, responsáveis pela produção de colágeno e elastina - bastante utilizado para reações pós-inflamatórias após procedimentos mais invasivos como os preenchimentos faciais, firos de sustentação e bioestimuladores de colágeno.

22.2 NORMAS GERAIS DE FUNCIONAMENTO DO AMBULATÓRIO

- ❖ O Ambulatório funcionará das 7h às 12h, 13h às 18h, com duas horas de intervalo para o almoço, para os seus trabalhadores;
- ❖ Na impossibilidade de comparecer ao serviço o funcionário deverá avisar, com antecedência, exceto em casos especiais;
- ❖ Os funcionários de serviço deverão estar uniformizados de acordo com a padronização estabelecida;
- ❖ Todos os funcionários deverão usar identificação de acordo com a sua função e setor;
- ❖ Todo o atendimento desta unidade de saúde será norteado pelo dispositivo do acolhimento e da interdisciplinaridade;
- ❖ Todo o usuário deverá ser escutado, objetivando a resolubilidade da sua necessidade;
- ❖ É vedada a presença de pessoas estranhas no interior dos setores do

serviço;

- ❖ É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração do Ambulatório;
- ❖ Imagens de usuários e/ou aparelhos do Ambulatório, colocadas em qualquer site, como por exemplo, instagram, deverá acarretar ao aluno punições;
- ❖ Todo atendimento aos usuários deverá ser respeitada a individualidade, bem como a sua privacidade;
- ❖ Registrar em livro ata as ocorrências do respectivo Ambulatório;
- ❖ Zelar pelo patrimônio da instituição;
- ❖ Manter em perfeita ordem e condições de uso os materiais e equipamentos específicos dos respectivos cursos;
- ❖ Os alunos devem manter-se uniformizados de acordo com os padrões estabelecidos pelo IBRAGAS (Jaleco, sapatos fechados, crachás);
- ❖ Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe do Ambulatório;
- ❖ Cumprir as normas e rotinas estabelecidas conforme atribuições dos cargos descritos e relacionados ao ponto deste manual.

23. EDUCAÇÃO PERMANENTE NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Política

Capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência.

OBJETIVO GERAL

Implantar e garantir o modelo assistencial através da Educação Permanente, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento regular e sistemático de atividades educativas, visando mudanças no processo de trabalho para a qualidade e o aperfeiçoamento contínuo da equipe de saúde, dentro de um Programa de Educação Permanente, é uma atribuição da Coordenação de Enfermagem, visando o aperfeiçoamento constante de seus profissionais.

As Unidades de Saúde têm como finalidade prestar um cuidado resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica, prestar primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou traumáticos, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a outros serviços de atenção à saúde.

Deste modo, os profissionais que ingressam nas Unidades de Saúde necessitam de uma instrumentalização específica para atuar nessas unidades.

Desde 2004 o Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que teve reorientações em sua implementação em 2007, voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde.

Nesta perspectiva, a educação permanente (EP) passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do SUS, a fim de alcançar perfis profissionais orientados pelas demandas da população, em cada realidade regional e nível de complexidade.

A EP visa a aprendizagem significativa no trabalho, realizada a partir das reflexões críticas dos profissionais em relação às necessidades no dia a dia, permitindo a transformação das práticas e a organização do trabalho, em que o ensinar e o aprender se incorporam ao cotidiano das pessoas e da instituição.

23.1 - FUNCIONAMENTO DAS ATIVIDADES

As atividades da EP serão desenvolvidas, continuamente, por meio de planos de ação, sendo:

- Identificação das necessidades de aprimoramento dos profissionais de enfermagem e dos serviços, por meio da coleta de dados em cada ambiente.
- Viabilização dos espaços para a realização dos treinamentos, oficinas, seminários, cursos, etc.
- Elaboração e divulgação do cronograma dos treinamentos.
- Sensibilização dos profissionais sobre a importância da participação nas atividades educativas. Todas as atividades são desenvolvidas conforme a necessidade e respeitando o perfil de cada grupo profissional, de forma que todos recebam as capacitações previstas em cronograma, elaboradas a partir da necessidade da Unidade.

23.2 INDICADORES DE NECESSIDADES EM RELAÇÃO À ATENÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO CONTINUADA

A metodologia de implantação desta etapa prevê:

- Elaborar mensalmente relatórios indicando situações de agravos à saúde que poderiam ser minimizados com a implementação de ações de Atenção Básica. Esses relatórios serão elaborados com base nos diagnósticos da clientela e avaliação da necessidade de atenção básica na doença, detectada pelo médico;
- Articular com a Secretaria Municipal de Saúde para intensificar ações da atenção básica de saúde identificadas na população atendida como programas educativos e preventivos para doenças de maior prevalência dentre outros. As estatísticas da morbidade da população apontarão para estas necessidades;
- Promover ações de prevenção, promoção e tornar ao combate à Violência e demais Causas externas de agravos de urgência. Essas ações devem ser coadunadas com a programação da SMS fortalecendo as ações da Atenção Primária em Saúde e compartilhando e estimulando as ações Inter setoriais.

23.3 - DIRETRIZES PARA ADOÇÃO DO PLANO ANUAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

A Unidade elaborará anualmente um Plano de Educação continuada, desenvolvendo atividades de capacitação para seus profissionais, possibilitando a qualidade de vida no ambiente de trabalho, progressão por capacitação e qualificação de acordo com o plano de carreira.



23.4 PLANO ANUAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA ASSISTENCIAL

EXEMPLO DE PLANO ANUAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA					
EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM					
Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06
ParadaCardiog respiratória	Avaliação de dor Torácica	Síndrome Coronariana	Queimaduras	ProtocolodeA VC	PNM Comunitária
Protocolos BLS e ACLS Manequim		EdemaAgudo dePulmão	ATLS P	ProtocolodeD or Torácica	Traumatismo Raquimedular
	Ventilação mecânica	AVC	Intoxicação Exógena	CriseHiperten siva	Crise Convulsiva
Manuseio: Equipamentosda Unidade		Insuficiência Cardíaca	AbdomeAgudo	TCE	Emergências Obstétricas
EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM					
Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Revisão de Protocolos de Acolhimento	Sepse	Insuficiência Renal Aguda	Suporte Dialítico	Protocolo Isolamento na CORE	Suporte Ventilatório não Invasivo
Revisão de Protocolos de BLS e ACLS	Antibioterapia Empírica	Angina Instável		Protocolo Encefalopatia Hepática	
Revisão de Protocolos de AVC	DST	Arritmia Cardíaca	Protocolo de Tratamento do Delírio	Atendimento Choque Cardiogênico	
	Alterações da consciência	Uso de Marcapasso Transcutâneo	Protocolo de Atendimento Asma Grave	Revisão de Protocolos de Dor torácica	Protocolo de Tratamento do TEP



23.5 PLANO ANUAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA ÁREA ADMINISTRATIVA, FARMÁCIA E SERVIÇO SOCIAL

Plano anual ADM

ÁREA ADMINISTRATIVA, FARMÁCIA E SERVIÇO SOCIAL 1º semestre						
ÁREA	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06
Administrativa	Humanização no Atendimento. O que é?	"Atendimento Eficaz na Saúde" " Público Alvo: Recepção	Rotina de Almozarifado e Farmácia	Segurança No Trabalho: A prevenção de acidentes		
Farmácia						
Serviço Social		Acolhimento e Classificação de Risco	desafios da Atuação na Área de Saúde	Mês do serviço social: Ações de Melhoria no atendimento social		Serviço Social e Saúde: Diretrizes da prática profissional na CER
ÁREA	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Administrativa	A busca pela excelência nos indicadores de qualidade na assistência da saúde		Comunicação interna e melhoria dos processos de trabalho		O entendimento da Cadeia De suprimento	Até onde chegamos e para onde vamos: A busca contínua da excelência na saúde
Farmácia						
Serviço Social		Integralidade Ampliada: a busca da intersetorialidade		Controle Social		



24. REGIMENTO INTERNO

Este Regimento tem como finalidade regulamentar o funcionamento interno das Unidades de Saúde de acordo com o Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Atenção às Urgências no que tange à competência, estrutura organizacional, atribuições, deveres e responsabilidades, funcionamento e disposições gerais.

Segue um modelo do Regimento Interno, que terá sua definição final após reuniões realizadas com os gestores e profissionais que atuarão na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, regendo padrões que se adaptem a realidade local e do serviço prestado.

P O R T A R I A Nº. /2022

(Publicação D.O.E de / /2022)

Estabelece o Funcionamento do Serviço e Assistência de Saúde através da normatização do:

REGIMENTO INTERNO UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H.

O Diretor Geral da Unidade de saúde, no uso de suas atribuições legais, **RESOLVE:**

Art. 1º. Instituir o Regimento Interno de Assistência Hospitalar

Art. 2º. Publicar o Regimento Interno da unidade hospitalar, contendo as normas a seguir expostas em jornal oficial e de grande circulação, no site da instituição bem como sua divulgação por meio de outras mídias eletrônicas.

Art. 3º. A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Regimento Interno da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H.**



Art. 1º. A **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, será disciplinada pelas disposições contidas no presente Regimento Interno.

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FIM DA UNIDADE HOSPITALAR - **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**.

Art. 2º. A **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H** - é Equipamento Público de Saúde Municipal, com a finalidade assistencial à saúde e educativa, consubstanciada na prestação de serviço público gratuito de saúde à população pelo Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

SEÇÃO I

DA DIRETORIA

Art. 3º. A Diretoria da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, é composta pela Administração e Diretorias, responsáveis pela gestão da Unidade nos limites de suas respectivas atribuições, exercendo supervisão e coordenação de todos os serviços médico-hospitalares e administrativos, estabelecendo diretrizes de gestão.

SEÇÃO III

DAS CHEFIAS

Art. 4º. A gestão administrativa da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, será efetuada através de chefias subordinadas à Diretoria, que exercerão atribuições de comando no limite da delegação atribuída ao cargo exercido, respeitando as diretrizes de gestão



estabelecidas pela Diretoria da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H.**

Art. 5º. A estrutura hierárquica da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, será composta, sem prejuízo de adequações posteriores, por: Diretorias, Gerências; Coordenações; Chefias de setor;

CAPÍTULO III

DAS COMISSÕES

SEÇÃO I

DAS COMISSÕES

Art. 6º. As Comissões criadas no âmbito da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, são unidades auxiliares à gestão, subordinadas à Diretoria, com atribuições específicas, instituídas através de instrumento próprio regulador e disciplinadas por regimento interno, elaborado por seus membros e sujeito à aprovação pela Diretoria.

SEÇÃO II

DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Art. 7º. São unidades integrantes da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, as seguintes Comissões de Ética, com atribuições típicas vinculadas ao cumprimento do Código de Ética da profissão à qual se vinculam:

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Ética em Enfermagem;

Comissões outras que forem implantadas por força de legislação vigente.

Parágrafo primeiro. Caberá às Comissões prestar assessoria à Diretoria da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**,



nas questões relativas à ética profissional, fiscalizar o exercício ético-profissional de sua categoria, o cumprimento da legislação específica, as condições existentes na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, para o correto desempenho ético da profissão, encaminhar relatos de práticas informativas solicitando abertura de processo disciplinar junto na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, comunicar práticas informativas ou denúncias ao órgão de classe, atuar promovendo educação e orientação aos profissionais e demais atividades correlatas.

SEÇÃO III

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º. O trabalho, a qualquer título, em Comissões junto a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, não implicará em remuneração sob qualquer fundamento ao servidor ou membro integrante.

Art. 9. O trabalho prestado junto as Comissões não prejudicarão o regular cumprimento da jornada de trabalho pelo servidor integrante.

CAPÍTULO IV

DA ADMINISTRAÇÃO

SEÇÃO I

DA ÁREA ADMINISTRATIVA

Art. 10º. Compõe a área administrativa da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, os setores que realizam atividade-meio de apoio à finalidade primária da Gestão Hospitalar – prestação de serviço público de saúde – não vinculada diretamente à assistência.

Art. 11º. Incluem-se na qualificação de área administrativa os setores de manutenção, ambiência e obras, transporte e segurança, finanças, contabilidade,



suprimentos, gráfica, informática, serviço de escuta ao cidadão, patrimônio, SAME, unidade de apoio ao pessoal, unidade de saúde do trabalhador, assessorias, sem prejuízo de outras não especificadas.

SEÇÃO II

DA ÁREA ASSISTENCIAL

Art. 12º. Vinculam-se à área assistencial a unidade que prestam atendimento direto e imediato ao paciente:

1- Hospitalar - Urgência - Emergência, Serviço de apoio ao diagnóstico – laboratório, raio X, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, sem prejuízo de outras não especificadas.

SEÇÃO III

DA ÁREA DE APOIO À ASSISTÊNCIA

Art. 13º. Vinculam-se à área de apoio à assistência as unidades que auxiliam a prestação de serviços diretos de saúde ao paciente, tais como área de gerência técnica, gerência administrativa, gerência de pessoas, atendimento ao cliente, materiais e medicamentos, enfermagem, nutrição, psicologia, habilitação, reabilitação, faturamento, manutenção, engenharia clínica, lavanderia, higienização, compras, esterilização sem prejuízo de outras não especificadas.

CAPÍTULO V

DAS UNIDADES CLÍNICAS

SEÇÃO I

DAS ENFERMIARIAS

Art. 14º. Caberá às Enfermarias da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, prestar atendimento em tempo integral em enfermagem ao paciente, dentro de áreas de atuação predeterminadas.



Art. 15º. As áreas de atuação em enfermagem dividem-se em: Observação Adulto e Infantil.

SEÇÃO II – Na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H;

Art. 17º. Caberá a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H** - Prestar atendimento assistencial de média complexidade dando suporte às unidades básicas de forma integral e prioritariamente ao SUS.

CAPÍTULO VI

DAS UNIDADES DE APOIO À ÁREA CLÍNICA

SEÇÃO I

DO LABORATÓRIO

Art. 18. O Laboratório é a unidade de apoio diagnóstico, responsável pela realização de exames laboratoriais.

SEÇÃO II – DA RADIOLOGIA

Art. 19. A Radiologia é a unidade de apoio na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, responsável pela realização de exames de imagem.

SEÇÃO III

DO ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

Art. 20. A Central de Abastecimento Farmacêutico é a unidade de apoio a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, responsável por garantir o acesso e fornecimento de medicamentos, produtos e



materiais hospitalares necessários para o desempenho das atividades de prestação de serviço público de saúde.

SEÇÃO IV – DA NUTRIÇÃO

Art. 21. A área de Nutrição é a unidade de apoio na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, responsável pelo fornecimento de refeições aos servidores em exercício, aos pacientes em observação e aos acompanhantes dos pacientes.

SEÇÃO V DA LAVANDERIA E HIGIENE

Art. 22. A área de Lavanderia e Higiene é a unidade de apoio **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, responsável pela higiene e limpeza da área física, bem como pela limpeza de vestuário fornecido a pacientes e servidores e roupa de cama e banho.

SEÇÃO VI DA ENGENHARIA CLÍNICA

Art. 23. A Engenharia Clínica é a unidade de apoio a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, responsável pelo parque tecnológico, em especial quanto à descrição e especificação de bens, aquisição de bens, manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e demais atividades afins.

CAPÍTULO VII DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEÇÃO I DO ATENDIMENTO



Art. 24. A **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, deverá receber somente pacientes referenciados, encaminhados por regulação coordenados pela SMS.

Art. 25. Será observada normatização específica que estabelece critérios de preferência para o atendimento, conforme a gravidade de cada paciente.

Art. 26. Existindo extrema urgência ou risco de morte à paciente o atendimento será prestado imediatamente, adiando-se a realização dos procedimentos burocráticos de admissão e encaminhamentos, priorizando-se o atendimento ao paciente.

SEÇÃO II

DOS PROTOCOLOS DE CONDUTA

Art. 27. Os protocolos de conduta estabelecidos e aprovados pela Diretoria são de observância obrigatória aos profissionais em exercício junto a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**.

SEÇÃO III

DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Art. 28. O prontuário e documentação relativa ao atendimento prestado pelo **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**. São de propriedade do paciente, sob a guarda da Unidade de saúde e submetidos a sigilo, conforme legislação específica.

Art. 29. Toda a documentação relativa ao atendimento deve ser preenchida pelos profissionais com letra legível, assinatura e carimbo permitindo a identificação tanto de conteúdo quanto do agente que praticou o ato.

Art. 30. O acesso a prontuário médico e emissão de cópias serão permitidos após avaliação prévia e autorização da Diretoria nos termos da legislação específica.



CAPÍTULO VIII

DO ACOLHIMENTO AO PACIENTE E FAMILIARES

SEÇÃO I

DA RECEPÇÃO E DO ENCAMINHAMENTO

Art. 31. A recepção ao paciente na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, efetuará o registro, encaminhando-o para realização de triagem.

Art. 32. A triagem realizada, seguindo-se critérios de determinação de risco, permitirá o atendimento ao paciente estabelecendo-se ordem de prioridades.

Art. 33. Verificando-se que o caso não se enquadra em atendimento de urgência/emergência, o paciente será encaminhado para atendimento regular.

SEÇÃO II

DO DIREITO A ACOMPANHANTE

Art. 34. Assegura-se ao paciente menor e ao idoso direito à presença de 01 (um) acompanhante, nos termos de legislação específica, podendo referido acompanhante permanecer junto ao paciente durante todo o período de observação.

SEÇÃO III

DOS DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Art. 35. Ao acompanhante de paciente é assegurado o fornecimento de 01 (uma) refeição, o direito de permanecer junto ao paciente no local de observação, bem como acesso a sanitários separados para higienização.

Art. 36. O acompanhante de paciente obriga-se a cumprir as normas da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**,



respeitando o processo de trabalho dos e determinações exaradas pela equipe multidisciplinar responsável pelo paciente.

CAPÍTULO IX DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 37. A Assistência Social é a unidade de apoio a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, responsável por gerir e auxiliar a solução de todas intercorrências relativas à prestação do serviço de saúde no âmbito de suas atribuições, atendendo tanto pacientes da instituição quanto seus familiares.

CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 38. Toda e qualquer divulgação a público externo, por qualquer via e a qualquer título, de informações relacionadas à **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**. Somente poderá ser efetuada através de autorização expressa da Diretoria.

Art. 39. Eventuais alterações no presente Regimento Interno somente poderão ser efetuadas com anuência expressa da Diretoria.

Art. 40. O presente Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação, revogadas todas as disposições contrárias.

Arujá, MÊS, de 2022.

25. NORMAS E ROTINAS PARA O SERVIÇOS DE APOIO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO 24H

25.1 ORGANIZAÇÃO ESPECIFICANDO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS/SAME

Composição do Serviço:

O setor é apoiado pela Comissão de Revisão de Prontuários que terá em sua composição mínima

01 médico,

01 enfermeiro e 1 colaborador do SAME.

Horário de Funcionamento:

- Segunda à sexta-feira das 08:00h às 17:00h.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) tem por finalidade a guarda e a preservação do prontuário médico (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e a elaboração de relatórios e boletins estatísticos referentes ao movimento hospitalar.

Objetivo do Serviço

Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

O Serviço de Prontuário de Paciente tem como função básica ter todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SAME está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos. A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização específica.

25.1.1 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO SAME

- Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa, auditoria;
- Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem de alta;
- manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para consultas ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores do Hospital;
- atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes as informações solicitadas;
- arquivar e custodiar os prontuários de internações e ambulatoriais;
- manter o registro numérico nos prontuários médicos (sistema informatizado);
- receber, conferir e manter o censo diário atualizado;
- receber, controlar e resumir, diária ou mensalmente, as informações estatísticas de consultas externas (ambulatoriais) e dos serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalização;
- preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, de interesse do Hospital;
- calcular os indicadores de saúde requeridos pela unidade;
- encaminhar ao setor de Contas Médicas os dados estatísticos, para efeito de apuração dos custos hospitalares;

-
- receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela gerência da unidade.

25.1.2 PROTOCOLOS E ROTINAS ARQUIVO MÉDICO

- retirada (e arquivamento) de prontuário para atendimento de ambulatório e/ou internação;
- manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;
- revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
- colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado.

25.1.3 ESTATÍSTICA

- compagnar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;
- manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais) para o relatório mensal. Além do Ambulatório, Emergência e Central de Internações, também são obtidas informações de outros setores: Radiologia, Laboratório, Enfermagem e Serviço Social;

- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

25.1.4 SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

A solicitação de cópia de prontuários médicos deve ser feita unicamente na recepção, em qualquer horário e dia da semana. A retirada dos documentos impressos é realizada posteriormente em até 48 horas também na recepção nos seguintes horários: de segundas a sábados, das 6h30min às 22h, e aos domingos, das 6h30min às 18h30min.

Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência.

Diariamente a equipe do SAME encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

As contas autorizadas são digitadas em sistema próprio do SUS e posteriormente é emitido um resumo gerado pelo próprio sistema. Esse resumo é anexado ao prontuário juntamente com a conta rascunhada e digitada.

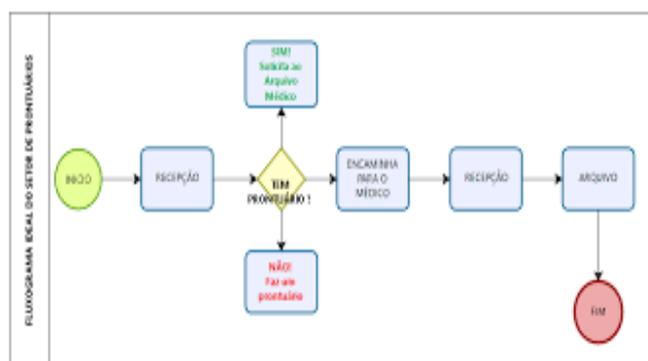
Os prontuários são devolvidos ao SAME após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados.

❖ PRONTUÁRIOS DE PACIENTES INTERNADOS

Mensalmente a equipe de Faturamento analisa todos os prontuários dos pacientes que ainda estão internados, pois o sistema permite que o faturamento das contas de alta complexidade a cada procedimento cirúrgico realizado não importando o tempo e o intervalo de cada cirurgia. Essas contas são codificadas pelos médicos auditores e na finalização é informada alta administrativa.



25.1.5 FLUXO DA MOVIMENTAÇÃO DE PRONTUÁRIOS PARA O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H



25.1.6 ORIENTAÇÕES PARA CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente da Unidade compõem o PRONTUÁRIO MÉDICO. O MESMO É CONFIDENCIAL E PROTEGIDO PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Sendo assim, as cópias de prontuários só podem ser liberadas para seu representante legal com a devida autorização do paciente, salvo se autorizado judicialmente.

Quem pode ter acesso total ou parcial ao prontuário do paciente?

- 1 - O próprio paciente, a qualquer momento
- 2 - Seu representante legal;

Maior de 18 anos através de procuração assinada pelo mesmo e reconhecida em cartório.

Se for menor de 18 anos ou incapaz, os pais ou responsável legal.

3 - Ao perito médico nomeado pelo Juiz.

4 - Conselho Regional de Medicina.

Podemos liberar o prontuário de pacientes falecidos?

1 – A liberação do prontuário de paciente falecido, só será autorizado, mediante decisão Judicial ou requisição dos Conselhos Regionais de Medicina (Parecer 6/10 do Conselho Federal de Medicina).

Para ter acesso às informações do paciente, devem ser apresentados os seguintes documentos:

1 – Pelo próprio paciente: Cópia do documento de identidade com foto e assinatura.

2 - Pais: Cópia da certidão de nascimento do paciente e documento de identidade com foto e assinatura do solicitante.

3 – Por terceiros: Autorização do paciente com firma reconhecida e cópia do documento de identidade com foto e assinatura do solicitante.

4 – Médico perito: Autorização Judicial.

O prazo estabelecido para a retirada do documento é de 20 dias úteis.

Após autorização comunicado ao solicitante, o prazo para retirada é de 10 (dez) dias úteis das 08h00 às 11h00.

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, manterá registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, disponibilizando a qualquer momento à contratante e auditorias do SUS, as

fichas e prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados todos os documentos relativos a prontuários da clientela devendo ser digitalizado e armazenado ficando sob a responsabilidade do contratado até 10 (dez) anos após o final do contrato e dos prontuários dos pacientes atendidos durante a efetivação do contrato para a Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação aos direitos dos pacientes, o **IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE** responsabiliza-se a:

- a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;
- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- c) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato, a não ser que, somente nas hipóteses que aja risco de morte ou urgência no atendimento ao paciente, deverá ser realizado o devido procedimento;
- d) Permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, definida em protocolo operacional padrão;
- e) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- f) 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;
- g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- h) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;



-
- i) Nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, puérperas, pessoas com mobilidade reduzida e idosos assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral no Hospital, com direito a acomodação e alimentação;
 - j) Fornecer ao paciente, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
 - a) Nome do paciente;
 - b) Nome do Hospital;
 - c) Localização do Hospital (endereço, município, estado);
 - d) Motivo da internação (CID-10);
 - e) Data de admissão e data da alta;
 - f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
 - g) Diagnóstico principal de alta e diagnósticos secundários de alta (CID 10);
 - h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
 - i) O **IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE** deverá, quando do fornecimento do Informe de Alta Hospitalar, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do documento, que deverá ser arquivado no prontuário do paciente, conforme a legislação vigente.

26. CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

Definição:

A Central de Material e Esterilização (CME) é o serviço destinado à limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição de material esterilizado.

Objetivos:

- Fornecer materiais esterilizados para utilização nos diversos procedimentos clínicos e cirúrgicos, e
- Padronizar os procedimentos para o processamento de materiais.

Organização

A CME é uma unidade de produção subordinada à Unidade de Centro Cirúrgico e Obstétrico que será coordenado por um enfermeiro devidamente habilitado.

26.1 DINÂMICA E FLUXO DO CME

a) Fluxo unidirecional para os materiais;

1. Recebimento;
2. Limpeza;
3. Montagem
4. Embalagem;
5. Esterilização;
6. Armazenamento, e

7. Distribuição.

- b). Limita fluxo de pessoas nas áreas;
- c). . Conscientização da equipe para reduzir os riscos ocupacionais;
- d). Estruturado em zonas conforme o trabalho realizado, com barreira física para garantir a qualidade no processo, em alguns setores, devendo ser garantida o fluxo comportamental com rigorosa identificação das áreas.

Horário de funcionamento

A CME funcionará das 07:00 às 18:00 horas diariamente.

- Recebimento de material:

- Enfermarias – 08:00 e 14:00 horas;
- PS – 08:30 e 14:30 horas;

- Entrega de material:

- Enfermarias – 09:00 e as 17:00 horas;
- PA – 09:30 e 17:30 horas;

Caberá ao Enfermeiro as atribuições gerais administrativas e técnicas:

- Supervisionar as áreas de trabalho;
- Guardar os registros de validação;
- Fazer ensaios de esterilização com uso de indicadores biológicos com vários tipos de cargas;
- Utilizar indicadores químicos externos em todos os pacotes;
- Orientar indicadores químicos externos sem todos os pacotes;
- Ficar responsável pela solicitação dos uniformes;
- Avaliar o trabalho executado pelos colaboradores;
- Fazer cumprir as técnicas de assepsia de todos os ambientes



pertinentes;

- Elaborar escala de pessoal de enfermagem;
- Verificar o perfeito funcionamento dos equipamentos de esterilização;
- Registrar as cirurgias realizadas, intercorrência, bem como, o consumo de material;

- Manter articulação com mais setores de enfermagem;
- Orientar os servidores na adoção correta das técnicas de esterilização;
- Comparecer às reuniões do Serviço de Enfermagem e apresentar relatórios, e

- Atender às normas de bio-segurança e utilização de EPI's e EPC's.

- Acesso ao CME:

- Equipe de enfermagem;
- Pessoal de higienização, e
- Pessoal de manutenção, quando solicitados.

- Recomendações gerais:

- É obrigatório o uso de roupa privativa, que deverá ser trocada no vestiário, para todos que forem circular no CME;

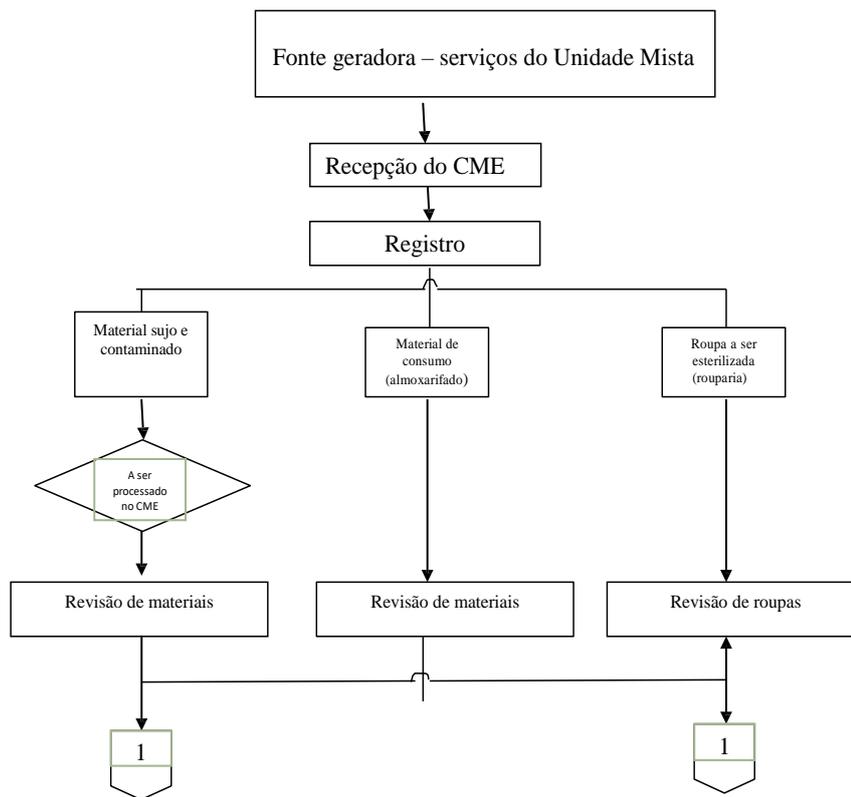
- Ao deixar o CME, os funcionários deverão tirar a roupa privativa, devendo utilizar o uniforme padrão de cada categoria, não sendo permitido circular no Hospital com a roupa utilizada no CME.



26.2 FLUXOGRAMA DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO

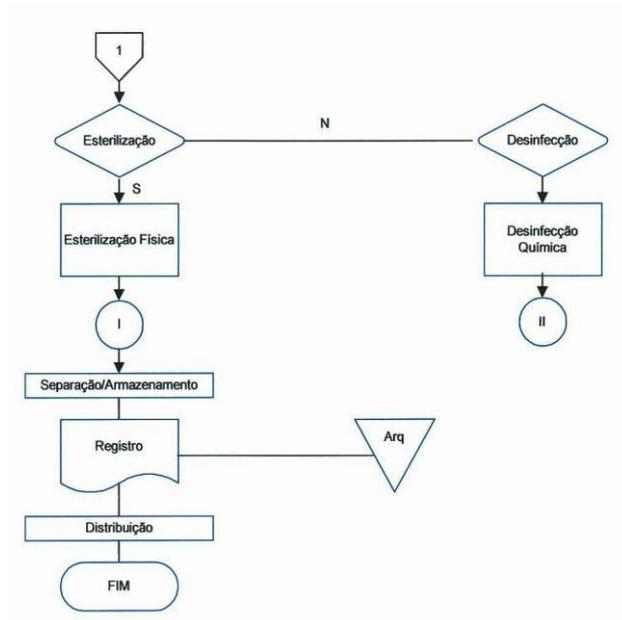
– FLUXOGRAMA DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO

– Fluxograma 1



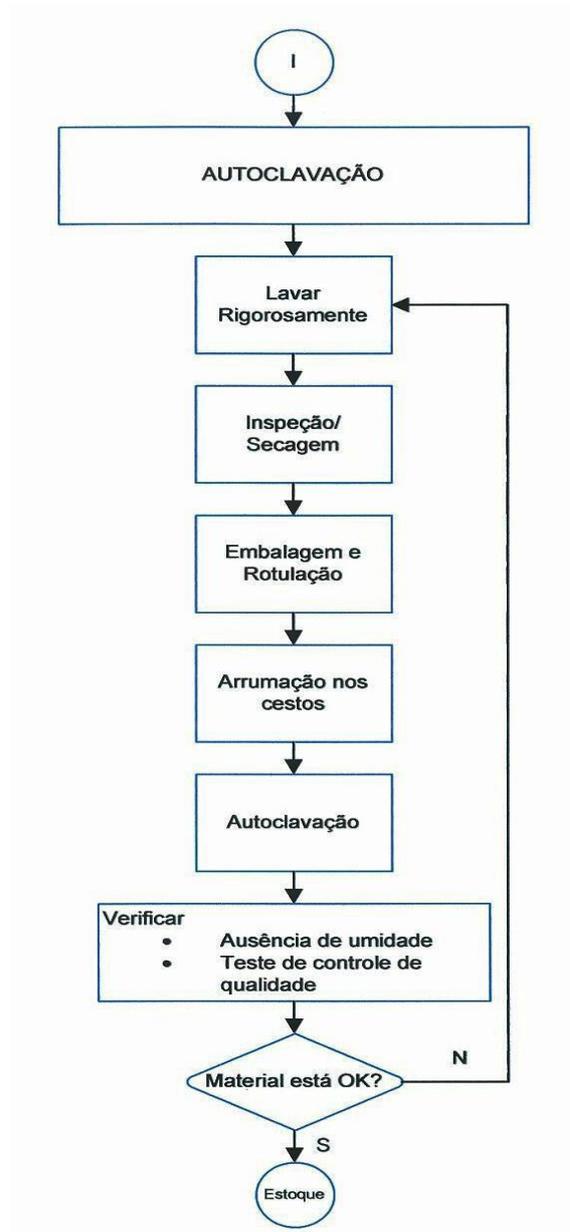


– Fluxograma 2



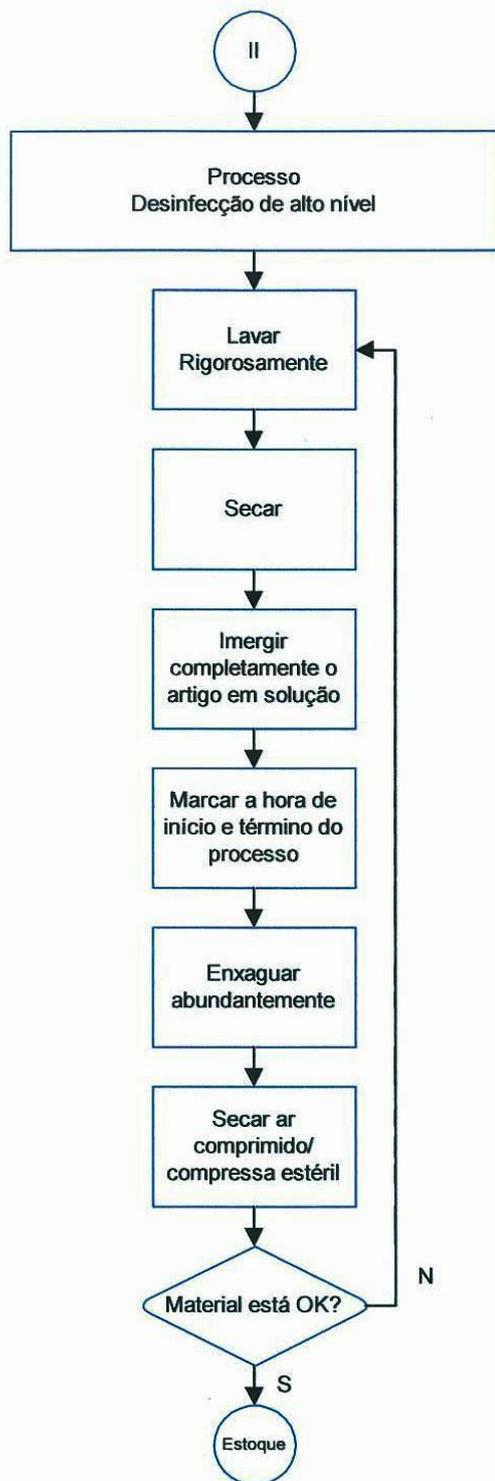


Fluxograma 3





– Fluxograma 4



26.3 PRODUTOS DE LIMPEZA – CME

1. Detergente industrial: limpa a través da redução da tensão superficial, dispersão e suspensão da sujeira;

2. Detergente Enzimático: neutros, não devem causar corrosão, atóxicos, biodegradáveis, fácil de manipulação. São compostos por enzimas, surfactantes e solubilizantes.

3. Desincrostante: devem ser usados em artigos de inox, remove manchas, placas minerais e oxidação.

4. Lubrificantes: lubrifica e protege o instrumental cirúrgico, é permeável ao vapor, calor seco, peróxido de Hidrogênio e óxido de etileno; não é diluído e não precisa de enxágüe.

5. Água oxigenada: limpeza de aspiradores, agulhas entre outros.

6. Água destilada: enxágüe de materiais como frascos de punção lombar, agulhas, seringas

7. Álcool: limpeza de material elétrico.

Enxague e Secagem

Água deve ser potável e corrente, a secagem depende do tipo de material e pode ser feita com pano limpo e seco, secadora de ar quente ou frio e/ou ar comprimido.

Embalagens

1. Finalidades: manter a esterilidade do produto, protegendo-o das condições de transporte e armazenagem até o seu uso. O atributo que se exige de um sistema de embalagem é a eficácia da barreira microbiana, a qual

impede sob condições específicas a migração de microrganismos do meio ambiente para o interior da embalagem. A embalagem deve: permitir a dissipação do agente esterilizante; a secagem e a aeração; manter a esterilidade; facilitar a apresentação asséptica.

Características: ser apropriada para os materiais e para o método de esterilização; proporcionar selagem adequada; proporcionar barreira microbiana adequada; ser compatível e resistente às condições físicas do processo de esterilização (umidade , tempo); permitir a adequada remoção de ar; permitir penetração e remoção do agente esterilizante; proteger o conteúdo do pacote de danos físicos; ser flexível; resistir à punções e rasgos; ser livre de furos; ser livre de ingredientes tóxicos; não gerar partículas; apresentar custo benefício positivo; ser usada de acordo com as instruções do fabricante.

2. Tipos de embalagem: tecido de algodão; não-tecido (manta); papel crepado; papel grau cirúrgico; tyvek; containers; papel kraf.

Esterilização

É o processo de destruição de todas as formas de vida microbiana nas formas vegetativas e esporuladas mediante a aplicação de agentes físicos e químicos

Importante: é possível limpar o material sem esterilizá-lo; mas é impossível esterilizar um material sem antes limpá-lo corretamente.

Qualidades do método de esterilização ideal:

1. Bactericida, esporicida, fungicida, virucida e tuberculocida;
2. Processo de rápido, capaz de esterilizar no menor tempo possível;
3. Forte penetrabilidade;
4. Não tóxico;
5. Fácil monitorização e exata, e Custos razoáveis para operação e

instalação.

Monitorização do ciclo de esterilização: através de testes com indicadores químicos (monitoram parâmetros da esterilização com a finalidade de controlar a exposição do pacote interna e externamente) e indicadores biológicos (asseguram a probabilidade da ausência de todos os micro-organismos vivos nos artigos processados).

Processos de esterilização:

1. Processos físicos: calor úmido, calor seco;
2. Processo químico: esterilização química líquida;

Métodos de Limpeza

a) Limpadores Enzimáticos

Os limpadores enzimáticos são compostos basicamente por enzimas, surfactantes e solubilizantes. A combinação balanceada desses elementos faz com que o produto possa remover a matéria orgânica do material em curto período de tempo (em média 3 minutos).

Objetivo: promover a limpeza dos artigos.

Recomendações:

- Utilizar limpadores enzimáticos e verificar a diluição, prazo de validade após a diluição, tempo de imersão e métodos de utilização de acordo com as recomendações do fabricante;
- Selecionar apenas limpadores enzimáticos que possuam registro no Ministério da Saúde para a aplicação a que se destinam;
- Remover completamente os limpadores com água corrente abundante;

- Selecionar o tipo de limpador enzimático para limpeza manual ou mecânica, de acordo com a recomendação do fabricante;
- Utilizar escovas com cerdas macias e esponja com face dupla;
- Não utilizar palha de aço em hipótese alguma. Ex.: Bombril;
- Manter o produto em sua embalagem original, bem fechado, protegido da luz e calor excessivo;
- Utilizar luvas e óculos de proteção, evitar o contato prolongado com a pele.

Depois de utilizar o produto, lave bem as mãos e seque-as.

A eficiência da limpeza é aumentada quando se utilizam limpadores enzimáticos. Estes limpadores possuem proteases, lípases e amilases, atuam em substratos protéicos, gorduras e carboidratos, os quais tendem a solubilizar-se e desprender dos artigos. Devido ao seu poder limpante, a literatura atual recomenda o uso exclusivo destes produtos para limpeza de artigos de configuração complexa. *Resíduos de enzimáticos em artigos podem provocar reações adversas no pacote, caso não sejam adequadamente removidos.*

b) Detergentes e Desincrostantes

Objetivo: promover a limpeza dos artigos.

- Empregar detergentes em artigos, cujo volume de matéria orgânica seja pouco ou desprezível;
- Remover completamente o detergente ou desincrostante com água corrente abundante;
- Utilizar apenas um tipo de agente limpante (detergente, desincrostante ou enzimático) para cada processamento;
- *Não utilizar detergentes em instrumentos cirúrgicos, pois podem ocorrer pontos de corrosão.*

- Misturas de produtos de limpeza entre si, ou associação com produtos desinfetantes pode reduzir a eficiência da limpeza e aumentar o risco ocupacional pela formação de produtos tóxicos.

Protocolo de Limpeza

Definição:

I - Artigos protocolados pela Instituição que deverão estar dentro das normas e portarias da Vigilância Sanitária.

II - Limpeza dos artigos: secagem, determinar o tempo de exposição do material ao produto de limpeza;

III - Diluir o enzimático (registrado no Ministério da Saúde); IV - Usar Equipamento de Proteção Individual (EPI);

V - Ter inspeção visual rigorosa, e

VI - Todo material odonto-médico hospitalar contaminado dever ser limpo, precedendo ou não a desinfecção e esterilização.

a) Artigos de assistência respiratória: máscaras, inaladores, traquéias e outros similares;

b) Perfuradores: elétricos e a bateria / desconectar brocas;

c) Extensões de látex.

I - Artigos Protocolados pela Instituição – Classificação

(Devem estar dentro das normas e portarias da Vigilância Sanitária)

1. Perfurador elétrico;

2. Perfurador a bateria;

3. Cabo de bisturi;

4. Extensões de látex – devido ao número de reprocessamento, pode



ocorrer desgaste do material, colabamentos, ressecamentos. Fazer inspeção rigorosa;

5. Circuito nebulizador;
6. Saco plástico;
7. Bateria avulsa de perfurador;
8. Faixa de smarch grande;
9. Pinça bipolar;
10. Circuito Inter-5;
11. Punch;
12. Circuito Inter-3;
13. Expansor;
14. Umidificador completo;
15. Bomba de leite;
16. Ponta cautério, e
17. Conector.

II – Modo de diluir a solução enzimática

- Uso Manual:

1. Adicione X ml para cada litro de água;
 2. Submergir os instrumentos na solução;
 3. Deixe-o em contato com a solução por X minutos para a remoção integral da carga orgânica e de seus contaminantes;
 4. Enxaguar com água abundante, e Usar sempre EPI para manipular o produto.
 5. III – Secagem Utilizar compressas ou ar comprimido, conforme o instrumental.
 6. IV – Ter inspeção visual rigorosa
- Após o procedimento da lavagem manual, verificar atentamente se todos os artigos estão inteiramente limpos sem resíduos.



Lista de produtos médico-hospitalares de uso único
(não reprocessar)

1. Agulhas com componentes plásticos;
2. Agulhas para biópsia;
3. Agulhas para esclerose;
4. Agulhas para sutura com fundo falso;
5. Anuscópios plásticos;
6. Aventais descartáveis;
7. Bisturi para fonte gerador de energia, para corte ou coagulação, com ou sem aspiração e irrigação;
8. Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo;
9. Bolsa coletora para espécimes cirúrgicos;
10. bolsa de sangue;
11. Bomba centrífuga de sangue;
12. Campos cirúrgicos descartáveis;
13. Cânula de entubação oro e naso traqueal e brônquicas;
14. Cânula plástica de traqueostomia;
15. Cateter de Domicí Basket;
16. Cateter para embolectomia tipo Fogart;
17. Cateter para oxigênio;
18. Cateter para termodiluição (swan ganz / similares);
19. Cateter para ureter;
20. Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
21. Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
22. Cateter de balão intra-aórtico;
23. Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo periféricos ou centrais;
24. Clips de aneurisma permanente;
25. Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
26. Coletores de urina de drenagem aberta ou fechada;
27. Coletores poliméricos para secreções;



-
28. Compressas cirúrgicas descartáveis;
 29. Conjuntos de tubos para uso em circulação extra-corpórea;
 30. Dique de borracha para uso odontológico;
 31. Drenos em geral;
 33. Equipos descartáveis de qualquer natureza;
 34. Escalpes;
 35. Escova para degermação das mãos;
 36. Escovas ginecológicas ou endocervicais;
 37. Espéculos vaginais plásticos;
 38. Expansores de pele com válvula;
 39. Extensores de drenagem naso-gástrica, torácica ou urinária;
 40. Extensores para bomba de infusão e bomba de seringa;
 41. Extensores para equipos com ou sem dispositivo par administração de medicamentos com torneirinhas multivias plástica;
 42. Filtros (para) de cardioplegia;
 43. Filtros (para) de veia cava;
 44. Filtros de linha para sangue arterial;
 45. Fio guia com superfície não contínua ou espirilada;
 46. Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
 47. Fios epicárdicos do marcapasso;
 48. Grampeadores circulares para sutura mecânica ou aqueles cujas cargas não podem ser trocadas;
 49. Grampeadores para sutura mecânica de todos os tipos;
 50. Hemoconcentradores;
 51. Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
 52. Lâmina de shaiver reta e com curvatura;
 53. Lâminas descartáveis de bisturi;
 54. Lancetas de hemoglicoteste;



-
55. Lençóis descartáveis;
 56. Lentes de contato descartáveis;
 57. Luvas cirúrgicas;
 58. Luvas de procedimento;
 59. Marcapasso permanente;
 60. Materiais com lume metálico ou não com fundo cego ou com diâmetro inferior a 1mm, independente do comprimento;
 61. Obturadores para coletores do tipo Foley;
 62. Outras sondas;
 63. Oxigenador de bolhas;
 64. Oxigenador de membrana;
 65. Pêra de borracha para aspiração e irrigação cirúrgica;
 66. Pinças de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistidas;
 67. Placa neutra de bisturi dispensadora de energia;
 68. Placas metálicas e parafusos;
 69. Próteses com materiais porosos;
 70. Punch cardíaco plástico;
 71. Reservatório venoso para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiotomia;
 72. Saco coletor de urina infantil;
 73. Sensores de pressão intra-craniana;
 74. Seringas com dispositivos acoplados para a medida da pressão;
 75. Seringas plásticas (exceto de bomba injetora de contraste radiológico);
 76. Sonda de aspiração;
 77. Sondas gástricas;
 78. Sondas naso-entéricas;
 79. Sondas naso-gástricas;
 80. Sondas retais;
 81. Sondas uretrais;
 82. Sondas vesicais;



-
83. Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
 84. Tesoura para bisturi harmônico de 5 mm longo ou curto;
 85. Torneira multi-via não metálica;
 86. Transdutores de pressão sanguínea (sistemas fechados), e
 87. Trocater com válvula de qualquer diâmetro.

Limpeza Manual

É a limpeza executada através de fricção com escovas e uso de soluções de limpeza.

Recomendações

- Restringir a limpeza manual para artigos delicados, que não possam ser processados por métodos mecânicos;
- Empregar, preferencialmente, soluções enzimáticas para a limpeza;
- Utilizar EPI's adequados: luvas grossas de borracha antiderrapantes, aventais impermeáveis, botas, gorro, protetor facial;
- Utilizar escovas não abrasivas, e
- Fazer diariamente a limpeza das escovas e substituição das que estiverem em más condições de uso.

26.4 ROTINA DE GUARDA DE MATERIAL ESTÉRIL E DISTRIBUIÇÃO

- Todo material estéril deverá ser guardado em armário fechado, em local arejado, protegido da luz solar direta, de preferência distante de janelas;
- Quando não for possível que o material seja guardado em armário fechado, deverá ser guardado em local arejado, coberto com um tecido,

também distante de janelas e protegido da luz solar direta;

- Após aguardar o resfriamento dos materiais, após a esterilização, os mesmos deverão ir para o armário conforme identificação, caso não haja resfriamento dos mesmos, deposita-los em superfície coberta com tecido para que não ocorra choque térmico, conseqüentemente invalidando a esterilização;

- Ao retirar da autoclave materiais em papel grau cirúrgico, verificar se os mesmo não estão molhados e em caso positivo, desempacotar e encaminhar para reesterilização;

- Após retirar da autoclave os materiais, observar novamente o indicador de esterilização (fita autoclave) e assim poder guardar som segurança os materiais;

- Os materiais esterilizados mais recentemente devem ser guardados mais ao fundo do armário, e os materiais com datas menos recentes para frente do armário;

- Antes de guardar o material, verificar as condições de embalagem e em caso de danos, desempacotar e voltar para o setor de preparo para passar por esterilização novamente;

- Tomar o cuidado de não superlotar os espaços internos dos armários, pois tal conduta pode favorecer o dano das embalagens. Deve-se respeitar um espaço para aeração entre os materiais;

- O funcionário responsável pela guarda e distribuição do material estéril, deverá semanalmente verificar a data de validade dos materiais que estão guardados; se estiverem com data vencida encaminhar pra o setor de preparo (desempacotas, pôr campos para lavar e empacotar novamente);

- O funcionário neste mesmo dia acima citado, ou quando julgar necessário, poderá proceder a limpeza da superfície dos armários com pano úmido embebido em álcool 70%;

-
- Distribuir os materiais para cada clínica de acordo com o pedido feito no impresso, anotar o que foi fornecido e assinar nome legível.

26.5 ROTINA PARA RECEBER MATERIAL DOS SETORES

- Entregar para o funcionário do setor conferir se acha necessário;
- Assinar o recibo;
- Caso esteja faltando material, anotar no recibo e no comprovante, e solicitar ao funcionário:
- Assinar o recibo;
- Caso esteja faltando material, anotar no recibo e no comprovante, e solicitar ao funcionário que assine, ciente da falta, para que ele providencie a devolução;
- Guardar o comprovante em pasta própria;
- Avisar o setor para vir buscar o material esterilizado.
- Setores:
- Receber o material, conferir junto com o funcionário;
- Assinar o livro de controle de material do setor que está entregando:
- Verificar as condições de limpeza do material, se necessário, lavá-lo novamente;
- Empacotar com a embalagem adequada;
- Proceder à esterilização;
- Guardar até que o setor venha retirá-lo, ou avisar o setor para retirar;
- Quando o funcionário vier retirar deve trazer o caderno de controle;
- Assinar a devolução ao lado da assinatura de recebimento.

26.6 - SALA DE GUARDA DE MATERIAL ESTÉRIL

- Receber o pedido de material de almoxarifado, conferir pela 2ª via.
- Guardar o material no local adequado.
- Proceder a assepsia de toda a sala diariamente.
- Verificar a necessidade de material para as cirurgias, conforme o mapa de cirurgia, montar o carrinho.
- Receber o material da CME. Verificar data de validade e colocar nas prateleiras sempre sob o material mais antigo.
- Diariamente verificar validade do material e, se necessário, encaminhar para reesterilização.

27. GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIA

O desenvolvimento e implantação de um Programa de Gerenciamento de Tecnologia requer uma abordagem sistemática. Tal programa deve conter não apenas os aspectos técnicos de manutenção de equipamentos médicos, mas também o desenvolvimento do planejamento institucional relativo a aquisição, uso, substituição, e alienação de equipamentos.

O principal objetivo de qualquer programa de gerenciamento de tecnologia é assegurar que métodos com custos reais sejam utilizados para garantir a operação adequada e segura do equipamento.

O programa de gerenciamento de tecnologia surgiu objetivando a melhoria da qualidade no tratamento de pacientes, provocando maior atenção nas atividades de gerenciamento da qualidade e gerenciamento do risco.

Um outro fator importante é a pressão financeira para que os hospitais reduzam gastos. Em função dos aumentos contínuos de custos associados ao tratamento da saúde, muitos administradores de hospitais precisam avaliar a vantagem

econômica entre comprar serviços ou adquirir e manter os equipamentos médicos. Um programa de gerenciamento bem elaborado pode auxiliar a administração das Unidades de Saúde nessas decisões.

- **Metodologia**

Um programa de Gerenciamento da Tecnologia pode ser resumido nas etapas explicadas a seguir:

Avaliação - Pré-aquisição: A necessidade de uma cuidadosa avaliação é fundamental para evitar gastos desnecessários em tecnologias que poderão não atender às expectativas do setor de saúde e da administração. A falta dessa etapa ou se mal executada poderá trazer sérios problemas para as futuras etapas de gerenciamento da tecnologia;

Aquisição: Enquanto a avaliação de reaqusição verifica quais tecnologias são mais adequadas à Unidade de Saúde e quais atendem às expectativas das equipes técnicas e de saúde dessa unidade, a etapa de aquisição deve definir exatamente todos os recursos que a tecnologia deve conter, assim como especificar com precisão todas as suas características técnicas e clínicas, tendo como princípio a qualidade e confiabilidade das tecnologias que são oferecidas no mercado;

Recebimento: A importância dessa etapa está na garantia de que toda a tecnologia que será utilizada na Unidade de Saúde tenha sua segurança e qualidade garantida através de procedimentos de controle e fiscalização desenvolvidos pelo pessoal técnico. É absolutamente fundamental que todas as tecnologias, recém adquiridas, em comodato, doadas, emprestadas ou trazidas pelo corpo médico para uso temporário, passem pelos protocolos de inspeção e segurança antes de serem utilizadas pelo pessoal da saúde;

- **Controle de Equipamento e Manutenção**

Esta etapa envolve o desenvolvimento de metodologias para o controle e monitoramento do desempenho de equipamentos, incluindo rotinas de teste de desempenho, rotinas de inspeção, manutenção preventiva, calibração, reparos, ações em acidentes, e os procedimentos para a desativação e a remoção da tecnologia da Unidade de Saúde. Esta etapa envolve também o desenvolvimento de programa de gerenciamento de risco e treinamento do pessoal técnico e clínico.

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE irá dispor de serviços de informática com recursos que possibilite no mínimo:

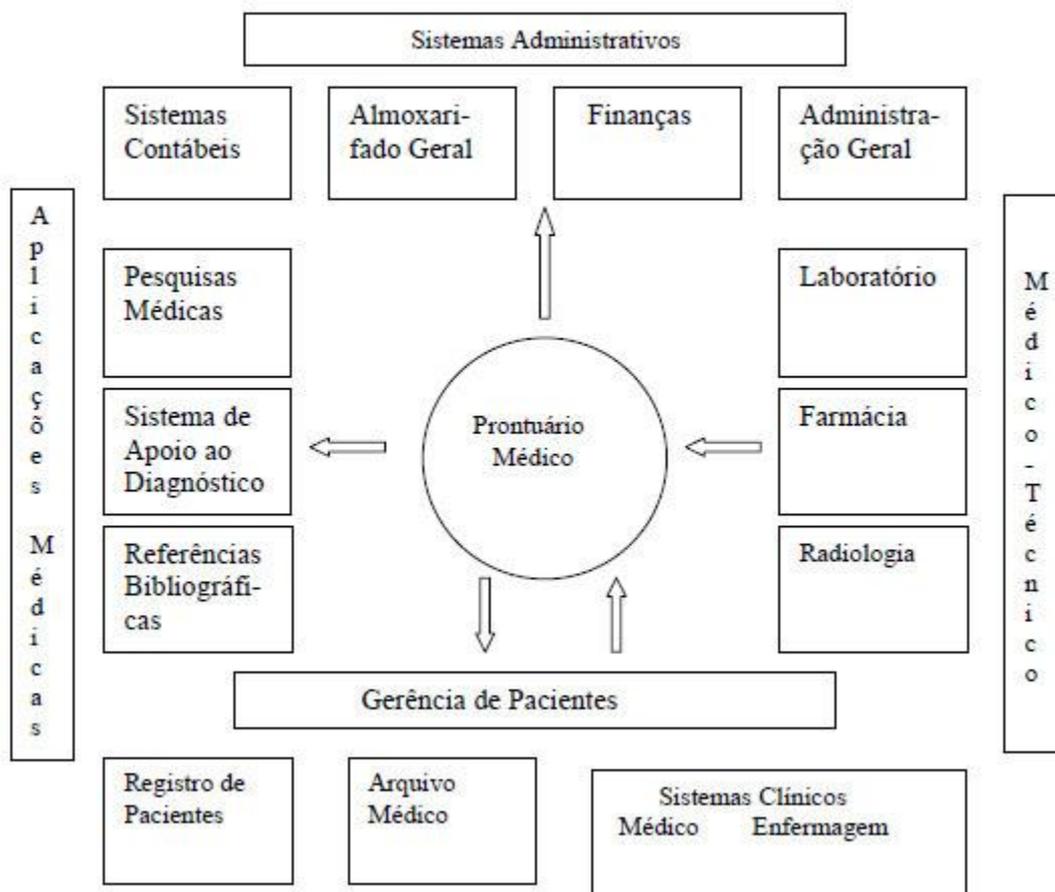
- a oferta informatizada da agenda para a Secretaria Municipal de Saúde,
- registro de atendimentos e exames complementares,
- controle de estoques (almoxarifado e farmácia),
- prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente,
- incluindo a Resolução CFM nº. 1.638/2002),
- serviços de apoio e relatórios gerenciais e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão e na legislação vigente (Portarias, Normas, RDC, Decretos, Instruções Normativas, entre outros).

Na Gestão de Tecnologia da Informação (TI) constará os módulos que automatizama maioria dos processos primários e de apoio de um hospital, quais sejam:

- a) Paciente;
- b) Agendamento;
- c) Controle de Prontuário;
- d) Ambulatório;
- e) Pronto Atendimento;
- f) Internação;

- g) Faturamento SUS;
- h) Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP (dentro do prazo previsto e observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002).

Figura 1: Sistema de Informação Hospitalar Integrado



FONTE: <https://www.scielo.br/j/rac/a/43fLxr3d8HC3LTmmDPY5nwF/?lang=pt>

28. SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Sistemas de informação para a gestão de hospitais têm sido desenvolvidos há alguns anos. A história destes sistemas teve início na informatização dos processos administrativos, contábeis e financeiros, em um nível de complexidade que podia ser atendido pela tecnologia existente na época. Em particular, os sistemas de faturamento, pela sua importância, dominaram o cenário, por sistemas de gestão de materiais e medicamentos, farmácia, e controle de leitos. Obviamente, o cadastro de pacientes e profissionais de saúde é uma condição essencial para a operação da unidade de saúde que foi contemplada desde as fases iniciais.

Como ilustração desta fase, podemos citar os sistemas de processamento de dados que utilizavam terminais remotos, instalados em hospitais, para coletar os dados de internação hospitalar e emitir os relatórios de faturamento de AIH (autorização de internação hospitalar) a serem enviados ao SUS. A grande maioria destes sistemas sobrevive até hoje. Pelos recursos envolvidos, o processo de informatização da saúde ocorreu primeiro nos grandes hospitais. O poder público, através do SUS, ou mesmo antes da sua criação, tem sido um impulsionador do uso de sistemas de informação, principalmente pela proposição de padrões nacionais, como é o caso da AIH, que possibilita o processamento de cerca de 11 milhões de contas de internação hospitalar por ano.

Nos últimos anos, contudo, tem sido observado grande avanço no que se refere ao acesso e às possibilidades de análise dos principais sistemas de informação em saúde disponíveis no Brasil: o processamento desses sistemas vem, gradativamente, passando para Estados e/ou municípios, permitindo que a análise ocorra em tempo oportuno; foram incluídas, em alguns sistemas, variáveis como bairros e áreas de residência, fundamentais quando o usuário é o nível local; foram criados programas, com a finalidade de simplificar e agilizar a realização de tabulações com dados provenientes desses sistemas.

Uma parte desses avanços pode ser atribuída ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, que coloca a descentralização dos sistemas de informação como um dos mecanismos para o seu gerenciamento. A demanda por informações que pudessem subsidiar a tomada de decisões nos níveis estadual, regional e municipal, funcionou como importante elemento de pressão para definir estratégias de adequação e disseminação das informações em saúde. O desenvolvimento tecnológico ocorrido na área da informática foi também determinante no aprimoramento dos mecanismos de disseminação das informações disponíveis.

Se um aspecto comum a todos os subsistemas é a existência de limitações quantitativas e qualitativas, acreditamos que somente o uso efetivo das informações produzidas pode identificar as falhas existentes e apontar soluções.

Nosso principal objetivo neste programa é planejar, preparar e organizar bem a ação e acompanhar para confirmar ou corrigir o decidido, e nesse contexto, conhecer e avaliar a abrangência e o desempenho de cada subsistema de informação que é imprescindível para sua utilização e contínuo aperfeiçoamento.

28.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A metodologia de implantação desta etapa prevê:

- ✓ Avaliar e analisar o ambiente interno e externo, visando compreender e identificar as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades que interferem no dia a dia da organização;
- ✓ Definir a visão de futuro, missão, princípios e valores do **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, base para um posicionamento transparente perante a comunidade atendida;
- ✓ Elaborar um Plano de ações estratégicas, que irá contemplar todas as atividades realizadas posteriormente na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, que deverão por



sua vez, estarem alinhadas à visão de futuro definido;

- ✓ Compreender a importância da liderança e do comprometimento da alta administração com a implementação da gestão pela qualidade na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H;**
- ✓ Comunicar a organização o compromisso da Secretaria de Saúde com a Gestão pela Qualidade;
- ✓ Estruturar a equipe que conduzirá a implementação da Gestão pela Qualidade na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H;**
- ✓ Elaborar o cronograma de desenvolvimento da Gestão pela Qualidade da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H.;**
- ✓ Sensibilizar os chefes de setores para o compromisso com a mudança;
- ✓ Programar a difusão dos conceitos fundamentais de uma gestão de serviços baseados na qualidade;
- ✓ Compreender o processo de ensino x aprendizagem no contexto organizacional, difundir e aplicar estes conceitos na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H;**
- ✓ Identificar, constituir e implantar um sistema de indicadores de desempenho organizacional, que proporcione o monitoramento dos processos e resultados da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H;**

29. AÇÕES, INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE PARA IMPLANTAÇÃO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H

Os estudos de avaliação da qualidade em serviços de saúde abrangem fatores estruturais, processuais e resultados tais como: competência profissional, acessibilidade, eficácia, eficiência e satisfação de usuários. Qualidade é uma noção associada ao “bom cuidado”, termo que entra as dimensões técnica,

interpessoal e um conjunto de “amenidades”. A dimensão técnica inclui a “adequação do diagnóstico e da terapêutica”, a interpessoal se refere à “arte” da medicina, envolvendo o comportamento do profissional, e as “amenidades” incluem características do ambiente onde o cuidado é realizado.

Na área da administração, a qualidade vem sendo compreendida como um componente da gestão, sendo definida como responsabilidade da organização como um todo e não apenas como uma medida de avaliação. Nesse sentido, enfatizam-se: foco no cliente, preocupação com as melhorias no ambiente interno da organização e investimento em educação e treinamento de trabalhadores.

Vivemos hoje a consolidação do SUS, onde a organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem os principais desafios para os gestores nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Esses desafios expressam a inclusão assistencial de um grande contingente populacional, anteriormente desassistido ou assistido restritamente, a fusão das redes assistenciais e as ações de gestão necessárias para que essas ações se concretizem.

A gestão para a qualidade total é um sistema de gerenciamento no qual todos os fatores da qualidade são considerados, incluindo a qualidade do produto ou serviço, o processo de produção, o custo, a entrega no prazo, local e quantidades, o moral dos empregados e a segurança de empregados e usuários.

A implantação de um Programa de Qualidade Total (PQT) baseia-se no planejamento e na difusão de conceitos, métodos e técnicas através de treinamento constante, foco nos processos, usando a padronização, a implantação de rotinas e a avaliação de resultados, o que envolve auditoria e reciclagem do modelo.

Quando se implanta um Programa dessa natureza, interessa a percepção dos diferentes agentes e suas motivações para a participação, tanto daqueles situados no ambiente interno da organização (gerentes e trabalhadores), como dos que fazem parte do ambiente externo (usuários).

O estudo da implantação de um Programa de Qualidade Total implica, portanto, na análise das estratégias de treinamento de pessoal, padronização de rotinas e acompanhamento dos resultados, devendo considerar também o contexto institucional no qual é implantado, isto é, a cultura organizacional e o estilo gerencial prevalente, bem como os conhecimentos e atitudes dos gerentes e trabalhadores envolvidos na implantação do programa e o grau de satisfação dos usuários com os resultados alcançados nos aspectos assistenciais e administrativos.

Com o passar do tempo, as organizações tiveram que se adaptarem as exigências de um mercado globalizado e dinâmico. Tais exigências envolvem conceitos de eficiência e eficácia, otimização de recursos, lucratividade, qualidade entre outros. Os clientes, atualmente, são quem determina o quanto deve ser pago por tal produto ou serviço, bem como, o tipo de produto que deseja consumir. Ao se tratar de organizações ligadas à saúde as exigências não poderiam ser diferentes, e isto, leva ao desenvolvimento de programas que visam o melhor atendimento das necessidades sociais.

Para atender as necessidades do cliente, satisfazendo-o e procurando superar suas expectativas, é necessário identificar, fundamentalmente, quais são as exigências desse consumidor do produto ou serviço. Quando a qualidade excede a expectativa dos clientes o serviço é percebido como excepcional.

Um dos fatores importantes para atender as exigências dos clientes do Sistema ou Organização de Saúde em apreço é o envolvimento de todos os indivíduos da organização, independentemente do cargo ou função que exerçam, devem possuir a motivação necessária para produzir qualidade, pois isto serve de base para obter uma produtividade significativamente aperfeiçoada. Essa qualidade deve ser produzida e exercida por todos os participantes da organização, para que estes atendam e superem as expectativas de todas as pessoas da sociedade na qual estão inseridos.

- **Objetivos definidos**

Modernizar métodos e processos de funcionamento dos serviços, assegurando aos usuários um atendimento em padrões elevados de eficiência, agilidade e eficácia;

Fazer com que o cidadão passe a ser reconhecido como um legítimo cliente de cada processo;

introduzir práticas de conduta que deem condições ao colaborador de entender o seu verdadeiro papel de prestador de serviços, ao qual a população tem direito;

Conduzir todos os segmentos da administração a uma postura pró-qualidade e produtividade. A implantação deste Programa de Qualidade Total terá a participação de toda a equipe envolvida com a qualidade, administradores, técnicos, enfermeiros, médicos, ultrapassando as barreiras hierárquicas para atender a meta de melhoria dos procedimentos e processos que devem ser executados com toda habilidade, presteza e segurança. Esta condição propiciará resultados facilmente detectáveis pela utilização de indicadores, que servirão de controle, para avaliar as melhorias.

Para cada serviço serão estabelecidos padrões, ou seja, o nível de atenção esperado. O padrão inicial é o limite mínimo de qualidade exigido. À medida que estes padrões iniciais são alcançados, evolui-se para o padrão seguinte, imediatamente superior.

Para avaliar os resultados, estaremos elaborando uma grande série de indicadores que abranja todas as áreas, desde a internação até a alta hospitalar. Dentre eles, por exemplo, na admissão (tempo de espera, precisão nos registros), na enfermagem (pontualidade na administração de medicamentos, sinais vitais não registrados), no serviço social (pontualidade na resposta à indagações, falta de registro ou não atendimento a queixas dos familiares), na farmácia (erros na transcrição de receitas, falta de medicamentos do quadro básico), no laboratório (coleta imprópria, resultados duvidosos), na limpeza (tempo e cumprimento das normas), na nutrição (temperatura e pontualidade), nos serviços médicos propriamente ditos (infecção e hematoma da ferida operatória, mortalidade), na alta (horário, entrega de documentação adequada).

Alguns objetivos desse programa são:

- Melhoria do ambiente de trabalho;
- Prevenção de acidentes; Incentivo a criatividade;
- Redução de custos;
- Eliminação de desperdício;
- Desenvolvimento do trabalho em equipe;
- Melhoria das relações humanas;
- Melhoria da qualidade de produtos e serviços.

29.1 - IMPLANTAÇÃO DOS MODELOS DE PROGRAMAS DE QUALIDADE

29.1.1 ACREDITAÇÃO

O Manual Brasileiro de Acreditação é o instrumento de avaliação da qualidade institucional, o qual é composto de seções e subseções. Nas subseções existem os padrões definidos segundo três níveis; do mais simples ao mais complexo, do inicial ao mais desenvolvido e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade. Para cada nível serão definidos itens de verificação que orientam a visita e preparação do Serviço de Saúde, para o processo de Acreditação.

Todas as atividades e recursos desta etapa estão voltadas para a orientação e para o apoio à diretoria e equipe durante o processo de implantação. O consultor prepara, e orienta o comitê de qualidade que estará elaborando um projeto/ estratégia para estruturar e preparar a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, para ser submetida oficialmente à avaliação e receber o certificado de acreditação.

Para isso, torna-se necessária a participação e o compromisso de todas as lideranças da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H** para corrigirmos as situações diagnosticadas como de não conformidade.

As exigências do nível 1, contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAM BARRETO – 24H**, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

O nível 2, evidencia a adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. São princípios orientadores do nível: existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados; evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários e evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

Já o nível 3, engloba políticas institucionais de melhoria contínua nos aspectos de estrutura, inovações tecnológicas, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. São princípios orientadores deste nível: buscar evidências de vários ciclos de melhoria de todas as áreas atingindo a organização de modo global e sistêmico; utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados, e ainda a utilização de sistemas de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

Metodologia do Trabalho

- Constituir as comissões com a indicação de um coordenador, responsável para a condução dos trabalhos de busca da conformidade;
- Elaborar um plano de ação (método de resolução de problemas);
- Com a participação do representante da divisão/ coordenação no comitê da qualidade estabelecer as situações com prioridades de ação;
- Estabelecer um cronograma com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo;
- Designar/ indicar os responsáveis para o alcance das metas;
- Elaboração pelo Comitê da qualidade e o grupo de planejamento, um sistema de acompanhamento / avaliação.

29.1.2 HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

O estudo da temática humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário.

O desenvolvimento das ações propostas pela Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) tem como princípios fundamentais o respeito às especificidades de cada instituição, estimula a cooperação entre as mesmas pela troca e experiências produzidas, que visam a qualificação do serviço público de saúde.

A Política de Humanização da Assistência à Saúde oferece uma Diretriz que contempla os projetos de caráter humanizados desenvolvidos nas diferentes instituições de saúde, estimulando a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação e divulgação, que facultem e estimulem a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade.

Todas as atividades e recursos desta etapa estarão voltadas para a orientação e para o apoio à diretoria e equipe durante o processo de implantação.

O consultor prepara e orienta a comissão de humanização que estará elaborando um projeto/ estratégia para as Unidades, Para isso, torna-se necessária a participação e o compromisso de todas as lideranças, para corrigirmos as situações diagnosticadas como de não conformidade, identificando os principais fatores que interferem no comportamento humano e compreendendo as diferenças entre os indivíduos; conhecendo e vivenciando técnicas de dar e receber feedbacks, de empatia, de saber ouvir e perceber a importância dessa prática no relacionamento humano e na qualidade do atendimento aos clientes; conhecendo os principais elementos que estruturam o trabalho em equipe e o processo de liderança de grupos, melhorando o clima organizacional e criando a base para a formação de equipes de alta performance; compreendendo e propondo diretrizes para o desenvolvimento de serviços humanizados e identificando as necessidades e percepções dos clientes em relação aos momentos da verdade.

- **Metodologia do Trabalho**

Será instituído pela Diretoria uma Comissão de Humanização multidisciplinar que deverá:

- Fazer um levantamento das iniciativas já existentes, promovendo a integração das mesmas;
- Realizar Oficinas e Seminários para traçar o Plano de ação das Unidades;
- Elaborar as diretrizes para Sistematização do Programa;
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e sensibilização dos diversos atores desta Instituição;
- Liderar o processo de humanização;
- Promover uma ação conjunta da alta administração do hospital e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços;
- Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes

setores;

- Promover fluxo de propostas e deliberações;
- Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

30. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS

30.1 GESTÃO DE PESSOAS

30.1.1 POLÍTICA ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE GESTÃO DE PESSOAS

A área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas se configura como o lugar da instituição em que o foco será o cuidado e assistência aos colaboradores – capital humano. Tem como Política de Recursos Humanos o desenvolvimento, a capacitação profissional e a formação humana de seus colaboradores, proporcionando-lhes a convivência em harmonia, corresponsabilidade de forma que se sintam valorizados e satisfeitos em pertencer à organização, contribuindo para o crescimento da organização.

30.1.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

Dentro da política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, teremos como objetivo estratégico:

1. Fomentar ações participativas de liderança que estimulem o trabalho em equipe;

2. Promover a qualidade de vida dos colaboradores proporcionando um ambiente de trabalho saudável;
3. Incentivar o desenvolvimento profissional dos colaboradores em todos os níveis, por meio de programas de capacitação internos e externos;
4. Planejar e colaborar com ações de integração e valorização dos colaboradores, propiciando-lhes um clima acolhedor;
5. Recrutar, avaliar e capacitar os colaboradores contratados, facilitando a comunicação interna e o clima organizacional.
6. Descobrir, desenvolver e reter os talentos.

- **MISSÃO**

A área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas terá como missão cuidar das suas políticas, atender com eficiência e rapidez, contribuindo para o bem-estar dos nossos colaboradores, através dos processos relacionados a recrutamento e seleção, capacitação e desenvolvimento, cargos e salários, administração de pessoal, segurança e medicina ocupacional.

30.1.3 NORMAS DE SELEÇÃO E AVALIAÇÃO - DA REALIZAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS

As contratações serão através de processo seletivo e regidas pela CLT, salvo exceções, com carga horária obedecendo as legislações vigentes da categoria. O processo seletivo se dará de acordo com o seguinte edital:

30.1.4 EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº /2022

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE por meio deste edital torna pública a abertura do processo seletivo, que ocorrerá no mês de /....., visando a contratação de pessoal para compor as equipes da unidade, para os cargos:

Conforme o contrato firmado com o Município.

O referido processo seletivo se destina para suprir as vagas existentes nas unidades e também para a formação de cadastro de reserva para as vagas que possam surgir.

Os candidatos aprovados no referido processo seletivo não possuirão vínculo empregatício com a Prefeitura de Arujá/SP.

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 Os candidatos às vagas acima descritas deverão obedecer aos critérios básicos estabelecidos por este documento:

1.1.1 Ser maior de 18 (dezoito) anos;

1.1.2 Ter concluído o Ensino Fundamental, Ensino Médio ou Ensino Superior, conforme o cargo escolhido;

1.1.3 Estar registrado no conselho de classe, quando aplicável;

1.1.4 Ser brasileiro nato ou naturalizado ou estrangeiro com visto permanente;

2. DAS FASES DO PROCESSO SELETIVO

2.1- 1ª Fase: Inscrição e encaminhamento de currículos;

2.2- 2ª Fase: Prova Objetiva (Português e Conhecimentos Específicos). Serão classificadas as maiores notas, sendo nota mínima para aprovação 50 (cinquenta);

2.3- 3ª Fase: Pontuação de Títulos e Experiência Profissional, a ser somada à nota da prova objetiva;

2.4- 4ª Fase: Entrevista Individual;

2.5 - 5ª Fase: Exame Médico e apresentação dos documentos solicitados para contratação;

3. DO PREENCHIMENTO DAS VAGAS

O Processo Seletivo estará vigente por 01 ano, prorrogável a critério do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

Os candidatos classificados serão chamados de acordo com a existência da vaga e na ordem de classificação.

30.1.5 POLÍTICA PARA RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL E INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES

Objetivo

Estabelecer diretrizes para recrutar e selecionar interna ou externamente profissionais com as competências exigidas para os cargos disponíveis na organização.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

O candidato ao cargo não deve ter primeiro grau de parentesco com nenhum colaborador do hospital. Será permitido parentesco de segundo e terceiro grau, desde que não existam conflitos de interesses nem subordinação direta.

O candidato ao cargo poderá ser ex-colaborador demitido que tenha pedido demissão, desde que o motivo do desligamento seja analisado pela área de administração de pessoal e somente com autorização do Diretor Executivo. Não será permitida a contratação do ex- colaborador que tenha sido demitido ou tenha restrições em seu prontuário. A participação dos colaboradores nos processos internos deve considerar o tempo mínimo de 01 ano ocupando o mesmo cargo.

30.1.6 PROCESSO DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

O dimensionamento dos setores será analisado, anualmente, considerando as ampliações, aberturas ou encerramento de serviços, sempre de acordo com o planejamento estratégico da instituição, o mercado externo e as exigências legais.

Toda solicitação de pessoal deverá ser formalizada, pelo setor solicitante, através do instrumento Formulário de Solicitação de Contratação de Pessoal e aprovada de acordo com os níveis de aprovação estabelecidos pela Diretoria Executiva.

Toda solicitação de pessoal deve ser aprovada pela Gerência de Recursos Humanos, Diretoria Responsável e Executiva, e após liberação, seguirá para o setor de Recrutamento e Seleção.

As promoções sejam no próprio setor ou entre setores internos ou externos deverá ser intermediada pelo setor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, dentro dos critérios estabelecidos em fluxo para este fim, desde que atenda as especificações que constam do plano de cargos e perfil do candidato para a vaga destinada, devendo ainda constar de abertura de vaga, aprovação do gestor da área, da diretoria responsável e executiva, é imprescindível que haja a anuência do colaborador.

Em ambos os casos, deverá ser utilizado o formulário de Transferência e/ou Promoção, onde constarão, além das assinaturas comprovando a aprovação dos gestores e do Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, as condições em que acontecerá a ação, incluindo os benefícios.

- **Níveis de Aprovação**

Vaga Nova / Aumento de quadro: a aprovação da nova vaga ou aumento de quadro deverá ser feita pela Diretoria Executiva, mediante apresentação de documento com a justificativa da abertura da vaga.

Substituição: a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência de Recursos Humanos e Diretoria responsável.

Contratação Temporária para cobrir férias ou licença: a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência de Recursos Humanos, Diretoria Responsável e Executiva. O formulário depois de aprovado deverá ser diretamente enviado ao Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, responsável pelo Recrutamento e Seleção.

Faz-se necessário programar a substituição com 30 (trinta) dias de antecedência ao afastamento do colaborador, a contratação do substituto deverá coincidir com a data do afastamento e a data do desligamento do substituto deverá coincidir com o retorno do colaborador afastado, em nenhuma hipótese serão mantidos os dois colaboradores concomitante.

- **Definição Do Perfil Da Vaga**

A definição do perfil da vaga é de responsabilidade do Gestor da área (requisitante), juntamente com o setor de Cargos e Salários, pautados na descrição de cargo, considerando os pré-requisitos da vaga em aberto, os

principais desafios esperados pela área solicitante e as competências técnicas e comportamentais.

3.1.7 PROCESSO DE RECRUTAMENTO

O setor de Recrutamento e Seleção é o responsável pelos processos de recrutar e selecionar os candidatos, devendo apresentar no mínimo 03 (três) candidatos dentro do perfil solicitado para entrevista com o gestor requisitante;

O processo de recrutamento poderá ser: interno ou externo;

As fontes de recrutamento deverão ser sempre escolhidas com base no perfil da vaga solicitada e definidas pela Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, podendo ser:

- Banco de dados de currículo.
- Busca de currículo na Internet.
- Indicações de colaboradores e contatos profissionais.
- Consultorias.
- Anúncio em Internet ou jornal.

O setor de Recrutamento e Seleção em conjunto com o setor de Capacitação e Desenvolvimento estará sempre consultando seu banco de talentos interno para cada vaga em aberto visando possibilitar a promoção vertical ou movimentação horizontal de seu colaborador. As vagas internas terão ampla e irrestrita divulgação em todos os departamentos e serão afixadas nos quadros de avisos existentes e em locais estratégicos, permanecendo durante 07

(sete) dias.

Será divulgada a vaga existente e os requisitos necessários para o seu preenchimento. Os colaboradores que se candidatarem à vaga, passarão pelo processo de seleção,

devendo atender aos requisitos da vaga e seu remanejamento será analisado pela chefia imediata e pelo setor de Recrutamento e Seleção.

Serão requisitos mínimos para concorrer às vagas internas:

- Possuir escolaridade compatível com o cargo;
- Possuir cursos de especialização para os cargos que demandem obrigatoriedade;
- Possuir conhecimentos técnicos necessários para o desempenho das funções;
- Possuir o perfil comportamental desejado;
- Possuir as competências necessárias para o desempenho das funções;
 - Não ter tido advertência ou suspensão nos últimos doze meses;
 - Não ter falta injustificada;
 - Estar liberado pelo gestor responsável para participar do processo;
 - Ser aprovado nos testes técnicos quando aplicáveis;
 - Ser aprovado nas avaliações comportamentais e de competência;
 - Ser autorizado pelo Diretor Executivo;
 - Ser autorizado pelo Diretor da área;
 - Ser autorizado pelo Gerente de Recursos Humanos;
 - Não possuir férias vencidas;
 - Não possuir banco de horas.
 - Caberá ao setor de Recrutamento e Seleção verificar as referências pessoais e profissionais.

30.1.8 PROCESSO DE SELEÇÃO

O processo de seleção deve ser constituído por: entrevista inicial, teste de avaliação comportamental de acordo com o mapeamento das competências, teste de habilidades cognitivas, prova de avaliação de conhecimentos específicos com base na descrição de cargos, entrevista com o gestor da área e

avaliação da Medicina do Trabalho, sempre buscando o melhor aproveitamento do candidato para a vaga ora em aberto.

Nas entrevistas será utilizada a técnica Entrevista por Competência baseada no CHA (Competência, Habilidade e Atitude) definido na descrição do cargo e em necessidades específicas das áreas solicitantes.

As fases do processo de seleção são de responsabilidade conjunta entre a área requisitante e o setor de Recrutamento e Seleção.

A decisão final sobre a escolha do candidato é sempre do gestor da área requisitante, porém é necessário que o candidato esteja adequado ao perfil da descrição de cargo.

Os candidatos que forem eliminados nas etapas finais de seleção serão comunicados através de e-mail ou telefone.

Os candidatos aprovados seguem as etapas para admissão definidas no fluxo admissional.

Os candidatos aprovados deverão ser encaminhados para admissão até o dia XX (xxxx) de cada mês, após esta data, a admissão e conseqüente início das atividades ocorrerá no mês seguinte.

Admissão de parentes: poderá ser feita observando relação de subordinação direta, e a aprovação no processo seletivo.

A participação de ex-colaborador no processo seletivo será feita somente se o motivo da rescisão do contrato tiver sido por iniciativa do colaborador, devendo ter autorização, por escrito, da Gerência de Recursos Humanos que procederá a uma análise dos motivos que levaram à solicitação de demissão consultando o gestor ou informações no prontuário, respeitando os prazos legais.

A admissão de aposentados será permitida mediante avaliação do requisitante e a aprovação no processo seletivo.

Os candidatos indicados passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga e somente serão contratados se forem aprovados em todas as etapas do processo de seleção.

30.1.9 - ABERTURA DE VAGA

O gestor é responsável por preencher o formulário de Requisição de Pessoal com todos os dados completos, considerando o fluxo: Recrutamento, Seleção e Admissão e é responsável pela coleta de aprovações dentro da sua área, conforme alçadas definidas.

Aumento de quadro: superior imediato, mediato, gestor de RH e diretor da área solicitante.

Substituição ou afastamento por auxílio doença/maternidade: superior imediato, mediato da área solicitante e gestor de RH.

O critério para solicitação de substituição por auxílio doença/maternidade deve considerar o afastamento previsto igual ou maior á 45 dias.

30.2 - PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES

Da Integração

- Todos os novos colaboradores deverão passar pelo Programa de Integração.
- Os novos colaboradores receberão no momento da integração, o “Manual de Integração” que deverá ser protocolado no ato da entrega do documento.
- As datas para a integração serão definidas de acordo com o número/entrada de novos colaboradores, não devendo exceder 30 (trinta) dias da data da contratação.

- O Programa de Integração prevê etapas para sua aplicação, sendo:
- Apresentação do histórico, Missão, Visão e Valores, organograma institucional e local, comissões, unidades e projetos sociais;
- Informações sobre os benefícios, uniforme, marcação do ponto, atrasos, faltas, guarda volumes, normas e regulamentos internos e demais direitos e deveres de acordo com as leis vigentes;
- Recebimento do crachá de identificação, caneca ecológica, nécessaire, manual de integração;
- Palestra sobre segurança no trabalho;
- Palestra sobre gerenciamento de resíduos;
- Palestra sobre controle de infecção hospitalar;
- Palestra sobre programas de qualidade;
- Palestra sobre doenças ocupacionais;

Visita as instalações, apresentação dos setores e seus responsáveis, quais as atividades que o setor desenvolve e sua importância;

Apresentação de filme institucional ou didático;

Entrega do novo colaborador ao padrinho.

NORMAS DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

Objetivo

Estabelecer diretrizes para os processos e práticas relacionadas à Administração de Pessoal. Aplicação todas as áreas e colaboradores.

As práticas da Administração de Pessoal baseiam-se nas legislações que norteiam as relações trabalhistas CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas,

Constituição Federal, Convenções Coletivas, Legislação Previdenciária e Legislação Trabalhista da Receita Federal.

- **Processo de Admissão**

O processo de contratação de pessoal será totalmente baseado no regime da CLT.

Candidatos aprovados no processo de Recrutamento e Seleção deverão apresentar documentação após divulgação do exame admissional.

Relação de Documentos Para Admissão

- 01 cópia do Título de Eleitor;
- 01 cópia do certificado de reservista – dispensa;
- 02 cópias do comprovante de residência (água, luz, telefone);
- 02 cópias do CPF;
- 02 cópias da carteira de identidade – RG;
- 01 cópia do conselho no qual é cadastrado (ex: COREN);
- 02 fotos 3x4 (recente);
- 01 cópia do PIS;
- 01 cópia certidão de casamento ou nascimento;
- 01 cópia da certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos;
- 01 cópia do cartão de vacinas dos filhos menores de 05 anos;
- 01 cópia do diploma escolar;
- Exame médico admissional;

Apresentar número da conta no banco indicado pela unidade.

OBS: Somente será efetuada a admissão se todos os documentos solicitados forem apresentados dentro do prazo de uma semana.

Após a entrega da documentação exigida, é elaborado o contrato de trabalho conforme especificidades do cargo e segundo a CLT. O contrato de trabalho deve ser assinado no dia da Integração de novos colaboradores.

- **Remuneração**

O processo de remuneração do colaborador será operacionalizado pela Administração de Pessoal. Neste setor será realizado todo controle de remuneração dos colaboradores, seguindo as exigências legais das Consolidações das Leis do Trabalho e das Convenções Coletivas das classes de trabalho da Instituição.

É assegurado ao trabalhador, além da remuneração base, valores como insalubridade, adicional noturno, periculosidade, salário-família, auxílio creche, e outros, de acordo com as respectivas convenções de trabalho e de acordo com as especificidades de cada cargo.

Além desses itens, é assegurado o pagamento do 13º. salário para todos os colaboradores, independentemente do cargo que assumem.

- **Desligamento**

O gestor deve verificar junto a Administração de Pessoal, com antecedência, se o colaborador a ser desligado possui alguma estabilidade. A Administração de Pessoal é responsável por verificar todas as estabilidades possíveis (Representação Sindical, CIPA, Aposentadoria, Dissídio Coletivo da Classe e Afastamentos Médicos) e dar Retorno ao Gestor.

Com a decisão do desligamento, o Gestor deve informar a Administração de Pessoal os dados do colaborador a ser desligado. Esta comunicação deve seguir alçada de aprovação, Gestor Imediato, Gestor Mediato, Gestor de RH e Diretoria.

É de responsabilidade do Gestor comunicar o colaborador sobre seu desligamento, explicar os motivos e orientá-lo a se apresentar imediatamente na Administração de Pessoal.

O Gestor deve programar a comunicação do desligamento para o início do plantão do colaborador a ser desligado e o dia deve estar previamente combinado com a Administração de Pessoal.

Férias

O Gestor deve enviar (via correio eletrônico) a comunicação do gozo de férias de seus respectivos colaboradores para Administração de Pessoal com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando a data de início das férias considerando as opções disponíveis: 01 (hum) ou 15 (quinze) de cada mês. Quando este caírem sobre dias não úteis, o início das férias deve ser programado para o primeiro dia útil seguinte.

Cada colaborador deve entregar sua carteira de trabalho profissional para Administração de Pessoal seguindo o prazo de 30 dias de antecedência do início das suas férias.

A Administração de Pessoal enviará aos gestores a programação do mês com antecedência de 10 (dez) dias da data de início das férias.

O pagamento será efetuado através de crédito em conta corrente com antecedência de 02 (dois) dias do início das férias. O colaborador deverá comparecer na Administração de Pessoal para assinatura do recibo na mesma data do pagamento.

Para o recebimento do 13º. salário junto ao pagamento de férias o mesmo deverá ser solicitado conforme Legislação vigente.

Registro de Ponto

O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores, exceto para cargos de confiança/gestor (coordenação, gerência e diretoria).

O horário de trabalho deverá ser rigorosamente respeitado e registrado nos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída.

Os registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência na entrada e de 10 (dez) minutos após horário de saída. A permanência além deste horário somente pode ocorrer com autorização do Gestor imediato.

Somente serão computadas como banco de horas ou horas extras as variações no registro de ponto superiores a 15 (quinze) minutos diários, desde que previamente autorizadas pela Diretoria responsável e informadas a Administração de Pessoal em impresso próprio.

Não é permitido ao colaborador registrar o ponto além do seu horário de trabalho sem estar previamente autorizado, a reincidência será considerado falta grave, devendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

É falta grave registrar o ponto de outro colaborador, assim como registrar o ponto e não comparecer no seu local de trabalho.

Todos os colaboradores são responsáveis por informar antecipadamente, seus gestores sobre as alterações nos registros.

O Gestor é responsável por enviar a Administração de Pessoal, no dia da ocorrência por correio eletrônico, as justificativas das alterações do registro de ponto de seus colaboradores, tais como troca de folgas, mudança de horário, esquecimento de crachá, atrasos, saídas antecipadas, atestados de hora ou acompanhamentos, afastamentos e outras situações que interfiram no correto registro de ponto. As justificativas que não forem informadas a Administração de

Pessoal no dia da ocorrência, devem ser informadas considerando o prazo limite, correspondente a 03 (três) dias após o fechamento do período da apuração.

30.3 PROCESSO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

- O setor de Recrutamento e Seleção é responsável por controlar os contratos / períodos de experiência, devendo enviar para ao gestor da área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.

Avaliação de Desempenho do Período de Experiência

O gestor da área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias” e “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias”.

Avaliação no Período de Experiência de 45 (Quarenta E Cinco) Dias.

O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;

Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;

Reprovação: desligamento.

Avaliação no Período de Experiência de 90 (Noventa) Dias.

O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;

Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;

Reprovação: desligamento. Avaliação de Desempenho Anual

Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de Capacitação e Desenvolvimento, e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelos seus gestores, considerando as competências específicas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:

- Capacidade de aprender e assimilar novas idéias;
- Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;
- Quantidade de trabalho e produtividade;
- Relacionamento, maneira de agir;
- Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;
- Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.
- Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:
 - Quanto às informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;
 - Quanto a materiais e equipamentos por ele utilizados;
 - Quanto à comunicação com os gestores;
 - Quanto à integração na equipe de trabalho;
 - Quanto à satisfação na realização das tarefas e atividades.
- Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:
 - Preparação dos gestores para serem agentes multiplicadores do processo;
 - Apresentação da ferramenta para os colaboradores;
 - Aplicação das Avaliações.
 - Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação:
 - Análise dos resultados;

Finalidade: identificação dos fatores desmotivantes e talentos adormecidos;

Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Superintendência e Diretoria da área;

Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com o Superior Imediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade.

Feedback para o colaborador para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação às suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe.

Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e a programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais.

30.4 PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Objetivos

- Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.
- Dispor de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao Gerenciamento de Recursos Humanos da Instituição;
- Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores da Instituição;
- Integrar os diversos processos e áreas funcionais;
- Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas. Metodologia

Formulário

A aplicação do formulário garante preservação da identidade. As informações solicitadas visam exclusivamente estratificar os resultados e contribuir na elaboração dos planos de ação:

- Local;
- Categoria/Funcional;
- Tempo de Casa;
- Relação de trabalho (forma de contrato);
- Sexo.

Contendo 50 afirmativas com desdobramento para avaliação da área de atuação e da organização, com as seguintes opções de resposta:

1. Discordo Sempre
2. Discordo na maioria das vezes
3. Às vezes concordo, às vezes discordo
4. Concordo na maioria das vezes
5. Discordo sempre

TRATAMENTO DOS DADOS

Em meio eletrônico ou físico, ambos com senha exclusiva de acesso, e armazenamento de dados para garantir a preservação da identidade dos participantes, permitindo que todos possam se expressar livremente.

Forma de Aplicação

Eletrônico – por meio acesso à internet em site por link;

Físico – postos de atendimento na Instituição, onde os colaboradores podem esclarecer dúvidas e responder o questionário.

Análise de Dados

Análise de dados em 5 dimensões:

Atuação da liderança Valorização Equidade

Motivação

Relacionamento e Ambiente Divulgação dos Resultados

Elaboração de relatório com apresentação quantitativa (gráficos) e qualitativa (ações)

Divulgação dos resultados para todos os participantes - colaboradores e Gestores.

30.5 AÇÕES PARA A GESTÃO DE PESSOAS

No gerenciamento das unidades é importante à disponibilidade dos recursos humanos qualificados com habilitação técnica e legal e com um quantitativo compatível para o atendimento do perfil de cada território. As equipes deverão ser compostas por profissionais das especialidades exigidas, de modo que cada unidade realize suas atividades assistenciais de acordo com porte e planejamento.

A fase de recrutamento, seleção e admissão no quadro de colaboradores do **IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE**, deverá ser realizada na filial administrativa local conforme estabelecido em cronograma de implantação e será feita de acordo com o Plano de Cargos, Salários, Benefícios e Carreiras da Organização Social, devidamente aprovado por seu Conselho de Administração e SMS durante esta fase.

Devido a excepcionalidade das unidades já estarem em funcionamento, em primeiro momento faremos a absorção de todo o RH disponível de forma pactuada com a SMS. Contudo, posteriormente todas as admissões serão precedidas de processos seletivos públicos, pautados em critérios exclusivamente técnicos como análise curricular, títulos acadêmicos e registros específicos na função em órgãos competentes, se for o caso, entrevistas e/ou provas, e outros critérios considerados necessários para a identificação de habilidades para o exercício do cargo.

As tarefas de recrutar e selecionar profissionais são atividades estratégicas, com metodologias próprias e não podem ser encaradas como um evento pontual, devendo então seguir critérios e procedimentos definidos.

Deste modo, é fundamental que o processo seletivo atenda ao perfil do cargo, devendo este ser identificado e elaborado em conjuntos com as áreas solicitantes. A clareza do perfil além de proporcionar maior facilidade na avaliação dos candidatos com imparcialidade, justiça e ética, irá sinalizar em direção à assertividade na seleção.

Todas as contratações serão feitas baseadas nas Leis Brasileiras Trabalhistas, e sempre que possível por meio de Editais e Concursos Públicos.

As Leis trabalhistas estão inseridas em uma hierarquia em que as de nível superior são mais abrangentes, definindo direitos e deveres mínimos para as partes, e as de nível inferior, mais específica, significando que uma lei maior não pode ser contrariada por uma menor e que uma menor é aplicada a casos específicos. A hierarquia das leis trabalhistas no Brasil apresenta-se da seguinte maneira:

- a) Constituição Federal;
- b) CLT (Consolidação das Leis do Trabalho- conjunto de leis esparsas consolidadas em 1943 e complementadas por leis ou decretos emanados posteriormente);
- c) Doutrina (conjunto dos pareceres dos juristas, isto é, estudiosos do Direito);
- d) Jurisprudência (conjunto uniforme de sentenças proferidas por juízes);

-
- e) Norma Coletiva de Trabalho (resultante de negociação entre empregados, representados por sindicatos e empregadores); Regulamento Interno do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE;
 - f) Contrato Individual de Trabalho.

Assim, nenhuma norma coletiva ou individual de trabalho pode contrariar os direitos e deveres mínimos previstos na CLT ou na Constituição Federal.

O perfil deverá ser descrito em competências imprescindíveis para exercício do cargo, permitindo desta maneira, o planejamento das etapas do processo com base em informações objetivas, facilitando a avaliação dos pontos de excelência e insuficiência do candidato.

Os cargos vagos são divulgados no site do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, em sites de banco de empregos como (Catho, manager, indeed, entre outros) podendo também ser divulgados nos sites de parceiros, nas unidades gerenciadas, nos órgãos públicos parceiros ou em outros meios de comunicação gratuitos e, a critério da Diretoria Administrativa, em jornais de grande circulação, se houver recursos financeiros específicos para divulgação do processo seletivo.

As inscrições para a participação no processo seletivo serão recebidas e validadas mediante cadastramento no site do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, com a entrega ou envio por e-mail e correio de currículos, constando telefone para contato e endereço residencial à Filial Administrativa ou através do e-mail a ser criado pós assinatura do contrato;

- g) Na divulgação das vagas serão fornecidas informações do perfil de Competências e outras, elaboradas pela equipe de Recursos Humanos e área requisitante, devendo constar os seguintes tópicos:
 - h) Condições para participação;
 - i) Descrição do cargo;
 - j) Descrição das atividades;



-
- k) Base salarial e benefícios.
- l) Será assegurado aos portadores de deficiências o direito de participação no processo seletivo, devendo entregar, juntamente com o currículo, atestado médico ou outro documento hábil (inclusive subscrito pelo próprio candidato), que ateste a deficiência da qual é portador, a fim de identificação dos recursos materiais necessários a serem disponibilizados pela Organização Social para a realização da prova e entrevista.

A reserva de vagas para portadores de deficiência será calculada de acordo com o número total de pessoas a serem contratadas pelo **IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE** e seguindo as exigências legais.

- m) Reservaremos ainda um quantitativo mínimo de vagas para profissionais voluntários na área de saúde e assistência social voltados às Unidades de saúde.

No processo de seleção serão considerados os seguintes critérios:

- ✓ Comprovação de titulação acadêmica e de especialização, se for o caso;
- ✓ Comprovação do registro no órgão de classe, se for o caso;
- ✓ Prova de redação de caráter classificatório e/ou eliminatório a critério do Departamento de Recursos Humanos;
- ✓ Prova de conhecimentos específicos e conhecimentos gerais de caráter classificatório e/ou eliminatório a critério do Departamento de Recursos Humanos que poderão ser comprovados em entrevistas e/ou provas escritas;
- ✓ Acúmulo lícito;
- ✓ Outros critérios específicos constantes do Edital do processo seletivo;

No caso de empate serão adotados os seguintes critérios:

- Maior titulação acadêmica;
- Desempenho na redação;
- Desenvolvimento nos jogos e dinâmicas;
- Outros critérios constantes do Edital de Recrutamento;

Em casos de empate de classificação, terá preferência, sucessivamente para a contratação, o candidato que:

- Obtiver maior nota na prova escrita;
- Obtiver maior nota na entrevista.

Os aprovados no processo seletivo e admitidos para os cargos serão contratados para um período inicial de experiência de quarenta e cinco dias prorrogáveis por mais quarenta e cinco dias, completando assim três meses, nos termos do artigo 443, 2º., alínea “c” da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o desempenho avaliado pela Gerência ou Diretoria da unidade de trabalho ou da filial administrativa do **IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE** com vistas ao perfil para o cargo, assiduidade, disponibilidade para assumir as responsabilidades do cargo, competência técnica para a função, adequado atendimento ao público-alvo, desempenho adequado das funções inerentes ao cargo e características adequadas ao trabalho em equipe.

Entre outras formas de controles, o **IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE**, manterá um controle de frequência através de ponto manual ou eletrônico por Biometria se possível.

30.6 RELAÇÃO MÍNIMA DE RECURSOS HUMANOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, respeitará a relação mínima de pessoal a ser contratado, seja pelo regime celetista ou outra forma legal de contratação, sob pena de notificações, multas, glosa de pagamentos e, por fim, rescisão unilateral do contrato de gestão a ser firmado.

Frisa-se que conforme a sistemática adotada pela Lei Federal nº 8.666/93, entre outros aspectos, a Administração Pública deve exigir dos participantes, a quantidade mínima de pessoal a ser empregado no objeto, devendo justificar com normas e estudos com o fim de aferir se o quantitativo é suficiente para satisfazer o contrato a ser celebrado.

O quantitativo mínimo selecionado vem de determinações mínimas de normas e resoluções do Ministério da Saúde, Portarias Ministeriais quanto as necessidades de cada profissional de acordo com as atividades a serem desempenhadas e as execuções de metas quantitativas e qualitativas para o porte das unidades de Saúde: **Unidade de Pronto Atendimento PAM BARRETO-24H.**

Segue dimensionamento de pessoal feita por este chamamento público, mediante cálculos baseados em resoluções de Conselhos de Classe na área de Saúde e resoluções e embasamentos do Ministério da Saúde (MS), no qual levou-se em consideração número total de leitos; taxa de ocupação; número de leitos ocupados; número de pacientes classificados por tipo de assistência requerida (PCM - pacientes de cuidados mínimos; PCI - pacientes de cuidados intermediários; PCI* - pacientes de cuidados intermediários crônicos; PCSI - pacientes de cuidados semi-intensivos; PCSI* - pacientes de cuidados semi-intensivos crônicos; e PCTI - pacientes de cuidados intensivos); índice de segurança técnica; jornada semanal de trabalho; período de trabalho; e sítio funcional necessário.

Verificou-se estudos sobre o SPC – Sistemas de Classificação de Pacientes, no qual observa-se o grau de dependência de um paciente em relação a equipe multidisciplinar de saúde a depender se o atendimento é ambulatorial, emergência ou urgência.

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, compromete-se contratar a seguinte relação mínima de profissionais, em modelo CLT ou PJ para executar o objeto de um futuro contrato em gestão em saúde:

Segue dimensionamento de pessoal feita, mediante cálculos baseados em resoluções de Conselhos de Classe na área de Saúde e resoluções e embasamentos do Ministério da Saúde (MS), no qual levou-se em consideração:

- A. número total de leitos; taxa de ocupação;
- B. número de leitos ocupados;
- C. número de pacientes classificados por tipo de assistência requerida (PCM - pacientes de cuidados mínimos;
- D. PCI - pacientes de cuidados intermediários;
- E. PCI* - pacientes de cuidados intermediários crônicos;
- F. PCSI - pacientes de cuidados semi-intensivos; PCSI* - pacientes de cuidados semi-intensivos crônicos; e PCTI - pacientes de cuidados intensivos);
- G. índice de segurança técnica;
- H. jornada semanal de trabalho;
- I. período de trabalho;
- J. e sítio funcional necessário.

Verificou-se estudos sobre o SPC – Sistemas de Classificação de Pacientes, no qual observa-se o grau de dependência de um paciente em relação a equipe multidisciplinar de saúde a depender se o atendimento é ambulatorial,

emergência ou urgência.

Os recursos humanos disponibilizados serão com habilitação técnica e legal (com registro no respectivo conselho de classe), com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

Obedecerá a todos as normas legais, em especial da Secretaria de Saúde, do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais; com previsão de férias, folgas e licenças no seu quadro de recursos humanos e sua respectiva previsão orçamentária, para que o quantitativo mínimo exigido no quadro acima esteja sempre disponível para o funcionamento da Unidade.

Será realizada a eleição no modelo preconizado pelo CREMESP para o Diretor Clínico;

A liderança técnico/administrativo seja organizada a partir do seguinte quadro de cargos e competências:

1 - 01 (um) Diretor-Geral responsável pela gestão global da unidade, tendo como atribuições ordenar despesas, prestar contas quanto à execução do Contrato de Gestão, e deverá possuir especialização em gestão hospitalar.

2 - 01 (um) Diretor Técnico responsável pelo gerenciamento das equipes de saúde, colaborando para o desenho e refinamento de processos e fluxos assistenciais, em consonância com as atividades e no mínimo de 40h semanais, devendo ser garantida a cobertura técnica nos finais de semana e feriados. Sendo, médico com experiência na respectiva área de atuação, garantindo assim, a substituição imediata da falta do profissional médico nos plantões, com atuação direta ou por outro profissional indicado por ele;

Nos finais de semana o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE deverá indicar, com antecedência, quem serão os chefes de equipes Médica, de Enfermagem e Administrativa.

3 - 01 (um) Coordenador de Enfermagem responsável pelo gerenciamento direto do quadro de enfermagem no PAM Barreto, zelando pelo mais adequado

exercício profissional e pela indução e garantia de adoção das melhores práticas de cuidado, com especialização em Urgência e Emergência.

4 - 01 (um) Coordenador Multidisciplinar responsável pelo apoio nas atividades desenvolvidas pelos profissionais: Nutricionista, Farmacêutico, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Fonoaudióloga e outros profissionais que venham a compor a equipe;

5 - 01 (um) Diretor Assistencial responsável pelas áreas de apoio técnico;

DESCRIÇÃO	GESTÃO DA UNIDADE	POSTO ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO
ADMINISTRATIVO - 12/36H		3
AJUDANTE GERAL - MANUTENÇÃO - 12/36HORAS		2
ASSISTENTE SOCIAL - 44HORAS SEMANAIS		1
AUXILIAR DE LIMPEZA -12/36 HORAS		5
TÉCNICO ENFERMAGEM -12/36 HORAS		10
CONTROLADOR DE ACESSO - 12/36 HORAS		3
COORDENADOR ENFERMAGEM – 40 HORAS		1
COPEIRA – 12/36 HORAS		1
DIRETOR ADMINISTRATIVO - 40HORAS	1	
DIRETOR ASSISTENCIAL -40 HORAS	1	
DIRETOR TÉCNICO - 40HORAS	1	
ENCARREGADO DE LIMPEZA – 40 HORAS	1	
ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO – 40 HORAS	1	
ENFERMEIRO - 12/36HORAS		4
FARMACEUTICO - 12/36HORAS		1
FISIOTERAPEUTA – 20HORAS		1
MAQUEIRO - 12/36 HORAS		1



NUTRICIONISTA - 40HORAS		1
PSICÓLOGO - 20 HORAS		1
RECEPCIONISTA / PLANTÃO ADM. 12/36HORAS		3
TÉCNICO DE FARMÁCIA -12/36 HORAS		2
TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO - 12/36HORAS		1
AUXILIAR DE INFORMATICA - 12/36HORAS		1
TÉCNICO DE RAIO-X - 12/36HORAS		2
TECNICO SEGURANÇATRABALHO - 40 HORAS	1	
TERAPEUTA OCUPACIONAL – 20 HORAS		1

30.7 PALESTRAS E TREINAMENTOS MOTIVACIONAIS

Palestras e Treinamentos devem ser visualizados como uma das ferramentas para o desenvolvimento de competências individuais, que numa visão conjunta e macro deve contribuir para a formação da Competência Organizacional.

As Palestras Motivacionais transformam as pessoas, revitalizam equipes e melhoram as organizações, e ajudam pessoas e empresas a superarem desafios, além de ajudar nas relações de trabalho. O termo Competência refere-se à aplicação do conhecimento, habilidades e comportamento no desempenho. Sobre este aspecto a Palestra Motivacional deve ser um processo para desenvolver e prover conhecimento, habilidades e comportamentos para atender requisitos.

Não existe momento pior para uma empresa que enfrentar uma onda de crise. Essa situação pode acontecer a qualquer momento e é preciso estar preparado. Quando a onda atinge os funcionários, o grande sintoma que pode trazer ainda

mais problemas é a falta de motivação. Essa sensação de estar disposto a trabalhar e superar as dificuldades é essencial para a sobrevivência de um negócio.

O sucesso pertence àqueles que persistem num ideal e acreditam nas suas próprias forças. Portanto, incorporar atitudes vencedoras é fundamental para que se consiga atingir os objetivos. Para que se possa vivenciar na prática do dia a dia o sentimento de vitória, é necessária uma reavaliação constante das atitudes começando por assumir o compromisso da mudança interior. Empresas buscam constantemente uma espécie de fórmula para que possam ver sua produtividade aumentar sem que, para isso, sejam necessários grandes investimentos em novos profissionais. Uma das principais apostas do momento é motivar os colaboradores o suficiente para que possam manter seu rendimento sempre em alta.

A Palestra Motivacional busca alterar a conduta dos indivíduos, por meio do trabalho de fatores psicológicos, que visam garantir a maior assimilação do conteúdo por parte dos colaboradores. Nossos palestrantes buscam quebrar a monotonia de suas apresentações apostando na interação da plateia ou com o uso de recursos, como o humor.

O tema é apresentado de forma vibrante e interativa, onde os participantes são envolvidos num clima de total descontração e comprometimento. Este tema é dinâmico e interativo onde buscamos o envolvimento da plateia mostrando os benefícios que se conseguem quando assumimos o compromisso da renovação. São apresentados e comentados individualmente os vários tipos de reações que se observa durante um processo de mudança.

É uma PALESTRA que motiva e mobiliza as pessoas a diagnosticarem, planejarem, conduzirem e transformarem suas vidas e carreiras, produzindo resultados inacreditáveis.

A motivação dos funcionários é um desafio para muitas empresas, ainda mais quando o conceito que se quer passar é o de vestir a camisa.

Afinal um funcionário que gosta da organização na qual trabalha tem um desempenho muito melhor, busca soluções inovadoras e prefere conquistar novos espaços dentro da própria empresa.

Dicas de autocoaching, comunicação e criatividade também fazem parte da nossa Palestra Motivacional e de alta qualidade visual que vai transformar seu colaborador em um profissional completo. Além de desmistificar jargões e afirmações favorece a criação de um clima de trabalho mais adequado para aumentar a produtividade de todos os setores da empresa.

Os principais temas nela abordados são:

- Desenvolvendo habilidade do constante aprendizado;
- Desconforto da mudança;
- Porque resistimos a todo processo de mudança;
- Adaptando-nos a era de constantes mudanças;
- Transformando formação em carreira;
- Como gerenciar a fase de transição;
- Aprendendo com erros;
- Levantar a autoestima;
- Desenvolvendo a habilidade do empreendedorismo de resultados;
- Desenvolvendo habilidades para a excelência;
- Vencendo o pessimismo Incorporando atitudes vencedoras;
- Entrosamento pessoal e profissional;
- Como conquistar e manter clientes através das nossas atitudes;

Como tirar metas pessoais e profissionais do papel:

- habilidade de realizar;
- Alimentando a mente com pensamentos vitoriosos;
- Como transformar os sonhos em realidade;
- Pare de reclamar;
- Persistência e determinação;



-
- Realizando nossas metas pessoais através da qualidade e intensidade do nosso trabalho;
 - Respeitabilidade mútua e subordinação consciente aos superiores;
 - Grande foco em comunicação e relacionamento;
 - Comprometimento, melhoria contínua e gerenciamento do tempo;
 - Trabalho em equipe;
 - Flexibilidade, trabalho sob pressão e resultados;
 - A importância central do fator humano para os resultados empresariais;
 - A criatividade, planejamento, estratégia e execução com recursos limitados.

30.8 PROGRAMA DE TREINAMENTOS PARA COLABORADORES

Atualmente está havendo uma generalização na preocupação das empresas em investir no treinamento com o nítido intuito de obter retornos definidos e alcançar objetivos previamente definidos. Uma das maiores metas do setor de Recursos Humanos é o desenvolvimento das diversas equipes dentro das organizações, pois, o maior patrimônio das organizações que se tem é o capital humano precisa estar em constante crescimento.

Vale à pena investir, buscando alternativas de custos mais baixos, treinamento adequado, pessoal contratado para o aumento da qualidade e adequação das tarefas.

A partir da constatação de que o treinamento pode ser um instrumento que viabiliza a aprendizagem, as organizações passam a adquirir nova estrutura comportamental e instrumental, convergindo às habilidades dos seus membros para uma dimensão em que as possibilidades de aprendizagem ocorrem gradativamente, no âmbito organizacional.

Para atingir o objetivo de melhor qualidade no Treinamento é necessário que todos os participantes estejam integrados entre si e busquem atingir os principais componentes do funcionamento do grupo que são:

- objetivo,
- motivação,
- comunicação,
- processo decisório,
- relacionamento,
- liderança e inovação.

Treinamento deve ser aplicado nas organizações para desenvolver pessoas, tanto voltado para novas habilidades quanto visando buscar o crescimento daquelas já existentes.

A busca pela necessidade de treinamento deve ser observada pelas organizações, uma vez que a realização do treinamento incute no colaborador além do aperfeiçoamento dos conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidas no meio corporativo, a consciência do papel que deve ser desempenhado, pois tudo isto requer uma postura profissional, consciente e responsável. Logo temos a busca pelo desenvolvimento tanto do indivíduo como da organização com profissionais bem preparados diante das mudanças ocorridas constantemente.

Como aproveitar as potencialidades de cada colaborador dentro da organização, gerando desenvolvimento dentro desta? É partindo deste pressuposto, que elaboramos um programa de treinamento para colaboradores.

Estaremos traçando Objetivos Específicos como fator diferencial para a excelência nos treinamentos, que são eles:

- Trazer os mais modernos conhecimentos da Língua Portuguesa, escrita e falada, que está inserido em diversas áreas e é indispensável no ambiente de trabalho;

- Fazer com que os alunos aprendam a utilizar as ferramentas avançadas do Excel com enfoque prático e dinâmico;
- Dar uma visão ampla do papel de líder do Coordenador e dos comportamentos que conduzem a excelência da equipe;
- Oferecer a organização um programa de práticas gerenciais (PDG), alinhadas aos critérios do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e outros, universalmente reconhecidos como de padrão mundial de excelência;
- Demonstrar a importância do treinamento como fator diferencial para a excelência, desenvolvendo e modificando o comportamento, como mudanças de atitude negativas para favoráveis, conscientização e sensibilidade com as pessoas, com clientes internos e externos;
- Pretende-se despertar colaboradores para as conexões existentes entre as disciplinas analisadas e as possibilidades de aplicação dos conceitos apresentados nas atividades empresariais;

Estimular a motivação dos colaboradores criando uma competitividade sadia entre os setores para alcançar o mais alto nível de produtividade para uma melhor qualidade em seus serviços. Sistemática de aplicação de ações corretivas de desempenho.

▪ Metodologia de Ações Corretivas



31. NORMAS E ROTINAS PARA SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, entende que a organização é a base fundamental de Sustentabilidade de qualquer serviço, atividade ou sistema de produção de trabalho. Estará diretamente relacionada com a funcionalidade dos serviços, tendo por objetivo o gerenciamento eficiente e eficaz. Dessa forma, um serviço organizado gerará resolubilidade, otimizará tempo e recursos, além de refletir positivamente na credibilidade da instituição, setor/serviço, sistema de saúde e usuário, favorecendo a todos os envolvidos no processo.

Para organizar os serviços, partir-se-á, inicialmente, do planejamento para conhecer a realidade e a funcionalidade, identificar problemas, processos de trabalho, fluxo de informações, Sistema de Informação, mecanismo de controle e avaliação, atividades desenvolvidas, forma de execução, canais de articulação, comunicação e informação, demandas, para adequar os recursos, visando melhor eficiência na gestão e no atendimento às demandas requeridas.

Aspectos a Serem Considerados

Para a organização do serviço, deverão ser observados alguns pressupostos básicos. Dentre eles destacam-se:

Estrutura organizacional que permita um bom desempenho em relação às funções básicas;

- Capacidade de interagir, de forma permanente, para a busca da adequação da estrutura e processos, diante das circunstâncias;
- Gestão orientada para resultados, de forma planejada e com objetivos criteriosamente construídos.

Vantagens de Um Serviço Organizado

Um serviço estruturado e organizado viabilizará bons e mensuráveis resultados, como:

- Regularidade no abastecimento e a disponibilidade dos produtos no momento requerido, em quantidade e qualidade;
- Melhoria do acesso;
- Credibilidade no serviço de saúde e na instituição parceira;
- Diminuição das perdas, desperdícios e a má utilização dos recursos;
- Registro dos processos de trabalho;
- Base de dados de suporte e apoio à gestão;
- Cumprimento de normas e procedimentos;
- Acompanhamento, avaliação e intervenção eficiente;
- Garantia da qualidade dos serviços e do atendimento ao usuário.

31.1 PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA UM SERVIÇO ORGANIZADO

- Conhecer a estrutura organizacional, os níveis de hierarquia, as competências, as atribuições as normas, os procedimentos e as formas de controle e avaliação;
- Identificar responsabilidades, ou seja, quem faz o quê, como, quando e com qual e periodicidade;
- Conhecer os processos de trabalho, forma de execução, fluxo de informações e demandas, interfaces, atividades desenvolvidas, em desenvolvimento, necessidades ou não de intervenção, de mudanças de funções, de práticas e/ou de pessoas;



-
- Identificar os recursos humanos, número de pessoal, perfil profissional, compatibilidade com a função, nível de satisfação do pessoal, demandas e relações no trabalho;
 - Realizar oficina de trabalho com a equipe que será envolvida neste processo para discutir, ouvir sugestões, avaliar necessidades de redefinição de processos de trabalhos e repensar atribuições, de acordo com habilidades e perfis profissionais identificados;
 - Elaborar Plano de Trabalho e Cronograma de Atividades, com definição clara de objetivos, metas, prazo de execução, responsáveis, incluindo a sensibilização e motivação da equipe;
 - Definir parâmetros e/ou instrumentos de controle e avaliação de resultados;
 - Estabelecer indicadores de desempenho para o serviço e para a equipe;
 - Desenvolver Sistema de Informação eficiente e eficaz, para o gerenciamento das ações;
 - Implantar sistema de qualidade, que possibilite a melhoria dos serviços;
 - Elaborar manual de normas e procedimentos operacionais, para harmonizar procedimentos e condutas.

31.2 Estrutura Administrativa

Um serviço organizado exigirá uma estrutura administrativa eficiente que possibilitará a elaboração de relatórios gerenciais, a manutenção de um eficiente (possibilitando uma gestão da informação a contento), a distribuição de tarefas de acordo com o perfil técnico e a estruturação de manuais e normas de procedimentos, nos quais constem todas as atividades, forma de execução, instrumentos gerenciais, padronização de formulários, normas administrativas, com a explicitação de toda funcionalidade do serviço.

São funções administrativas:

- Elaborar o Plano Estratégico;
- Implantar, Avaliar e Controlar os Projetos do Plano Estratégico;
- Acompanhar, Avaliar e Controlar os Resultados do Plano Estratégico;
- Realizar Movimentação de Pessoal;
- Capacitar Pessoal;
- Processar Folha de Pagamento;
- Elaborar Escalas de Pessoal;
- Gerenciar Rede Interna;
- Administrar Banco de Dados da Instituição;
- Desenvolver Sistemas de Informação;
- Prestar Serviços de Assistência ao Usuário;
- Adquirir Bens;
- Contratar Serviços;
- Administrar Contratos;
- Realizar planejamento orçamentário;
- Realizar programação orçamentária;
- Controlar execução orçamentária;
- Gerir Despesas;
- Controlar receitas transferidas;
- Conciliar movimentação financeira;

- Administrar contas médicas;
- Processar faturamento;
- Elaborar e acompanhar a programação financeira;
- Efetuar registros contábeis, e
- Realizar fechamento contábil.

Descritivo - Para determinação das atividades, atribuições e funções das Unidades, foram identificadas as propriedades e definidos os seguintes aspectos da Estrutura Orgânica:

- Finalidade
- Organização
- Atribuições Gerais, e
- Perfil do Cargo.

1 – DIRETORIA GERAL

Finalidade

A Diretoria Geral é o órgão executivo responsável pela orientação, coordenação e direção de todas as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras do Unidade de Pronto Atendimento Municipal PAM BARRETO – 24h, no sentido de lograr os objetivos estabelecidos.

A Diretoria Geral atua de acordo com as políticas, a legislação vigente e os padrões profissionais.

Organização

A Diretoria Geral apresenta-se subordinada diretamente MATRIZ e subordinadas à Diretoria Geral encontram-se as seguintes unidades:

- Comissões Permanentes;
 - Coordenações;
 - Diretoria Técnica;
- SADAT;
- Diretoria Assistencial;
 - Diretoria Administrativa Financeira;
- Coordenação Apoio Técnico.

Atribuições Gerais

À Diretoria Geral compete:

- Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras da Unidade de Pronto Atendimento Municipal PAM BARRETO – 24h.
- Zelar pela observância dos princípios éticos profissionais das atividades desenvolvidas sob sua orientação;
- Constituir Comissões Permanentes e Transitórias para estudo de problemas médicos, técnicos e administrativos;
- Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas e receitas, e

investimentos no Hospital, e apresentar ao Comitê de Gestão para aprovação, bem como controlar a execução do orçamento aprovado;

- Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;
- Elaborar programas de conferências e cursos, visando o aperfeiçoamento técnico-científico das atividades médicas, técnicas e administrativas;
- Firmar contratos e convênios com prestadores de serviços com terceiros;
- Desenvolver programas de esclarecimento ao público sobre as funções e orientação dos funcionários/servidores em suas relações com o público;
- Difundir as atividades médico-científicas da Unidade, e apresentar periodicamente ao Comitê de Gestão os relatórios sobre o desenvolvimento das atividades médicas, técnicas e administrativas do hospital e de suas necessidades.

- **PERFIL DO CARGO DE DIREÇÃO GERAL**

- Profissional com nível universitário, com pós-graduação em administração hospitalar;
- Conhecimentos da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação da Unidade de Pronto Atendimento Municipal PAM BARRETO – 24h, e experiência em cargos de responsabilidade de administração em Organizações de Saúde.

31.3 ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE FINANCEIRA

O setor Financeiro tem por finalidade a organização de todo movimento numerário, e prestar as informações necessárias à Administração da Unidade.

Acompanhar a evolução Financeira da Unidade, com vista a espelhar as movimentações diárias, por meios de recebimento e pagamento, demonstrando eficientemente e transparentemente a disponibilidade imediata dos recursos.

- **FLUXO DE CAIXA**

Objetivo: Avaliação das receitas e despesas incorridas dentro do mês visando análise sintética e analítica conforme plano contábil.

DESCRIÇÃO

Após encerramento do mês anterior até o 5º dia útil do mês posterior, feitos os ajustes do plano contábil através da Controladoria - Custos que sinaliza as correções e feitas todas as conciliações bancárias, nos setores de: contas a pagar e a receber – relatórios gerenciais - fluxo de caixa gerencial - mensal - competência mês / ano.

Feitas as análises no fluxo, o mesmo servirá base para fluxo de caixa a ser encaminhado para a Diretoria Geral com respectivos saldos bancários, que posteriormente seguirão ao Setor de Planejamento e Orçamento.

Após validação da parte da Diretoria e do Setor de Planejamento e Orçamento disponibilizará para a prestação de contas aos órgãos competentes.

O Setor Financeiro encaminha também uma via ao Setor de Qualidade o mesmo fluxo, porém o sintético para que seja afixado no painel informativo.

- **CONCILIAÇÃO BANCÁRIA**

Objetivo: O objetivo da conciliação bancária é verificação dos extratos bancários com o com os pagamentos realizados.

Responsabilidades:

A responsabilidade é do setor financeiro, que faz a verificação confrontando os extratos, para saber se os lançamentos estão corretos. Os cheques que serão compensados o próprio sistema fornece, para sabermos a disponibilidade das contas.

Definições

IOF – Imposto s/operações financeiras

TAR CH VALOR SUP – tarifa cheque de valor superior a R\$5000,00

TAR DOC
SISPAG – tarifa doc por sispag

DEPOSITO CHEQUE – deposito cheque

JUROS – Juros bancários

SISPAG FORNECEDORES – Sistema de Pagamentos Fornecedores

SISPAG SALÁRIOS – Sistema de Pagamentos Salários

SISPAG TRIBUTOS - Sistema para pagamentos Tributos

EXTRATO –
Tarifa extrato

FIEA - Integração Eletrônica de Arquivos

Descrição

É sempre a verificação dos lançamentos bancários se estão de acordo com os lançamentos realizados no caixa.

Se existem cheques a serem compensados, sispag salários, sispag fornecedores, Sispagtributos, tarifas bancárias.

O sistema FIEA envia ao Banco os lotes de pagamento através da remessa de arquivos. No dia seguinte acessar o site do banco e receber o arquivo retorno e enviar para o FIEA, que faz a conciliação eletronicamente.

É feito uma planilha com as posições dos saldos bancários das contas conforme os extratos para acompanhamento do fluxo de caixa

31.4 RECEBIMENTO DAS NOTAS: MATERIAIS, SERVIÇOS, RECEBIMENTO RELATÓRIO SALÁRIOS, FÉRIAS E PROVIDENCIAR PAGAMENTOS.

Objetivo: Organizar os pagamentos em dia para que se possa fazer provisões de pagamentos futuros, e efetuar os pagamentos em dia conforme data de vencimento.

Responsabilidade

Serviço de Tesouraria - Receber as Notas Fiscais (Almoxarifado, Analista Financeiro ou Auxiliar Operacional)

Definições

SISPAG SALÁRIOS – Sistema de Pagamento Salários

SISPAG FORNECEDORES - Sistema de Pagamento de

Fornecedores SISPAG TRIBUTOS - Sistema de Pagamento

de Tributos (GPS, FGTS, ISS) TED – Transferência Eletrônica

Disponível

DOC – Documento de Crédito

GRFC – Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS e da

Contribuição Social GPS – Guia de Previdência Social

FGTS – Fundo de Garantia por

Tempo de Serviço. RPA – recibo de

Pagamento a Autônomo

FIEA – Integração Eletrônica de Arquivos.

Descrição



Notas Fiscais (originais) de Medicamentos e Materiais sempre acompanhados da ordem de compra (original) assinados pelo almoxarifado, farmácia, manutenção sempre acompanhadas de relatório das notas enviadas ao Financeiro com livro de protocolo Notas Fiscais de Serviços (originais) equipamentos e manutenção também com ordem de compra original assinadas pela diretoria.

Notas Fiscais das Equipes Médicas (originais) assinadas pelo coordenador da equipe e também pelo emitente assinando e carimbando a declaração da dispensa do recolhimento do GPS e todo detalhamento de horas feito pela Coordenação médica.

GPS - Prazo de entrega é 3º dia encerramento da quinzena Notas Fiscais de Prestação de Serviços (Contratos) deverá ser entregue pelas áreas até o 3º dia mês subsequente estas são recebidas e passadas para Contratos e depois retornam para o Financeiro.

- Prazo entregas das Notas Fiscais cuja competência do mês anterior até o 3º dia mês subsequente.
- Prazo entregas das Notas Fiscais Serviços médicos até o dia 12 do mês subsequente.
- Prazo de entrega das Notas Fiscais até 07 dias antes do vencimento.
- Lembrar aos gestores que deverão ficar atentos para os casos onde há retenção de impostos.
- Os relatórios para pagamentos do departamento de pessoal são:
- Relatório de pagamentos de adiantamento salariais, salários, férias, 13º salário, encargos, ticket alimentação, ticket refeição e assistência médica (se houver).
- Todas as Notas Fiscais são lançadas no sistema e arquivadas por ordem de vencimento.
- Verificar os saldos bancários para providenciar os pagamentos, tanto por SISPAG, cheque, Sistema de Pagamento de Folha



Salários, férias.

- O departamento de pessoal envia para o banco os valores e contas dos funcionários através do SISPAG.
- Encaminhar para financeiro a via assinada, para verificação quando do recebimento do retorno para conferência dos valores, total geral, número de lotes e quantidade de pagamentos, depois encaminhar para diretoria autorizar (sempre com duas autorizações)
- Pagamento de rescisões e GRFC
- Pagamentos também de rescisões são feitas através de sistema.
- Pagamentos de Ticket Alimentação e assistência médica, o departamento de pessoal deve encaminhar com o respectivo rateio e segue a forma normal.
- Enviar os arquivos através do sistema ao Banco, verificar retorno após 2 (duas) horas do envio e passa para a Diretoria autorizar sempre com dois autorizadores.

31.5 RECOLHIMENTO DOS IMPOSTOS

Objetivo: Os recolhimentos dos impostos são: Imposto de Renda Pessoa Física e Jurídica e Impostos municipais e Federais.

Responsabilidades:

Analista Financeiro: Relatório do Sistema Impostos por Empresa IR s/ Pessoa Jurídica, Pessoa Física, PIS s/ folha.

Supervisor Financeiro: ISS - Relatório das Notas Eletrônicas e verificação do relatório enviado para Sede

Definições

PIS – Programa de Integração Social

COFINS Contribuição p/Financiamento da
Seguridade Social CSLL Contribuição Sobre
Lucro Líquido.

ISS Imposto s/Serviço

DARF Documento de Arrecadação Federal / DARM Documento de
Arrecadação Municipal IRRF-PJ Imposto de Renda Retido na Fonte Pessoa
Jurídica

IRRF-PF Imposto de Renda Retido na Fonte
Pessoa Física Documento de Arrecadação
Municipal

DES Declaração Eletrônica Serviços

FGTS Fundo de garantia por Tempo de Serviço / GRFS Guia de
Recolhimento para Fins Rescisórios

Descrição

Há separação dos pagamentos feitos onde tira-se o relatório por Empresa do
Sistema:

- IRRF-PJ – pagamentos efetuados durante o mês recolhimento no dia 20 do mês seguinte (se cair no sábado, domingo ou feriado antecipa) .
- IRRF-PF – pagamentos efetuados durante o mês recolhimento no dia 20 do mês seguinte (se cair no sábado, domingo ou feriado antecipa).
- Este relatório das IRRF-PF deverá ser enviado pelo Depto. Pessoal tanto da Folha de salários e férias como prestadores autônomos (encaminha para Financeiro).

Pis sobre folha de pagamento - recolhimento todo dia 25 (se cair sábado, domingo ou feriado antecipado)



-
- Pis, Cofins e Csll – pagamentos efetuados na 1ª quinzena mês atual recolhimento deverá ocorrer até dia 30 de cada mês se houver feriado ou finais semana antecipa
 - Pis, Cofins e Csll – pagamentos efetuados na 2ª quinzena recolhimento deverá ocorrer no dia 15 do mês seguinte
 - ISS – Financeiro envia para contabilidade um relatório de todas as notas da competência do mês onde consta o ISS emitidas não eletronicamente.
 - A contabilidade preenche a DES e apura e confecção do Documento de Arrecadação Municipal, cujo vencimento sempre ocorre no dia 10.
 - ISS – responsabilidade do Supervisor Financeiro/ Analista Financeiro junto a Prefeitura, o Financeiro verifica junto a Prefeitura as notas emitidas eletronicamente, confere e efetua o pagamento sempre dia 10.
 - INSS dos prestadores serviços, como Folha de Pagamento dos funcionários (enviada pelo Departamento de Pessoal), competência do mês anterior recolhimento sempre no dia 20 domês seguinte (se cair sábado, domingo ou feriado antecipa) - INSS s/ folha e Autônomos – responsabilidade do Departamento Pessoal
 - Prestadores de Serviços - responsabilidade do Analista Financeiro e Supervisão Financeira.
 - FGTS - responsabilidade do Departamento Pessoal que encaminha ao Financeiro para o respectivo pagamento, o recolhimento sobre a folha é sempre dia 07 se for final de semana antecipa.
 - GRFS - responsabilidade do Departamento Pessoal que encaminha ao Financeiro, o recolhimento deverá ocorrer sempre com desligamento do funcionário no momento da rescisão contratual.

31.6 DOCUMENTAÇÃO CONTABILIDADE

Responsabilidades:

Contabilidade Contador

Descrição

Fazer um protocolo com todos os documentos, cópias de cheques, títulos (originais), notas fiscais originais, pagamentos de salários, pagamentos de fornecedores, fundo fixo, encargos.

Depois de contabilizados os documentos, a contabilidade encerra o mês nos enviando Balancete, relatório administrativo das atividades econômicas, razão das contas de adiantamento, impostos.

A Contabilidade encaminha também o Doar (documento de Origem e Aplicação de Recursos), onde o Financeiro completa com número de funcionários Administrativos, Técnicos (fornecidos pelo Departamento Pessoal e Terceiros (fornecido pelo Serviço de Prontuário de Paciente).

Contrato de Gestão, número, data validade e também os respectivos TA (termos aditivos)os quais são fornecidos pela Controladoria.

31.7 CUSTOS INDIVIDUALIZADOS POR CENTRO DE CUSTO

Objetivo: O relatório de Custo Individualizado Setorial tem como objetivo manter a Instituição e seus setores informados, fazendo o apontamento de oscilações de aumento ou diminuição de custos, bem como o acompanhamento do orçamento setorial da instituição.

Responsabilidade

É de responsabilidade do Setor de Controladoria a gestão do processo, e das áreas envolvidas a digitação de dados no Sistema de Gestão de Custos, e a

entrega dos Relatórios de Coleta de Custos.

As principais áreas responsáveis pela entrega de Relatórios de Coleta de Custos são: Banco de Sangue, Administração de Diagnóstico de Imagens, C.M.E., Financeiro, Manutenção, Recepção, S.C.I.H., Hotelaria e Apoio, Serviço Social, Supervisão de Enfermagem, Psicologia, Compras, Gestão de Recursos Humanos, Treinamento, S.P.P., S.A.U., U.N.D. e Ambulatório.

Definições

C.M.E - Central de Material Esterilizado

S.C.I.H. - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

U.N.D - Unidade de Nutrição Dietética

S.P.P - Serviço de Prontuário do Paciente

S.A.U - Serviço de Atendimento ao Usuário

Descrição

Para gerar o Relatório de Custo Individualizado Setorial é necessária a entrega dos Relatórios de Coleta de Custos e posterior Digitação no Sistema de Gestão de Custos, bem como a digitação realizada pelas áreas diretamente no Sistema de Gestão de Custos.

RELATÓRIOS DE COLETAS DE CUSTOS

Para gestão do processo são necessários os dados como: produção, despesas ou horas trabalhadas, que são enviadas através dos Relatórios de Coleta de Custos. É necessária também a consolidação contábil mensal dos itens/ valores de estoque, bem como a consolidação contábil financeira.

Os Relatórios de Coleta de Custos deverão ser entregues até o 5º dia útil de cada mês.

Caso não seja entregue é realizada uma negociação entre as áreas envolvidas.

425

Após o recebimento são verificados os dados para que não aconteçam possíveis erros na transmissão dos mesmos. Se o relatório estiver incorreto é devolvido para o setor responsável.

Depois de analisados, os dados são digitados nos Sistemas de Gestão de Custos.

Paralelamente as áreas envolvidas digitam os dados Contábeis diretamente no Sistema de Gestão de Custos e são importados alguns dados financeiros e contábeis do sistema de gestão.

Digitados e importados todos os dados necessários no Sistema de Gestão de Custos, é realizada a consolidação mensal.

Através do fechamento são gerados os Relatórios Composição e Evolução de Custos conforme apresentado e o Relatório de Custo Total e Unitário dos Serviços (C/S Mat/Med.), para a conferência se todos os dados foram digitados corretamente e se o valor final está correto.

Se todos os dados estiverem corretos é gerado e analisado o Relatório Individualizado por Centro de Custo no sistema. Caso não estejam corretos são verificados os lançamentos efetuados e corrigidos se necessário. Posteriormente se estiver correto o relatório é salvo.

Com base nos dados dos Relatórios Individualizados, é gerado no sistema orçamentário o relatório de orçado e realizado por setor, onde o gestor mensalmente deverá justificar os custos excedentes dentro de uma margem de 5%.

Se algum dado estiver incorreto ou precisar ser ajustado, o mesmo é realizado dentro da competência do mês.

32. MANUTENÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

Objetivo A Manutenção do Contrato de Gestão tem como objetivo manter informada ao órgão competente, em relação ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estipuladas no Contrato de Gestão. Essas metas são

informadas através do Relatório de Atividade Assistencial, Indicador de Qualidade, Relatórios da Parte Variável/ Complementares, Demonstrativo Contábil e Relatório de Custo por Especialidade.

Responsabilidade

É de responsabilidade do Setor de Controladoria a gestão do processo e das áreas envolvidas a entrega dos dados necessários para posterior digitação.

32.1 RELATÓRIOS CONTRATUAIS

32.1.1 NÚCLEO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE

Para garantir a eficácia da manutenção do contrato de gestão, quinzenalmente os dados de produção (parte quantitativa do contrato de gestão) são acompanhados pelo grupo multidisciplinar NIS.

Nas reuniões são acompanhadas as produções, bem como realizadas ações de gestão, sinalizando melhorias e alternativas.

Após consolidação dos dados, os mesmos são informados ao grupo após consolidação mensal uma via destes dados é encaminhada até o dia 20 para Superintendência, juntamente com o número de partos e coeficiente de funcionários por leito.

Posteriormente as informações do NIS, são encaminhadas para os órgãos competentes, conforme disposto nos itens Atividade Assistencial e Indicador de Qualidade deste procedimento.

▪ ATIVIDADE ASSISTENCIAL

O órgão competente estipula o prazo para entrega do Relatório de Atividade Assistencial.

Os setores envolvidos deverão entregar ao Setor de Controladoria os dados

informativos até o 5º dia útil de cada mês para posteriormente serem digitados.

Os dados são analisados e validados pela Diretoria Técnica, e posteriormente são informados para aos órgãos competentes.

Os dados digitados na geram um relatório que será impresso e arquivado mensalmente na pasta Contrato de Gestão – Atividade Assistencial, como confirmação de recebimento de dados.

▪ **INDICADOR DE QUALIDADE**

Os setores envolvidos deverão entregar ao Setor de Controladoria os dados informativos até o 5º dia útil de cada mês para posteriormente serem digitados.

Os dados devem ser digitados na web, até dia 15 de cada mês, no item Indicador de Qualidade não podendo ocorrer atrasos e nem ausência de dados no dia estipulado.

Os dados são analisados e validados pela Diretoria Técnica, e posteriormente são informados para os órgãos competentes.

Os dados geram um relatório que será impresso e arquivado mensalmente na pasta Contrato de Gestão – Indicador de Qualidade, como confirmação de recebimento de dados.

• **DEMONSTRATIVO CONTÁBIL**

Os dados informativos quanto à movimentação financeira são entregues mensalmente pela contabilidade, no Relatório de Atividades Econômicas, sendo este consolidado pelo setor de Controladoria.

Os dados devem ser digitados, até a data estabelecida de cada mês, no item Demonstrativo Contábil, não podendo ocorrer atrasos e nem ausência de dados no dia estipulado.

Os dados geram um relatório que será impresso e arquivado mensalmente na pasta Contrato de Gestão - Demonstrativo Contábil, como confirmação de recebimento de dados.

Após consolidação dos dados, uma via do arquivo é encaminhada até o dia 20 para a Superintendência, e outra via é enviado por e-mail aos órgãos competentes.

32.1.3. RELATÓRIOS COMPLEMENTARES E PARTE VARIÁVEL

Algumas informações gerenciais são enviadas mensalmente e trimestralmente por e-mail para o órgão competente. Sendo as informações: Taxa de Mortalidade, Censo de Origem, Dados Complementares da unidade, Taxa de IAM – Infarto, Agudo do Miocárdio, Análise de Saídas por tempo de Permanência, Taxa de Infecção Hospitalar, Controle de Qualidade em Patologia Clínica, Relatório de Entrevistas/Comunicações Espontâneas e Taxa de Cesáreas em Primíparas. É de responsabilidade dos gestores dos setores o envio direto das informações, porém como forma de controle de envio destes arquivos, é enviada uma cópia destes dados ao setor de Controladoria, cujo mesmo é impresso e arquivado na pasta Contrato de Gestão – Parte Variável.

CUSTOS POR ESPECIALIDADE

Após fechamento do mês no Sistema de Custos, são digitados no sistema Custos por Especialidades o total de exames separados por clínica.

É realizada a consolidação do mês no Sistema Custos por Especialidade.

Após o fechamento são gerados e visualizados no Sistema os relatórios de Composição e Evolução dos Custos, Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços, Centro de Custos por Ordem de Relevância, Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços Auxiliares e Custos com Manutenção.

Os relatórios descritos acima são salvos na pasta Custo Trimestral.

32.1.4 ORÇAMENTO ANUAL PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Objetivo

A elaboração do Orçamento Anual para o órgão contratante, tem como objetivo garantir as necessidades para o ano subsequente, projetando despesas, receitas e investimentos, visando atender as metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no contrato de gestão; sem a necessidade de valores complementares e excedentes.

O Setor de Controladoria tem como principais atividades

Analisar o Orçamento anterior referente às metas de Atendimento Ambulatorial, Internações, Urgências e SADT, fazendo qualquer alteração que for necessária. Analisar o Orçamento anterior referente à Movimentação Financeira, calculando o percentual de reajuste que deverá ser aplicado, tanto maior ou menor comparando o orçado e o realizado do ano anterior e comparando também os Índices do Mercado Financeiro.

Após conclusão do orçamento, o setor de Controladoria deve apresentá-lo a Coordenação Administrativa e Financeira e Diretoria Administrativa para análise e aprovação, se não for aprovado o orçamento deverá ser refeito; se aprovado pela Diretoria Administrativa, o orçamento é digitado para aprovação pela Secretaria Municipal da Saúde, que poderá aprová-lo ou não.

Após a definição do orçamento aprovado, uma cópia do Orçamento é mantido na Secretaria Municipal da Saúde para elaboração do Contrato de Gestão (Termo Aditivo), uma via é mantido no planejamento/orçamento e outra via é encaminhada para a Superintendência (em formulário específico).

33. ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS E COMPRAS.

- Elabora o plano de compras utilizando a curva ABC;
- Planejamento das compras programadas no ano (compra para três meses com entregamensal para itens da curva BC e quinzenal para itens da curva A);
- Controla e gerencia o cadastro de itens no sistema;
- Acompanha os preços com o mercado interno Brasileiro por região;
- Avalia os indicadores de estoque;
- Analisa as quantidades e valores dos pedidos colocados x orçamento disponível;
- Analisa o custo de novas aquisições;
- Analisa comercialmente novos fornecedores;
- Desenvolve novas alternativas comerciais e de uso dos produtos e serviços para o hospital.

Fluxo de Aquisição

Objetivo - Descrever a metodologia de aquisição, a fim de assegurar que os mesmos estejam em conformidade com os requisitos específicos.

Descrição

Identificar a Necessidade de Aquisição - Gestores dos processos

Padronizado: os gestores do Almoxarifado e Farmácia avaliam a necessidade de aquisição em função do consumo médio, saldo em estoque ou ponto de pedido e emitem o pedido de Compras no sistema de gestão, Suprimentos realiza a

avaliação orçamentária e libera ao setor de compras para cotar e negociar.

Não padronizado: os gestores emitem o pedido de Compras, solicitam aprovação da Diretoria e encaminham a mesma aprovada ao setor compras.

Receber a Solicitação de Compras - Auxiliares e compradores:

Padronizado: O pedido é recebido via sistema informatizado e nesse caso não requer verificação da especificação, pois o sistema já possui esses dados cadastrados.

Não padronizado: Verificar se os dados estão corretos: descrição do item, centro de custo e aprovação da Gerência da área, em caso negativo, devolver ao solicitante para ajustes.

Verificar ainda, se requer especificação técnica, e em caso positivo entrar em contato com o setor responsável para definição ou revisão da especificação.

- Realizar cotações de Compras – Compradores

Para os itens de consumo, lançar no portal eletrônico de compras para que o mercado possa cotar. Tendo a data e horário pré-determinado para fechamento. Resgatar do portal eletrônico de compras, a cotação, negociar e despachar com o gestor de compras para análise.

Passo a Passo:

1. Receber o pedido de compra via sistema;
2. Fazer integração do sistema com o portal de compras;
3. Determinar tempo de cotação via plataforma;
4. Analisar os custos dos produtos;
5. Selecionar os produtos e disparar pedido aos fornecedores ganhadores;
6. Fazer integração do sistema com o portal de compras (download).

- Regras para cotação:

Itens de consumo com valor global da compra até de 1.000,00 no mínimo duas

cotações Itens de consumo com valor global da compra acima de 1.000,00 no mínimo três cotações

Nota: Quando o fornecedor for único no mercado, não são necessárias três cotações, o processo deverá ter carta de justificativa técnica ou carta de exclusividade.

Nota: Fornecedores que tenham contrato de distribuição de produtos são necessários que no momento do pedido, sejam verificados os valores acordados e formalizados através de contrato de fornecimento ou acordo comercial.

Nota: Para urgências, será necessária uma justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

- Analisar cotações – Compradores e Gerente

Padronizado: lançar os dados no sistema para análise de valores e definição da compra.

Não padronizado: lançar os dados no quadro de Cotação para análise de valores e definição da compra

Definir a Compra - Gerente de Compras e Suprimentos

A aquisição deverá ser realizada de fornecedor homologado.

Nota: O fornecedor tem que estar aprovado pela Comissão de Homologação de fornecedores.

- Emitir a Ordem de Compras – Compradores

Emissão da Ordem de Compra de acordo com a análise do quadro de cotação, anexar e encaminhar para aprovação da Gerência e Diretoria.

- Confirmar a Ordem de Compras com fornecedor – Compradores

Aguardar aprovação da Diretoria para formalização do pedido em caso de produto não padronizado e equipamentos. Produtos padronizados podem ser confirmados de acordo com solicitação dos estoques.

- Encaminhar Ordem de Compras ao setor responsável pelo recebimento - Auxiliares ou Compradores

Todas as Ordens de Compras (OC's) encaminhadas para o almoxarifado são

protocoladas, serão conferidas com a nota fiscal no momento do recebimento.

- Arquivar as Ordens de Compras - Auxiliares

As OC's são arquivadas em seus respectivos processos por número sequencial e durante 5 anos.

- Follow-Up – Compradores

O Follow-Up é feito de modo preventivo para acompanhar se os fornecedores estarão entregando os produtos nos prazos acordados no momento da venda.

Para analisar qual o status de entrega dos fornecedores é emitido um relatório de acompanhamento das datas de entrega.

Quando o fornecedor não garante a entrega do pedido, o responsável pelo follow-up comunica comprador para cancelamento e recompra. Após este processo, lançar as informações no relatório de compras.

- Homologação e Acompanhamento do Desempenho de Fornecedores de Produtos e Serviços

Objetivo - Descrever o procedimento utilizado para selecionar, autorizar, homologar os fornecedores de produtos que tenham impacto direto no atendimento ao paciente e prestadores de serviço. Descrever a avaliação dos fornecedores de produtos com impacto direto no paciente.

Definições

Autorizados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que esporadicamente forneçam para a instituição ou fornecedores e prestadores que suas atividades não tenham impacto diretamente no atendimento ao paciente.

Homologados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que tenham impacto direto no atendimento ao paciente.

Ex.: Fornecedores de Dietas Enterais, Material Médico Hospitalar,

Medicamentos, Medicamentos Manipulados e Equipamentos. Fornecedores homologados serão avaliados periodicamente.

Descrição

Homologar ou Autorizar fornecedor de produtos ou prestador de serviço - Gestor Contratante e Departamento de Compras:

- Quando houver a necessidade de contratar/comprar de um fornecedor ou prestador de serviço por Ordem de Compra, compras consulta a tabela de em que constam os fornecedores aprovados e reprovados pela comissão.
 - Caso o gestor contratante verifique a necessidade, de alterar alguns dos critérios ou incluir, negocia a alteração com a comissão de acordo com critérios.
 - O formulário Seleção de Fornecedores deverá ser preenchido para todos os fornecedores homologados e arquivados junto com as outras documentações.
- Avaliar desempenho dos Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao Paciente - Gestor de Suprimentos (Compras)

Mensalmente o gestor de suprimentos realiza análise do desempenho do fornecedor através de relatório emitido pelo Sistema “Curva do Fornecedor”. O fornecedor que estiver abaixo do critério de aceitação conforme critério abaixo, o Gestor emitirá o gráfico, e arquivará na pasta.

Caso esteja acima do critério de aceitação abre NCR, de acordo com o procedimento “Tratamento de não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhorias”.

Quando identificados problemas técnicos com os materiais durante a utilização, o Gestor de Suprimentos (Compras) é comunicado pelo gestor do processo via NCR ou e-mail. Neste caso Gestor de Suprimentos (Compras) abre NCR de acordo com o procedimento já relatado anteriormente.

Critério de aceitação de desempenho:

Descrição	Faixa de Valores
Bom	0 à 4
Em Análise	5 à 10
Crítico	11 à 17

As avaliações são realizadas nos seguintes grupos:

- Materiais Médicos Hospitalares,
- Medicamentos,
- Medicamento Manipulado e Dietas Enterais.

Reprovar os Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao paciente –Gestor de Suprimentos (Compras)

Não havendo uma melhora após o prazo das ações propostas na NCR o fornecedor é reprovado, ficando fora do processo no período de 90 dias, aguardando nova homologação.

Quando recebida notificação da vigilância sanitária sobre determinado produto ou marca de produto, bloquear a aquisição do mesmo no sistema imediatamente.

Nota: Quando compras receber solicitações de Material e Medicamento e no resultado das cotações apenas a empresa que estiver reprovada, for a ganhadora, por ser a única que forneceo produto. A decisão de compra será compartilhada entre a comissão e a diretoria.

Compras de Urgência

Objetivo -Descrever a metodologia para compras de urgência, a fim de assegurar que mesmo esteja em conformidade com os requisitos específicos.

Descrição

- Compras de Urgência - Gestor de Compras:

Padronizados - o gestor de Suprimentos e Manutenção avaliam a necessidade de aquisição, caso precisem adquirir produtos em critério de urgência, emitem uma Solicitação de Compra no Sistema Informatizado.

Não Padronizados - o gestor da área avalia a necessidade da aquisição e encaminha o formulário preenchido, e validado pela Gerência da área.

Em caso de Material de Enfermagem ou Medicamento Não Padronizados para uso em paciente específico deverá ser preenchido formulário e encaminhado para Farmácia/ Almojarifado. Após autorização esses formulários deverão ser encaminhados para o Departamento de Compras. Nota: os motivos para compra de urgência deverão ser descritos por carta justificativa e autorizada pela gerência. Nota: os formulários devem ser impressos, pois não serão recebidos formulários que não estejam no controle de documento.

- Receber a Solicitação de Compras – Compradores

As Compras de Urgências são priorizadas pelos compradores, para não termos interrupções no atendimento ao paciente.

É considerado urgência de itens padronizados, todos os produtos que forem solicitados fora do cronograma de Compras ou com prazo de entrega menor que 5 dias, essa análise é realizada também pelo comprador.

- Realização da Compra – Compradores

De acordo com o prazo estabelecido para entrega da Urgência o item poderá ser inserido na plataforma eletrônica de compras para realização das cotações.

Caso a entrega seja para o mesmo dia, o comprador irá fazer a pesquisa de preço por telefone com os fornecedores que possuem logística de entrega imediata em caráter de urgência.

Nota: Compra de Material ou Medicamento via formulário, será realizada a cotação por telefone e anotado no formulário para que seja autorizado por duas pessoas da Comissão de Suprimentos ou pela Diretoria. Essa compra só será finalizada após essas autorizações.

33.1 CONTROLE DE ESTOQUE

Poderá utilizar-se de várias formas de controle, como o Sistema Informatizado ou manual (fichas de controle de estoques), formulários para registro das informações, inventário, relatórios de acompanhamento, entre outros.

Controle por Sistema Informatizado: para a implementação de um Sistema Informatizado serão necessários a organização do serviço, o registro eficiente das informações, o conhecimento das necessidades de informações a serem trabalhadas, a identificação dos tipos de relatórios utilizados, entre outros.

O sistema informatizado só agilizará o processo. Se não existir um controle eficiente, esse sistema não irá solucionar os problemas, pelo contrário, poderá aumentá-los.

Controle manual/Ficha de Controle de Estoque: se o controle é feito manualmente deverão ser utilizadas fichas de controle de estoque, instrumento de controle simples e eficiente, quando não se conta com um Sistema Informatizado.

Os principais dados que deverão constar em uma Ficha de Controle de Estoque são:

- (i) identificação do produto: especificação (nome, forma farmacêutica, concentração e apresentação) e o código do medicamento;
- (ii) dados da movimentação do produto: quantidade (recebida e distribuída), dados do fornecedor e requisitante (procedência/destinatário e número do documento), lote, validade, preço unitário e total;

dados do produto: consumo mensal, estoque máximo e mínimo e ponto de reposição.

No que se refere à organização das Fichas de Controle ressalta-se que deverão ser organizadas em ordem alfabética (pelo nome genérico), numeradas e datadas e, ao término de cada mês, somar-se-ão as entradas e saídas, confrontando os estoques físicos com as fichas, corrigindo as distorções e atualizando-as.

1. INVENTÁRIO

Inventário será a contagem física dos estoques, objetivando verificar se a quantidade de medicamentos estocada está em conformidade com a quantidade registrada nas Fichas de Controle ou no Sistema Informatizado.

2. OBJETIVOS

- Permitir identificar divergências entre os registros e o estoque físico;
- Possibilitar avaliar o valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete, no encerramento do exercício fiscal.

3. PERIODICIDADE

- Diariamente, de forma aleatória, como forma de monitoramento dos produtos, especialmente em determinados grupos de medicamentos: de controle especial, dispensação excepcional, alto custo e os de maior rotatividade;
- Semanal, pela contagem por amostragem seletiva de 10 a 20% dos estoques;
- Trimestral ou semestral;
- Anual, obrigatoriamente, ao fim do ano-exercício para atualização dos



estoques e prestação de contas;

- Por ocasião do início de uma nova atividade, função, término do Contrato de Gestão, encerramento do ano em exercício, após período de afastamento, férias, entre outras condições.

3.1 TIPOS DE INVENTÁRIO

- Geral: realizado anualmente, com fins contábeis e legais para incorporação dos seus valores ao balanço ativo da instituição e para a programação orçamentária do próximo exercício;
- Periódico: realizado em intervalos de tempo (mensal, bimensal, trimestral, semestral);
- Permanente ou contínuo: realiza-se sem intervalo de tempo, sempre após a entrada e saída de produtos, o que permitirá eliminar, prontamente, as falhas e causas PROCEDIMENTOS;
 - Elaborar instrumento-padrão (formulário), com as especificações de todos os produtos, lote, validade, quantidades previstas, quantidades em estoque, diferenças (para mais e para menos) e percentual de erros;
 - Designar responsáveis para a contagem;
 - Proceder à arrumação física dos produtos para agilizar a contagem;
 - Retirar da prateleira os produtos vencidos ou prestes a vencer, bem como os deteriorados e dar baixa nos estoques;
 - Comunicar, por escrito, às Unidades de Saúde a data de início e finalização do inventário;
 - Atender a todos os pedidos pendentes, antes do início do inventário;
 - Revisar as fichas de controle (somando entradas e saídas);



-
- Realizar a contagem: cada item do estoque deverá ser contado duas vezes. A segunda contagem deverá ser feita por uma equipe revisora. No caso de divergência de contagem, efetuar uma terceira contagem;
 - Confrontar os estoques das fichas com o estoque físico;
 - Atualizar os registros dos estoques, fazendo os ajustes necessários;
 - Elaborar o relatório e encaminhar cópias às áreas competentes.

4. DOCUMENTAÇÃO E ARQUIVO

O controle da documentação e arquivo será imprescindível ao serviço para acompanhamento do registro das informações e avaliação do processo.

Arquivo: arquivar consistirá em classificar, guardar e conservar, ordenadamente e de forma segura, toda a documentação utilizada. Quanto maior a diversidade do serviço e atividades desenvolvidas, maior a necessidade de registros das informações.

Como arquivar: existem diversas formas e métodos – ordem numérica crescente da documentação (mês a mês), ordem alfabética, ordem cronológica ou por requisitante, entre outros procedimentos:

- Designar responsável para organizar e controlar o arquivo;
- Não permitir que as pessoas utilizem ou retirem documentos do arquivo sem autorização (apenas o responsável pelo arquivo poderá retirar documentos);
- Em caso de necessidade, o solicitante deverá assinar um documento de requisição, datar, assinar e entregar ao responsável;
- Arquivar a cópia da solicitação junto ao documento consultado e/ou

retirado;

- Entregar sempre as cópias, nunca os originais;
- Fazer, periodicamente, revisão do arquivo da documentação do setor, principalmente documentos fiscais, verificando a ordenação, numeração dos documentos, rasuras, assinaturas, entre outros cuidados. Essa rotina poderá contribuir para que não ocorram problemas, quando da realização de auditorias.
- Eliminação de documentos: para eliminar documentos será preciso constituir uma equipe para avaliar sua importância como instrumento administrativo, valor e finalidade, definindo o que se deve preservar ou destruir. Após a eliminação, elaborar relatório, fundamentando as decisões, listar os documentos eliminados, datar e assinar. Toda essa rotina deverá estar fundamentada na legislação que regulamenta as atividades de arquivo.

34. DOS SERVIÇOS JURÍDICOS

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE , manterá para execução e acompanhamento de todas as exigências previstas no Contrato de Gestão, serviços de assessoria jurídica na área administrativa, pública, processual e trabalhista, que poderão ser próprios ou contratados através de escritório jurídico, com capacidade de suportar as operações, e que sejam previamente qualificados seguindo o Regulamento de Compras, Convênios e Contratação de Obras e Serviços.

35. DOS SERVIÇOS GERAIS DE APOIO À ADMINISTRAÇÃO, FINANCEIRO E GESTÃO

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, manterá, durante toda a execução do Contrato de Gestão, Serviços Gerais de Apoio a Administração, financeiro e Gestão, que serão próprios (corporativos) e terceirizados, com capacidade de prover apoio aos processos gerais na gestão das unidades de saúde:

- Gestão Geral do Contrato de Gestão;
- Serviços administrativos, financeiros e de controles operacionais;
- Serviços de controles financeiros e de pagamentos em geral;
- Serviços de prestações de contas assistenciais e financeiras diárias de acordo com os manuais do Estado;
- Arquivos documentais fiscais e seus controles;
- Geração de relatórios gerenciais assistenciais, financeiros e contábeis;
- Serviços de organização e controle dos indicadores assistenciais, bem como monitoramento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas;
- Entre outras rotinas administrativas.

36. DOS CONTROLES ADMINISTRATIVOS SOBRE OS SERVIÇOS DE TERCEIROS

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, manterá durante toda a execução do Contrato de Gestão, controle técnico e administrativo mensal sobre todos os eventuais prestadores de serviços que estejam alocados nas unidades de saúde, permitindo que haja condições efetivas de planejamento e prevenções, além do acompanhamento

gradativo dos resultados e melhorias alcançadas.

Obs: Todos os quantitativos de profissionais ou serviços alocados para a execução das atividades serão descritas no dimensionamento de recursos humanos e descritivos de serviços de apoio a gestão no plano orçamentário.

37.NÚCLEO DE MANUTENÇÃO E SERVIÇOS GERAIS

Finalidade

O Núcleo de Manutenção e Serviços Gerais tem a finalidade de zelar pela total qualidade dos serviços assistenciais de suporte prestados para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, através do controle e gerenciamento da infra-estrutura física e recursos disponíveis, suprimindo assim, toda a demanda das áreas fins da Unidade.

Organização

A Núcleo de Manutenção e Serviços Gerais está diretamente subordinada a Coordenação do Serviço de Apoio, sendo subordinada à mesma as seguintes unidades:

- Manutenção;
- Lavanderia;
- Higienização, e
- Serviços Auxiliares.



Atribuições Gerais

Cabe à Núcleo de Manutenção e Serviços Gerais:

- Planejar, programar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas áreas de apoio logístico;
- Garantir a integridade da infra-estrutura da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, (predial, mecânica, hidráulica, eletrônica e elétrica);
- Garantir a qualidade do atendimento aos pacientes da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H por meio do correto e eficiente suporte logístico dos suprimentos utilizados no hospital (medicamentos, materiais médico-hospitalares, gêneros alimentícios materiais administrativos);
- Zelar pela segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição;
- Prover todos os subsídios para a eficiente operacionalização da Instituição;
- Gerir todos os recursos operacionais da Instituição, destacados os serviços de hotelaria.
- Estabelecer normas de controle e avaliação de utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades de apoio;
- Analisar sob o ponto de vista operacional, propostas para execução de serviços realizados por terceiros sob regime de contrato ou convênio;
- Estudar a implantação de novas técnicas nos trabalhos, visando a constante atualização dos serviços técnicos e operacionais aos



progressos técnicos- científicos, e

- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativa-Financeira, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades e necessidade, principalmente da capacidade de produção da Instituição frente a demanda da comunidade e diretrizes de órgãos superiores.

Perfil do Cargo de Coordenação

Por se tratar do planejamento e controle das atividades de suporte às atividades fins da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, e assim, assegurar um ótimo serviço de assistência médica prestado aos pacientes, a Núcleo de Manutenção e Serviços Gerais deve ser gerida de modo eficiente e eficaz, resultando em agilidade e nível de serviço adequado para a operacionalização da Unidade.

Sendo assim, sugere-se, preferencialmente, o seguinte perfil profissional para Chefia desta unidade:

- Profissional com nível superior, preferencialmente em Engenharia de Produção ou Administração, com especialização em Operações e Logística;
- Registro junto ao Conselho Regional da Classe;
- Preferencialmente com experiência na coordenação e administração de serviços em Instituições hospitalares;
- Capacidade de liderança e conhecimento das interfaces com as demais áreas da organização, e
- Conhecimento da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H.

37.1 NORMAS E ROTINAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E CORRETIVA

Finalidade

A Unidade de Manutenção tem a finalidade de prover a conservação e operação contínua da infra-estrutura da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, sendo a mesma representada pelas instalações elétricas, eletrônicas, mecânicas e hidráulicas. A disponibilização dos recursos existentes deve estar de acordo com as especificações técnicas para viabilizar a segurança, garantia e economia das atividades da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H.

Organização

A Unidade de Manutenção está diretamente subordinada à Núcleo de Manutenção e Serviços Gerais.

Atribuições Gerais

As atribuições da Unidade de Manutenção são as seguintes:

- Planejar e Coordenar todas as atividades das equipes de manutenção, garantindo a satisfação crescente das áreas requisitantes;
- Elaborar o Planejamento de UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H;
- Elaborar, em conjunto com a Unidade de Suprimentos, a relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
- Manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências

da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H;

- Elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes na Instituição;
- Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanear possíveis ocorrências;
- Elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;
- Zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;
- Prestar atendimento de emergência às demais unidades da Instituição, a fim de promover a continuidade das atividades;
- Manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência dos mesmos, objetivando, por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos;
- Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a correta atividade corretiva e preventiva da infra-estrutura;
- Fomentar o desenvolvimento dos envolvidos na manutenção para com a capacitação contínua dos mesmos, visto o elevado nível de tecnologia dos equipamentos e instrumentos hospitalares;
- Manter a planta da Instituição, aprovada tecnicamente pelos órgãos competentes;
- Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura do Hospital mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos órgãos competentes;
- Avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens e proteger o Estado contra a depreciação da “coisa pública”, e

- Assessorar na análise técnica e de viabilidade econômica quando da escolha de empresas prestadoras de serviços de manutenção preventiva.

A Unidade de Manutenção deve manter em constante funcionamento, sob condições ideais de trabalho:

- Equipamentos de uso constante e de alta complexidade, sendo para estes, sugerido o desenvolvimento de potenciais empresas terceirizadas por se tratar de equipamentos de alto nível tecnológico;
- Instalações elétricas, hidráulicas, de refrigeração, gases e vapor;
- Elevadores, bombas, equipamentos contra incêndio, sinalização interna e externa, serviços de comunicação e telefonia, e edifício e dependências UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H;

Perfil do Cargo

Por se tratar de atividades que interferem diretamente na qualidade e garantia de atendimento da Instituição, sugere-se o seguinte perfil profissional para ocupar a chefia da unidade:

- Profissional com nível técnico, preferencialmente com nível superior em Engenharia;
- Registro junto ao Conselho Regional de Engenharia;
- Preferencialmente com experiência profissional de 2 (dois) anos na coordenação e administração de serviços de manutenção;
- Capacidade de liderança e conhecimento das interfaces com as demais áreas da organização, e
- Conhecimento da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H.

37.2 LAVANDERIA

Finalidade

A Lavanderia tem a finalidade de suprir a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H com a devida quantidade de roupa limpa a ser utilizada nas diversas unidades.

Organização

A Lavanderia encontra-se diretamente subordinada ao Núcleo de Manutenção e Serviços Gerais.

Atribuições Gerais

Cabe à Lavanderia as seguintes atribuições:

- Coletar, classificar, pesar e processar (lavar, secar e passar) toda a roupa de uso na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H;
 - Proporcionar o melhor asseio e apresentação à roupa do Hospital;
 - Programar as técnicas para o processamento da roupa e controlar a sua execução;
 - Manter a roupa do Hospital sem avarias através da costura das mesmas quando identificados rasgos ou furos;
 - Maximizar a vida útil da roupa do Hospital, por intermédio da utilização de sabões e outros produtos químicos desenvolvidos e testados em

conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (padronização de todos os produtos químicos utilizados na Instituição), além da correta utilização de tecidos desenvolvidos para utilização hospitalar;

- Confeccionar roupas para uso dos pacientes e funcionários (médicos) do Hospital;
- Armazenar e distribuir a quantidade de roupa limpa conforme a demanda das unidades da Instituição;
- Exercer controle do volume (peças) e peso (Kg) de roupa processada para cada unidade da organização, a fim de estabelecer a correta apropriação de custos e programação da capacidade de atendimento;
- Zelar pela eliminação dos riscos de contaminação dos funcionários da lavanderia através de Programas de Conscientização para as unidades do Hospital quanto à triagem de materiais perfuro-cortantes e outros da roupa suja recolhida nos expurgos do Hospital, e promover a ordem e a limpeza dos locais de trabalho.

Perfil do Cargo

Para chefiar, supervisionar e organizar as atividades e recursos da Lavanderia, a fim de potencializar a utilização dos mesmos, sugere-se o seguinte perfil profissional:

- Profissional com nível técnico, preferencialmente com experiência profissional na coordenação e administração de equipes;
- Capacidade de liderança e conhecimento das interfaces com as demais áreas da organização, e
- Conhecimento da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação do UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H.

37.3 NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE HIGIENE HOSPITALAR

Finalidade

A Unidade de Higiene Hospitalar apresenta a finalidade de zelar pela higienização e ótimas condições de asseio das áreas do Hospital, sendo incluídas as atividades de limpeza predial (áreas administrativas) e hospitalar (enfermarias, Bloco Cirúrgico e Obstétrico, PA, etc).

O Serviço de Higienização hospitalar prepara o ambiente do hospital para as suas atividades, mantém a ordem do ambiente, além de conservar equipamentos e instalações limpas e em condições de higiene ideais para o manuseio.

Para que o serviço de limpeza hospitalar seja ideal, é necessário que seja seguido um programa de treinamento e reciclagem para os profissionais, dando ênfase às operações de limpeza, à indicação e manuseio das soluções apropriadas, utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), alertando-os para a percepção do risco ocupacional e, conseqüentemente para cuidados maiores com a própria saúde.

Há de destacar a importância da Unidade devido à mesma estar diretamente relacionada com os índices de infecção hospitalar, qualidade dos postos de trabalho e principalmente pela satisfação dos pacientes e funcionários da Instituição.

Organização

A Unidade de Higiene encontra-se diretamente subordinada Núcleo de Manutenção e Serviços Gerais.

Atribuições Gerais

Cabe à Unidade de Higiene:

- Realizar toda a limpeza predial e hospitalar da Instituição, promovendo ótimas condições de trabalho e asseio;
- Realizar a coleta de todos os resíduos do Hospital, sejam eles administrativos, hospitalares ou alimentícios, obedecendo o PGRSS;
- Processar os resíduos coletados de maneira adequada, caso haja infra-estrutura, ou garantir o tratamento de dispensação adequado ao mesmo quando executado por terceiros;
- Planejar e programar as devidas dedetizações das unidades internas e áreas externas do Hospital a fim de eliminar pragas, insetos e roedores;
- Zelar pela correta execução das lavagens terminais das áreas afins, com o objetivo de garantir total asseio e qualidade dos serviços prestados;
- Promover programas de conscientização da necessidade da higienização hospitalar, resultando na diminuição da infecção hospitalar;
- Promover e trabalhar em sinergia com a CCIH com o objetivo de reduzir/eliminar os casos de infecção hospitalar, e
- Colaborar no controle operacional e administrativo a fim de garantir o cumprimento dos contratos, caso haja, com as empresas de limpeza terceirizada.

Perfil do Cargo

Para exercer a chefia da Unidade de Limpeza e Higiene Hospitalar, sugere-se o seguinte perfil profissional:

453

- Profissional com nível técnico, Preferencialmente com experiência profissional de 2 (dois) anos na coordenação e administração de equipes;
- Capacidade de liderança e conhecimento das interfaces com as demais áreas da organização, e
- Conhecimento da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação do Hospital.

SERVIÇOS AUXILIARES

Finalidade

A Unidade de Serviços Auxiliares tem a finalidade de planejar e gerenciar a execução das atividades destinadas ao controle e preservação do patrimônio da Instituição, apresentado a necessidade de serviços de zeladoria, transportes e controle patrimonial.

Organização

A Unidade de Serviços Auxiliares encontra-se diretamente subordinada ao Núcleo de Manutenção e Serviços Gerais, sendo que as atividades da unidade são exercidas através das seguintes áreas:

- Transportes;
- Zeladoria, e
- Patrimônio.

Atribuições Gerais

Cabe à Unidade de Serviços Auxiliares:

- Gerenciar as atividades das áreas subordinadas;



- Planejar e controlar os recursos disponíveis para execução das atividades designadas às áreas subordinadas;
- Zelar pela qualidade do atendimento aos pacientes no momento de recepção dos mesmos;
- Proporcionar a segurança do patrimônio da Instituição;
- Proporcionar a vigilância e controle de acesso à Instituição;
- Controlar e manter o sistema de comunicação do Hospital em
- perfeitas condições de operacionalização,
 - Elaborar relatórios gerenciais para a Direção da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H.

37.4 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TRANSPORTES

- Proporcionar a locomoção dos pacientes e acompanhantes quando houver necessidade, seja por intermédio de ambulâncias ou carros administrativos; Transportar os funcionários da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H.
- em assuntos administrativos, como visitas técnicas, envio de documentação para a Secretaria e outros órgãos da administração;
- Realizar entrega de faturas, contas hospitalares e os demais serviços administrativos necessários;
- Controlar o consumo de combustível dos veículos e atividades de manutenção veicular, seja no desenvolvimento de prestadores de serviço ou na aquisição de peças de reposição;
- Atuar de forma rígida na correta utilização dos meios de

transporte disponíveis para a Instituição;

- Promover a sinergia com demais unidades de saúde no intuito de consolidar uma rede de relacionamento e poder contar com apoio de transporte entre as mesmas;
- Programar a utilização dos veículos a fim de suprir a demanda da Instituição e garantir a qualidade necessária na locomoção de pacientes, e
- Zelar pela integridade da frota, propondo reformas e renovação da mesma.

37.5 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DA ZELADORIA

Atender o público em geral pela Recepção da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, realizando a correta rotina de cadastramento e disponibilização das informações para as diversas áreas da Instituição;

- Prestar informações sobre a localização dos diferentes serviços, horários e visitas;
- Prestar informações aos familiares sobre os pacientes do Hospital;
- Assegurar a correta utilização dos serviços de comunicação interna e externa do Hospital;
- Prestar serviço de localização interna e externa de funcionários, em especial das equipes médicas por meio das instalações de telefonia;
- Estar apta a garantir o acionamento de sistemas de emergência e interagir com a vigilância do Hospital;
- Controlar o acesso de pacientes, acompanhantes, visitantes e alunos às instalações do Hospital;



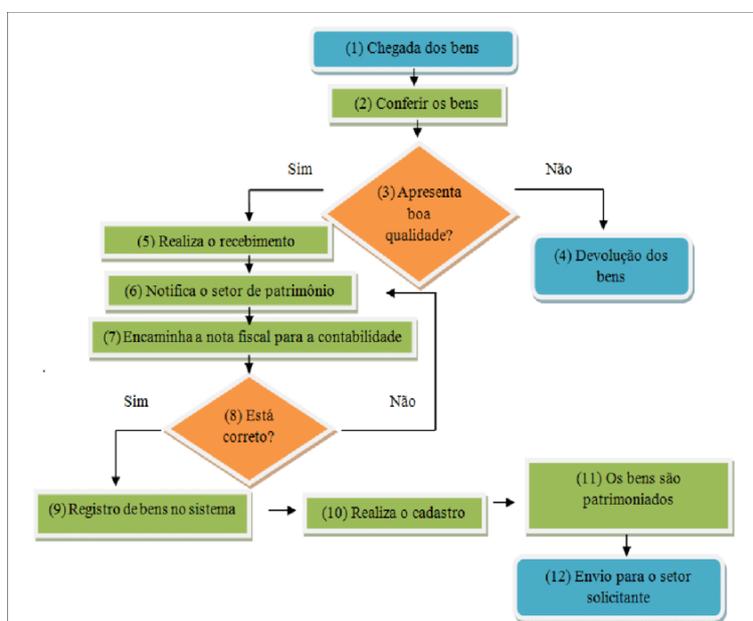
-
- Controlar o acesso de fornecedores e prestadores de serviços às dependências do Hospital;
 - Promover a garantia de vigilância diurna e noturna da Instituição;
 - Supervisionar e controlar o serviço de elevadores, com o intuito de possibilitar o atendimento a todos os usuários;
 - Manter os jardins e as áreas externas e internas em boa aparência e conservação.

37.6 Atribuições Específicas do Patrimônio

- Elaborar a relação de todos os bens permanentes da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, assim como da localização dos mesmos;
 - Registrar a entrada de bens adquiridos ou doados à Instituição e disponibilizando para a área destino;
 - Controlar a movimentação dos bens permanentes da Instituição;
 - Elaborar “Autorização de Saída” para manutenção ou empréstimo de bens permanentes, como também controlar e registrar a sua devolução;
 - Elaborar a relação de baixa patrimonial para os bens inservíveis da Instituição, providenciando o correto envio dos mesmos para a Secretaria de Saúde, e
 - Realizar anualmente o Inventário do Hospital, indicando divergências e informando as mesmas à Direção do Hospital.



FLUXOGRAMA ENTRADA E SAÍDA DE PATRIMÔNIO



37.6.1 INVENTÁRIO DOS BENS MÓVEIS E IMÓVEIS PARA PERMISSÃO DE USO

O Inventário Patrimonial dos bens móveis e imóveis da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H**, é o primeiro desafio na contratação da futura gestão em saúde, que deve, de imediato implantar uma Gestão de Patrimônio que será imprescindível para a realização de duas etapas:

- 1) Levantamento do verdadeiro estado de conservação e funcionalidade;
- 2) Plano de conserto, recuperação e funcionalidade do bem.

O inventário patrimonial é um processo que possui muitas etapas e detalhes e que por isso requer muita atenção por parte da vencedora, principalmente elaborando um projeto que contemple todas as ações necessárias para preservar, manter e recuperar, o que estiver defeituoso, os bens móveis e imóveis.

A Gestão de Patrimônio será a primeira atividade da vencedora para a realização de maneira correta da construção de uma base de dados de bens organizada e atualizada.

Na prática, isso assegura que todas as decisões gerenciais sejam tomadas baseadas em informações corretas e que prejuízos financeiros sejam evitados.

Além disso, o controle individualizado e o inventário físico periódico são requisitos fundamentais para assegurar a veracidade das demonstrações contábeis referentes ao ativo imobilizado.

Entre o patrimônio da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H**, temos:

- Dois Prédios Físicos;
- Máquinas e equipamentos;
- Móveis e utensílios;
- Equipamentos de informática;
- Eletrônicos;
- Móveis diversos.

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE de imediato deverá, conferir junto com uma Comissão Patrimonial da Secretaria Municipal de Saúde, todos os bens inventariados, averiguar o número de identificação bem com as plaquetas de identificação patrimonial, caso não tenham, providenciar regularizar o tombo em todos os bens do ativo imobilizado.

Em termos organizacionais, após a realização do inventário é possível implementar diversos controles que irão garantir uma melhor gestão do imobilizado, entre eles:

- Controle da localização do bem;
- Identificação do seu responsável (elaboração do termo de responsabilidade);
- Controle do histórico das manutenções (preventivas e corretivas);
- Implantação de uma política de normas e procedimentos.

Com isso, uma boa gestão do patrimônio minimiza prejuízos e perdas por falta de controle da localização, gastos extras por mau uso ou falta de manutenção, furtos por parte dos colaboradores, entre outros.

Manter os dados sobre os bens atualizados e organizados também fornecem um excelente auxílio para a implantação de políticas de renovação do imobilizado.

37.6.2 CRITÉRIOS PARA PATRIMONIALIZAÇÃO

Para contabilização de um bem como ativo imobilizado, são necessárias as seguintes condições: Ser utilizado na operação de negócios da empresa.

Não se destinar à venda.

Natureza permanente, ou seja, vida útil superior ou igual há 1 ano.

O valor unitário de aquisição superior a R\$326,62, ainda que o prazo de vida útil seja superior a 1 ano, exceto:

Bens que unitariamente considerados, não tenham condições de prestar utilidade à empresa adquirente, como por exemplo, materiais de construção.

Bens utilizados na exploração de atividades que requeira o emprego concomitante de um conjunto desses bens, tais como: (ART 244 do RIR/94 e PN CST 20/80).

Engradados, vasilhames e barris utilizados por empresas distribuidoras de bebidas. Cadeiras utilizadas por empresas de diversões públicas, tais como: cinema, teatro, etc. Botijões de gás usados por distribuidora de gás liquefeito de petróleo.

Filmes de vídeo e CDs adquiridos por empresa que se dedicam à locação desses bens. Formas para calçados, facas e matrizes (moldes) para confecção de partes de calçados, utilizados pelas indústrias calçadistas (IN SRF 104/87).

Louças e guarnições de cama, mesa e banho utilizados por empresas que exploram serviços de hotelaria, restaurantes e atividades similares.

37.6.3 CONTROLE DE ENTRADA DE BENS IMOBILIZADOS

Entrada de bens para imobilização – Aquisição

O setor de patrimônio deverá ser informado pela área responsável pela entrada do bem toda vez que for adquirido um item a ser patrimoniado será entregue uma cópia da nota fiscal e da Ordem de Compra para análise e posterior cadastro do bem no Sistema patrimônio.

Entrada de bens para imobilização – Doações

O setor que receber a doação deverá entregar uma “CARTA DE DOAÇÃO” ao setor de Patrimônio, onde devem constar os dados do equipamento doado (descrição, marca, modelo, valor, etc) e os dados do doador, para cadastro no Sistema patrimônio e no livro de ocorrência.

Entrada de bens em comodato / empréstimo / demonstração

O setor responsável deverá encaminhar uma carta ao departamento de patrimônio, contendo a descrição do bem, marca, modelo e valor, para que em um eventual sinistro, o equipamento esteja coberto.

Transferência de bens entre setores

O setor de patrimônio deverá ser avisado toda vez que um item tiver sua localização modificada, para atualização do sistema e consequentemente do inventário.

Baixa em ativo imobilizado

A baixa se dará nas seguintes ocasiões:

Baixa por roubo

Apresentar cópia do B.O. (Boletim de Ocorrência), para início do Processo de Sinistro junto a Seguradora, e baixar o bem junto ao órgãos competentes através de Ofício, assim que o processo de apuração e reposição do bem estejam



completos.

Baixa por quebra / obsolescência

O setor de manutenção deverá enviar o equipamento ao setor de patrimônio junto com uma carta de baixa, descrevendo o motivo pelo qual o equipamento não será mais utilizado. O equipamento será guardado e mandado para o órgão competente no momento oportuno.

Confecção de Inventário

O setor de Patrimônio deverá informar ao solicitante, a relação dos bens imobilizados do setor / área.

Esta informação pode ser solicitada pelo responsável pela área ou por qualquer órgão/departamento que venha a realizar auditoria no Hospital.

Ao fim de cada ano, será enviada aos órgãos competentes a relação dos bens adquiridos no período, com informações detalhadas sobre todos os bens imobilizados, para que conste termo de aditamento ao contrato de gestão.

Emplaquetamento dos bens Forma de Fixação

A fixação da placa no bem deverá ser executada de modo mais apropriado para cada tipo de bem, de acordo com a sua característica física: colado, pregado, gravado, arrebicado, amarrado, parafusado, etc.

Critérios recomendados

- A placa de identificação deverá ser colocada no lugar onde facilite a sua visualização, desde que, não estrague a estética do bem. A finalidade da colocação da "chapinha" do imobilizado é para fazer o controle físico, portanto, se esconder a placa ou colocar no lugar de difícil visualização, não estará cumprindo o objetivo.
- Manter um padrão de colocação da placa para os bens com características semelhantes. Por exemplo: móveis, mesas,



armários, estantes, estando de frente para o bem, fixar a placa sempre na parte superior, no lado direito, de modo que não interfira na utilização normal do bem.

- Para os bens cujo tamanho ou natureza não ofereçam condições para a fixação das placas, fixar as placas nos estojos ou condicionadores do bem.
- Na impossibilidade de ser emplaquetado no bem ou seu recipiente, nem gravado o número do bem patrimonial, a placa deverá ficar arquivada no Setor de Administração Patrimonial.

Por exemplo: edifícios, terrenos, marcas e patentes, ferramentas, etc.

38. CARACTERIZAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS

38.1 RESÍDUO GRUPO A – INFECTANTES

A	Resíduos com a presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.	A 1 <ul style="list-style-type: none">• Culturas; descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentos utilizados para transferência, inoculação ou misturas de culturas.• Resíduos de atendimento de pessoas, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
----------	--	---



		<ul style="list-style-type: none">• Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas de coleta incompleta.• Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes de assistência, contendo sangue ou líquidos na forma livre. <p>A 2</p> <ul style="list-style-type: none">• Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de micro-organismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de micro-organismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica. <p>A 3</p> <ul style="list-style-type: none">• Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiar. <p>A 4</p>
--	--	--



		<ul style="list-style-type: none">• Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.• Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e da pesquisa, entre outros similares.• Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urinas e secreções. (não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de Risco 4), nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação.• Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.• Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.• Bolsas transfusionais vazia ou com volume residual pós- transfusão. <p>A 5</p> <ul style="list-style-type: none">• Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos materiais perfuro cortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes de atenção à saúde de pessoas ou animais, com certeza de contaminação com príons.
--	--	---



38.2 RESÍDUO GRUPO B – QUÍMICOS

	<p>Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos imunomoduladores; antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamento ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos Medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.• Resíduos de saneantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados, reagentes para laboratório inclusive os recipientes contaminados por estes.• Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).• Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.• Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (Tóxicos, Corrosivos, Inflamáveis e Reativos).
--	--	--

Nota: Resíduo Grupo C – Não aplicável na instituição

38.3 RESÍDUO GRUPO D – COMUNS

D	Resíduos que não apresentem riscos biológicos, químicos ou radiológicos à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.	<ul style="list-style-type: none"> • Papel de uso sanitário e fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto de alimento de paciente e material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venoclises e outros similares não classificados como A1; • Sobras de alimentos e do preparo de alimentos; • Resto alimentar de refeitório; • Resíduos provenientes de áreas administrativas; • Resíduos de varrição, flores, podas e jardins; • Resíduos de gesso provenientes de assistências à saúde.
----------	---	---

38.4 RESÍDUO GRUPO E – PERFURO CORTANTE

E	Materiais perfuro cortantes ou escarificantes tais como:	Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas de 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.
----------	--	--



CARACTERIZAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS POR LOCAL:

Local (Unidade ou Serviço)	Descrição do Resíduo	Grupo conforme classificação Resolução 358/05
Setores Administrativos	Resíduo de sanitários de funcionários	D - Comum
	Papel, copo descartável, embalagem de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
CME	Benzina, Cassete de Peróxido de Hidrogênio.	B - Químico
	Papel, papelão, plástico. Embalagem vazia de detergente enzimático. Embalagem (Almotolia) vazia de Álcool Etílico 70%. Embalagem de Premix Slip, Surgistain.	D – Comum Reciclável
	Perfuro Cortante.	E – Perfuro ortante
Laboratório	Secreção; sangue; fezes; urina, resíduo químico inativado liberado junto com resíduo orgânico. Algodão, gazes, seringa descartável; luva de látex;	A - Infectante
	Reagente para laboratório, reagente químico ativo.	B - Químico
	Papel toalha.	D - Comum



	Embalagem de papel e plástico; Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante
Manutenção	Lâmpadas Embalagem ou sobra do produto Adesivo Branco. Embalagem ou resto do produto Aguarráz. Embalagem ou resto do produto Diluyente para Tintas DP-003. Embalagem ou resto do produto Esmalte Sintético. Embalagem ou resto do produto Thinner – Diluentes de Tintas	B - Químico
	Entulho, gesso.	D - Comum
	Papel, papelão, plástico, vidros íntegros e quebrados. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Bolsa de sangue e hemoderivados, sangue, frasco de dreno, placenta, tecido orgânico. Filtro do ar-condicionado central (UTI's/Centro Cirúrgico). Algodão, gazes, compressas, luva de látex, secreção, sonda descartável, equipo e embalagem de soro.	A - Infectante



Unidades de Internação; Pronto Socorro; Centro Cirúrgico;	Medicamentos (antimicrobianos e hormônios sistêmicos).	B- Químico
	Resíduos de sanitários de funcionários, conforto médico. Resíduos de sanitários de pacientes, seringa descartável, papel toalha, extensão de borracha, resto de alimentos, fezes, urina, gesso, fralda descartável, eletrodos, fios cirúrgicos.	D - Comum
	Papéis gerados no posto de enfermagem, embalagem de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70% Embalagem vazia (Almotolia) de Sabonete Glicerinado.	D – Comum Reciclável
	Perfuro Cortante.	E – Perfuro Cortante
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Papel, papelão, embalagens de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
Necrotério	Algodão, gazes, compressas, descartável, luva de látex,	A – Infectante
	Máscara cirúrgica, papel toalha.	D – Comum
	Perfuro cortante.	E – Perfuro Cortante



Higienização	Embalagens vazias dos produtos utilizados na higienização dos ambientes.	D – Comum
	Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável

38.5 SEGREGAÇÃO, MANUSEIO E ACONDICIONAMENTO

- **RESÍDUO GRUPO A – INFECTANTES**

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

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

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

- **RESÍDUO GRUPO B – QUÍMICO**

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

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

A segregação, o manuseio e o acondicionamento do glutaraldeído estarão descritos em fluxo específico.

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

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

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

- **RESÍDUO GRUPO D – COMUM**

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

O acondicionamento é feito em sacos plásticos pretos.

Os recicláveis segregados consistem em papelão, papel, plástico, vidro, metais e óleo queimado de fritura.

A segregação é feita nos pontos de geração.

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

O acondicionamento do óleo queimado de fritura é feito em bombonas plásticas disponibilizadas pelo reciclador.

- **RESÍDUO GRUPO E – PERFURO CORTANTE**

A segregação dos resíduos do grupo E é feita na origem. Os materiais perfuro cortantes são descartados em recipientes rígidos com simbologia de infectante,

lacrados pela enfermagem quando atingida a capacidade útil do recipiente, ou seja, 2/3 de sua capacidade, conforme indicação do fabricante, através de linhas tracejadas.

As caixas de descarte de perfuro cortante, após terem sido utilizadas até o nível de segurança marcado no recipiente, são devidamente fechadas pela enfermagem, ou demais serviços envolvidos no uso das mesmas e são retiradas do local onde estavam sendo utilizadas, e colocadas em local adequado;

A auxiliar de limpeza ou o coletor de resíduos as colocam dentro do saco branco; as caixas que não estiveram devidamente fechadas não deverão ser ensacadas, sendo necessário solicitar à enfermagem ou responsável pelo local, que as mesmas sejam devidamente fechadas.

38.5.1 ARMAZENAMENTO

a) Temporário

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

As bombonas plásticas com óleo queimado de fritura são armazenadas na área de recebimento de mercadoria, da cozinha até a retirada pelo reciclador.

b) Final

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

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

Os recipientes com resíduos químicos, devidamente identificados conforme ficha padrão da empresa responsável, são armazenados em local específico na área externa fechada com porta ventilada, até o momento da retirada por transporte específico para resíduo químico da empresa responsável. Os resíduos orgânicos gerados na Unidade de Nutrição e Dietética e pelo restaurante de funcionários são transportados do ponto de geração diretamente para a câmara fria, onde permanecem armazenados até o momento da coleta externa.

O armazenamento final dos resíduos comuns recicláveis é feito em abrigo externo, exceto do óleo queimado de fritura que é armazenado no próprio local de geração.

Esta área é fechada, o acesso é liberado para que a comunidade possa depositar seus resíduos recicláveis. Possui piso e paredes laváveis e área para a higienização dos contenedores.

38.5.2 COLETA INTERNA

a) Resíduo Grupo A – Infectantes

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

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

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

A coleta interna II é realizada por um funcionário que vai até a sala de resíduos (expurgo) de cada setor com o carro de coleta identificado para resíduos

infectantes.

Este realizará a troca, deixando o carro vazio e transportando o carro cheio para o abrigo externo. No abrigo externo, o resíduo será acondicionado em contenedores com tampas, onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa contratada.

b) Resíduo Grupo B – Químicos

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

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

A coleta interna II é feita ocasionalmente, conforme necessidade.

c) Resíduo Grupo D – Comum

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

Estes são acondicionados em sacos plásticos pretos.

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

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

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

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

Nota: Resíduos orgânicos gerados pelo restaurante de funcionários e pela cozinha central são coletados nos pontos de geração e transportados até a câmara fria.

d) Resíduo Grupo D – Comum Reciclável

A coleta é realizada pelo auxiliar de higiene nos pontos de geração, exceto a coleta do óleo queimado de fritura, que é feita pelo reciclador.

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

e) Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

A coleta é realizada pelo coletor / auxiliar de higiene nos expurgos de cada unidade geradora, o mesmo colocam os recipientes rígidos com simbologia de infectante dentro do saco branco e é transportado em contenedores com tampas, até abrigo específico onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

Nota: O funcionário da coleta interna I utiliza: uniforme, calçados de segurança e luvas de borracha para a retirada dos resíduos das alas comuns e em casos de pacientes em isolamento utiliza os EPI recomendados especificamente, nos procedimentos da SCIH, conforme o tipo de isolamento.

O funcionário da coleta II utiliza: uniforme, bota de PVC, luvas de PVC de cano longo e avental impermeável, máscara e óculos de proteção.

O funcionário da coleta interna II é responsável pela pesagem dos resíduos e preenchimento dos formulários.

38.5.3 TRATAMENTO INTERNO

a) Resíduo Grupo B – Químicos

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

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

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

38.5.4 COLETA EXTERNA

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

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada, com caminhão especial, de compactação branda, estanque, com carga lateral.

Acompanha cada coleta o formulário “Manifesto de Transporte de Resíduo de Serviço de Saúde”

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

Nota: EPI da guarnição: Calça e camisa na cor branca; luvas de PVC cano longas botas com biqueira de aço, máscara contra odores e máscara contra partículas tóxicas (eventualmente).

b) Resíduo Grupo B – Químicos

A coleta externa dos resíduos químicos será realizada conforme solicitação, sob a responsabilidade da Prefeitura de Arujá/SP.

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

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

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

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

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

c) Recicláveis

O lixo reciclável será retirado às conforme acordo contratual, pelos coletores da empresa; O resíduo de óleo queimado de fritura é coletado, conforme demanda por empresa especializada na fabricação de sabões e detergentes sintéticos.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

38.5.5 TRATAMENTO EXTERNO

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

Os resíduos infectantes são submetidos à desinfecção de alto nível denominada desativação eletro térmica (ETD), na empresa IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, Arujá/São Paulo.

Tecnologia Operacional:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

b) Resíduo Grupo B – Químicos

Os resíduos químicos são incinerados, IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Arujá/SP.

Empresa:



Endereço:

Cadastro CNPJ:

Telefone:

38.5.6 DESTINO FINAL

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

Após o tratamento são encaminhados para disposição final em aterro, sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Arujá/SP.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

b) Resíduo Grupo B – Químicos

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

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:



Telefone:

c) Resíduo Grupo D – Comuns

Os resíduos do grupo D são dispostos em aterro sanitário.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

1. Resíduo Grupo D – Recicláveis

Os resíduos do Grupo D – Recicláveis são encaminhados para reciclagem para empresa contratada, cadastrada pela Prefeitura do Município de Arujá/SP.

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

Exceto o resíduo de óleo de cozinha é utilizado por empresa especializada na fabricação de sabões e detergentes sintéticos.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

38.6 CONTRIBUIÇÃO DO GERENCIAMENTO INTERNO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- Estimular a reciclagem e compostagem dos resíduos comuns;
- Preservar o meio ambiente, a saúde pública e os recursos naturais.

O ambiente em serviços de saúde pode contribuir para a ocorrência de infecções hospitalares, pois as superfícies acumulam microrganismos, inclusive multirresistentes. Quando as mãos dos profissionais, os instrumentos ou outros produtos entram em contato com estas superfícies podem contaminar-se e levar tais microrganismos para os pacientes. Assim, a higiene das mãos dos profissionais de saúde e a limpeza e desinfecção das superfícies são fundamentais para a prevenção e redução infecções hospitalares.

39. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

1. INTRODUÇÃO

A prevenção e o controle das infecções relacionadas á assistência a saúde exigem a aplicação sistemática de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de sistemas de vigilância epidemiológica e de monitoramento de indicadores de processos.

A responsabilidade pela aplicação dessa medida é, principalmente, das gerências e das equipes locais, com o auxílio do SCIH, sendo que o seu planejamento está a cargo do SCIH e da CCIH, que elaboram anualmente o **Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)** do Hospital. O PCIH deve considerar as ações permanentes, geralmente definidas em legislação e normas técnicas sobre o controle de infecção hospitalar, e as ações temporárias,

frutos do planejamento estratégico, da análise periódica das informações da vigilância epidemiológica ou da necessidade evidente de solucionar certas situações.

2. BASE CONCEITUAL LEGAL

A lei nº 9.431/97, no art. 1º, inicia indicando aos hospitais a necessidade de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), e no § 2º, definindo infecção hospitalar como *qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização. O programa de controle de infecções hospitalares (§ 1º) é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.*

E o art. 2º, objetivando a adequada execução do programa, obriga os hospitais a constituir Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. A Resolução RDC nº 48/2000, por sua vez, aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, e no seu Anexo fornece as definições complementares. A citada resolução considera imprescindível a existência de um programa formal de prevenção e controle das infecções hospitalares.

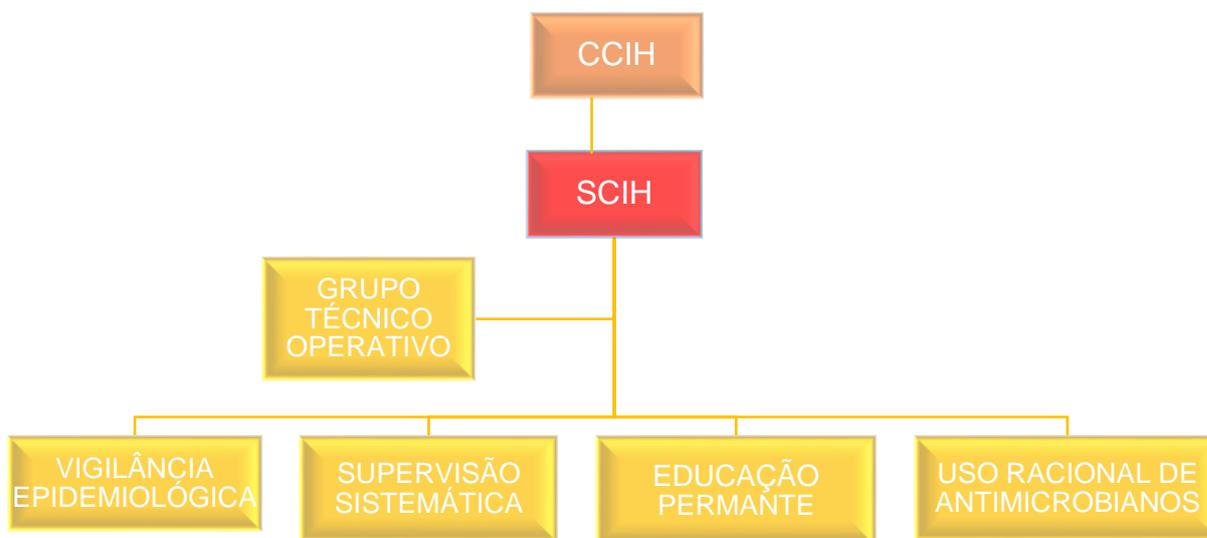
3. ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A Atuação do Controle de Infecção Hospitalar no IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, baseia no estabelecimento de um pacto entre as coordenações e lideranças técnicas das unidades e o SCIH, constituindo um Grupo Técnico Operativo, que irá

desenvolver um modelo de controle de infecção relacionada à assistência à saúde com uma maior participação dos diversos colaboradores técnicos.

O Grupo Técnico Operativo, juntamente com a CCIH e SCIH irá desenvolver as atividades de vigilância, educação permanente, supervisão sistemática de processos e procedimentos e uso racional de antimicrobianos, buscando atingir as metas e cronogramas pactuados entre o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

39.1 Fluxograma estrutural de funcionamento do Controle de Infecção Hospitalar



39.2 OPERACIONALIZAÇÃO DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A operacionalização do Controle de Infecção Hospitalar será baseada em quatro grandes grupos, interligados entre si de forma a aumentar a interação de processos e participação mais ativa das diversas unidades em conjunto com o SCIH no Controle das Infecções. Os quatro grupos são:

- Vigilância Epidemiológica
- Supervisão Sistemática de Processos e Procedimentos
- Educação Permanente
- Uso Racional de Antimicrobianos

39.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância de infecção hospitalar é a observação sistemática e ativa da ocorrência e distribuição da infecção na população de paciente internados e dos eventos ou condições que aumentam ou diminuem o risco de sua ocorrência.

A coleta de dados, consolidação, análise e divulgação dos mesmos servem de base para estabelecer os níveis endêmicos, identificação de surtos, sensibilização dos profissionais de saúde e administradores sobre a necessidade do controle de infecção e avaliação das medidas implantadas.

Nas unidades mistas a vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde será realizada utilizando a metodologia NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance), NHSN (National Healthcare Safety Network) e do Centers for Disease Control and Prevention – CDC, Estados Unidos e os critérios diagnósticos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A coleta de dados, consolidação, divulgação e análise dos indicadores serão de responsabilidade do SCIH juntamente com as respectivas unidades, que irão

propor medidas de controle e prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.

O objetivo é identificar, notificar, investigar e atuar na ocorrência de casos de infecções relacionadas à assistência à saúde ocorridos na instituição, bem como mitigar o risco.

A população alvo é todo cliente que recebe atendimento ambulatorial ou internação no hospital, além do quadro de colaboradores e corpo clínico atuantes na instituição.

40. SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO E SUPERVISÃO SISTEMÁTICA

Sendo a supervisão sistemática um dos pilares do PCIH, vemos a necessidade de um monitoramento dos indicadores de processo norteando ações de gestão e de educação com o objetivo de aumentar a adesão às normas e recomendações técnicas. Dentro da perspectiva de evolução dos trabalhos das equipes operativa de gestores, em 2013, devem ser desenvolvidos projetos de avaliação de processos e procedimentos de maior interesse para os objetivos do CIH. Desta forma foram revisados e desenvolvidos protocolos, rotinas e normas técnicas operacionais de forma a incutir o monitoramento contínuo e eficaz das infecções hospitalares.

Para tanto as atividades realizadas são:

- Auditorias nos setores como a lavagem das mãos (“Projeto Nós Praticamos com Excelência”)
- Auditorias internas da Qualidade.
- Visitas Técnicas do SCIH (intervenções preventivas e corretivas)

- Visitas Multidisciplinares

Além das atribuições definidas na Lei do Exercício Profissional (Ex. CROSS, COREN e CRF).

O SCIH realiza visitas técnicas nas unidades onde estão internados os pacientes ou com maior risco de infecção relacionadas à assistência a saúde, além de atender a livre demanda das outras unidades de internação, serviços de propedêutica e de apoio.

Nesta visita são avaliados os aspectos relacionados à área física, ao fluxo de pessoas e materiais, adesão dos profissionais às medidas de prevenção e controle de infecção e biossegurança.

41. NORMAS GERAIS PARA O BOM FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H

- Uso do Crachá
- É obrigatória a entrada e circulação dos colaboradores devidamente identificados com seus crachás, na falta do mesmo solicitar um provisório na portaria;
- Entrada de Funcionários
- Entrada única de funcionário pela entrada lateral, não é permitido o acesso pela Recepção Principal.
- Acesso ao UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, situados no Município de Arujá, Estado de São Paulo.
- Não é permitida a entrada de amigos ou familiares de funcionários.
- Assuntos particulares devem ser tratados fora da instituição;
- Todos os acessos a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, situados no Município de Arujá, Estado de São Paulo, são controlados e registrados pelos colaboradores da unidade de portaria e vigilância.

- Achados e Perdidos : Encaminhar a portaria qualquer objeto encontrado por mais insignificante que seja;
- Pessoas não identificadas: Avisar imediatamente a portaria sobre a circulação de pessoas sem identificação dentro das dependências internas;

41.1 Saída de Materiais e Equipamentos

- Toda entrada ou saída de equipamentos para manutenção deve ser via almoxarifado, através de impresso próprio.
- Para entrada de qualquer tipo de material ou equipamentos com o colaborador, deverá este ter sido autorizado por escrito pela diretoria e seguir rotina de registro de material.

42. DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES ADM

42.1 Recepção - Atendimento ao Público

- Recepcionar e orientar o usuário na utilização dos serviços prestados pela instituição;
- Recepcionar e registrar visitantes, acompanhantes e prestadores de serviço, identificando-os e orientando-os de acordo com rotinas e normas da instituição;
- Observar todos e tudo que entra e sai pelos principais acessos da instituição;
- Aplicar protocolos de controle de entrada e saída de materiais e equipamentos;
- Controlar acesso na entrada e saída de colaboradores, orientando quanto o porte de pertences e ao uso obrigatório da identificação (crachá funcional);



-
- Identificar as pessoas e situações suspeitas dentro do recinto em que servir;
 - Aplicar protocolos de controle de acesso ao estacionamento de forma segura e organizada;
 - Atender de forma cordial e receptiva, agindo preventivamente nas possíveis situações de conflito;
 - Acompanhar processos de altas de pacientes em interface com a enfermagem;
 - Acionar o líder diante de qualquer situação adversa ou em caso de dúvida nos processos operacionais e administrativos;
 - Atender as normas de condutas operacionais e comportamentais da unidade
 - Preencher corretamente e de forma legível os impressos de controles e registros internos

Controles de chaves da instituição

- Organizar e disponibilizar chaves aos colaboradores autorizados durante período de serviço, protocolando retirada e devolução e de acordo com normas de segurança.

42.2 Auxiliar de Monitoramento

- Visualizar as imagens em tempo real, a fim de detectar sinistros, evitar possíveis ameaças e assegurar o patrimônio;
- Caso detectar alguma anormalidade comunicar a chefia de imediato;
- Casos mais graves como vandalismo, furto ou roubo, acionar a Polícia Militar para prestar apoio, em seguida avisar chefia imediata;
- Efetuar revezamento a cada 02h, com outro Aux. Monitoramento

(carga/descarga) ou quando necessário para evitar a fadiga e perda de atenção.

- Apenas permitir o acesso de pessoas autorizadas na sala de monitoramento;
- Anotar todas as informações necessárias em livro de registro de ocorrências;
- Modo de Operação;
- Principais focos a serem visualizados;
- Normas Operacionais;
- Situações suspeitas e providencias;
- Back-up e armazenamento de imagens;
- Normas para fornecimento de imagens;
- Elaborar regimento para sistema de Alarme com sequências de providencias em caso de disparo de alarme;
- Contato telefônico com as pessoas autorizadas pela instituição caso seja ou não constatado danos, arrombamento na área visual do profissional lotado na ocorrência;
- Contato telefônico com base da Polícia Militar da região;
- Emissão de relatório de eventos com situações e providencias.

42.3 Carga e Descarga

Recepcionar cliente e verificar qual o setor de entrega, fazer contato com o setor e após autorização registrar dados em planilha, identificar e encaminhá-lo em caso de setor interno; recepcionar cliente e em caso de prestação de serviço, fazer contato com setor solicitado e após autorização registrar, identificar e encaminhá-lo ao setor de destino. Principais Rotinas:

- Registro e identificação de prestador de serviço;
- Registro e identificação de retirada de Equipamento;
- Registro e identificação de retirada de (resíduo, funerária, entregas etc...).

- Impedir o acesso de pessoas e veículos não autorizados na área interna do prédio;
- Controlar o fluxo de entrada e saída de veículos, a fim de evitar colisões.
- Informar a chefia imediata caso houver alguma ocorrência;
- Estar atentos ao fluxo de funcionários;
- Impedir que pessoas sem identificação tenham acesso a area interna do ambulatório;
- É obrigatório a entrada e circulação dos colaboradores devidamente identificados com seus crachás, na falta do mesmo solicitar um provisório na unidade de portaria.

42.4 Conduta Comportamental – Apresentação pessoal

Mulheres:

- Cabelos devidamente presos;
- Maquiagem Leve;
- Acessórios discretos (brincos, pulseiras, cintos e etc.);
- Unhas limpas, aparadas e esmalte claro;
- Vestimentas adequadas, não sendo curtas e decotadas.
- Objetos pessoais armazenados somente na Necessaire.

Homens:

- Manter os cabelos curtos, aparados e penteados;
- Barba sempre feita;
- Uniforme limpo, passado, alinhado, manter sapatos engraxados;
- Somente utilizar uniforme padrão fornecido pela empresa.

Postura:

- Não encostar, não cruzar os braços, não colocar as mãos no bolso;
- Não utilizar celular durante horário de serviço;



-
- Não mascar chiclete / goma;
 - Não colocar os pés na parede;
 - Não debruçar nos balcões;
 - Não ficar de cabeça baixa;
 - Revistas, livros e similares são proibidos nos postos;
 - Não fazer uso de aparelhos eletrônicos no posto (MP3, Walkmans etc.);
 - Não portar o HT nos bolsos por questão de estética;
 - Evitar intimidades com colaboradores em geral;
 - Não fumar em horário de expediente;
 - Não abandonar o posto de serviço sem autorização da Coordenação;
 - Não se alimentar nos postos, utilize as copas (somente nos horários liberados pela Coordenação);

42.5 Comunicação

- Utilizar os ramais de forma rápida e objetiva (somente para fins profissionais);
- Seja educado, cordial, gentil;
- Utilize frases como: (bom dia, senhor, senhora, posso ajudar etc.);
- Ao atender ao telefone diga sempre seu nome setor e saudação. EX: Portaria Leandro bom dia;
- Evite palavras que indique dúvida (não sei, eu acho, talvez, acho que sim, pode ser); Diga para aguardar que irá verificar;
- Não julgue ou faça comentários pessoais de outros colaboradores e clientes tais como: aparência física, vestimenta etc.;
- Não tomar atitudes baseadas nas informações de terceiros, verifique a fonte;



Abordagem

- Saiba ouvir, espere o cliente concluir o raciocínio para informá-lo da melhor forma possível;
- Não encostar as mãos nos clientes;
- Não acatar ordens e determinações de colaboradores de outras unidades, verifique antes com a coordenação;

43. PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

- **Engenharia e Manutenção**

Conforme a ABNT NBR 5674, as responsabilidades técnicas de Engenharia, são:

1. Assessorar o proprietário na tomada de decisão sobre a manutenção e sua organização;
2. Providenciar e manter atualizados os registros da manutenção;
3. Realizar rondas de manutenção e inspeções técnicas periódicas;
4. Preparar previsões orçamentárias para os serviços de manutenção;
5. Supervisionar as atividades de manutenção;
6. Planejar as atividades e reavaliar a programação;
7. Orçar serviços de manutenção terceirizados ou próprios;
8. Realizar ou assessorar o proprietário na contratação de serviços;
9. Definir e implementar sistema de gestão da manutenção predial;
10. Orientar os usuários sobre uso adequado da edificação;

11. Assessorar o proprietário em situações de emergência;

12. Acompanhar o valor dos investimentos, bem como o valor do imóvel ao longo de sua vida útil, em função das atividades de manutenção executadas.

Manutenção, por definição, é o conjunto de atividades que garante e recupera os desempenhos de elementos e sistemas construtivos, conforme previsto em projeto e dentro do prazo de vida útil. Trata-se de atividade técnica de Engenharia, e assim sendo, deve ter responsável técnico.

A inexistência de Manutenção nos edifícios causa prejuízo funcional aos sistemas, perda precoce de desempenho e redução do prazo de vida útil. Logo, quando não se faz Manutenção, os gastos com reparos corretivos e reformas são maiores e ocorrem de forma mais acentuada e precoce nos edifícios.

Importante observar, ainda, que a Manutenção garante a funcionalidade e, principalmente, a segurança do uso das instalações e sistemas da edificação.

Se realizada sem critério técnico, a Manutenção pode causar falhas, gastos indevidos sem os benefícios esperados, danos materiais, físicos e psicológicos aos usuários e terceiros, além de desvalorização acentuada do imóvel, indenizações acidentárias, condenações jurídicas por negligência, impedimento ao uso, interdições etc.

As falhas de manutenção podem ter diversas causas. Quando se realiza a Inspeção Predial, elas são analisadas para a classificação do grau de risco e para a descrição da orientação técnica. Podem ter origem em execução de atividades inadequadas; mau planejamento; uso indevido de materiais; deficiências com mão de obra; problemas com ausência de registros; contratos de terceirizadas incompatíveis com a realidade operacional das instalações, dentre outras.

A deficiência no diagnóstico das falhas causa retrabalho e gastos desnecessários, sem contar que o problema poderá ressurgir, agravando a situação e causando prejuízo ainda maior.

Outra distinção necessária é que Manutenção não é Reforma, Modernização e/ou Retrofit. Essas atividades alteram as características originais dos sistemas construtivos, fato que não ocorre na Manutenção.

As Reformas em geral podem ocorrer nas edificações para repor sistemas que já se encontram com vida útil ultrapassada, como também para alterar características.

As Reformas, tanto quanto as atividades de Manutenção, necessitam de profissionais habilitados para sua execução, porque envolvem prestações de serviços de Engenharia e Arquitetura. Logo, importante existirem responsáveis técnicos.

43.1 Rotina para a manutenção Predial

O Responsável pelo serviço de Engenharia e Manutenção Hospitalar juntamente com uma equipe multifuncional (eletricista e aux. manutenção), encaminha-se a todos os setores inspecionando:

- A existência de rachaduras;
 - Falhas ou desgaste de pintura ou revestimentos;
 - Existência de pontos de infiltração de água;
 - Verifica janelas e portas;
 - Verifica instalações elétricas (interruptores, tomadas, luminárias e identificação de quadros elétricos);
 - Verifica pontos de telefonia e lógica;
 - Verifica instalações hidráulicas (torneiras, registros, sifão, ralos, vazamentos);
 - Verifica a integridade das instalações físicas do SPDA (Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas).
- Todos os itens apontados durante a inspeção devem ser anotados e para cada item ou tipo de serviço devem ser abertas Ordens de Serviço de

Manutenção conforme normas, rotinas e procedimentos já descritos.

- Caso não haja material disponível para execução do serviço é emitido pedido de compra com descrição do material e local a ser utilizado e encaminhado para a Unidade de Compras.

43.2 AÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

- Planejar e Coordenar todas as atividades das equipes de manutenção, garantindo a satisfação crescente das áreas requisitantes;
- Elaborar o Planejamento de Manutenção Preventiva para os equipamentos e demais recursos da unidade;
- Elaborar, em conjunto com a área de Suprimentos, a relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
- Manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências da unidade;
- Elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes na Instituição;
- Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanear possíveis ocorrências;
- Elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;
- Zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;
- Prestar atendimento de emergência às demais unidades da Instituição, a fim de promover a continuidade das atividades;



-
- Manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência dos mesmos, objetivando, por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos para a assistência;
 - Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a atividade corretiva e preventiva da infraestrutura da unidade;
 - Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura da unidade mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos Departamentos competentes;
 - Avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens e proteger contra a depreciação.
 - Assessorar na análise técnica e de viabilidade econômica quando da escolha de empresas prestadoras de serviços de manutenção preventiva.

43.3 ROTINAS E MANUTENÇÕES PREVENTIVAS NA MANUTENÇÃO PREDIAL

- **Rotina de Inspeção Predial**
- Vistoriar o prédio da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, situados no Município de Arujá/SP - interno e externo;
- Anotar na planilha necessidades de reparos verificados;
- Especificar materiais necessários para reparações;
- Encaminhar pedido de material para a Engenharia de Manutenção;
- Verificar se tem o material em estoque;
- Fazer pedido de compra se necessário;

- Programar obra;

43.3.1 Eletricista

Rotinas

- Verificar funcionamento e drenagem do compressor;
- Verificar funcionamento da bomba de vácuo;
- Verificar a Cabine de Entrada e Subestação;
- Verificar as iluminações externas do Ambulatório;
- Verificar sistema de incêndio e alarme;
- Verificar funcionamento da telefonia;
- Inspecionar as instalações comuns dos andares;
- Atender as Ordens de Serviço emitidas;

43.3.2 Manutenções Preventivas

- Instalar e reparar sistemas elétricos de máquinas, equipamentos e redes de energia elétrica, substituindo fiação ou componentes, obedecendo às solicitações recebidas e programação pré-estabelecida, adotando técnicas e conhecimentos específicos de sua área de atuação.
- Realizar a manutenção preventiva em circuitos e componentes elétricos, analisando a causa dos defeitos, desmontando e montando componentes e/ou conjuntos de equipamentos, substituindo peças de motores, bombas, ventiladores e outros, realizando testes de funcionamento.
- Atender os casos de emergência em seu turno de trabalho, analisando as possibilidades de reparos imediatos ou os procedimentos que poderão ser realizados posteriormente, solicitando orientações superiores.



-
- Inspecionar o quadro elétrico, efetuando medições, aperto de parafusos colchonetes e limpeza, para evitar o superaquecimento ou sobrecarga.
 - Registrar nas ordens de serviço o tempo e material utilizado na execução das tarefas, visando controlar os custos dos serviços realizados e a posterior manutenção preventiva das máquinas e equipamentos.
 - Ler e interpretar esquemas elétricos, fazendo cálculos de eletricidade, utilizando-se de aparelhos de medição elétrica.
 - Realizar serviços gerais de elétrica nas dependências da instituição, instalando, reparando e/ou substituindo luminárias, tomadas, pontos de força, fiação e disjuntores.
 - Acender e desligar a iluminação interna e externa das áreas, acionando interruptores dos circuitos, visando reduzir os custos de energia elétrica e utilizando-a de maneira mais eficiente.
 - Realizar e responder por outros trabalhos correlatos de acordo a necessidade do Setor.

43.3.3 Ar-condicionado

- Realizar mensalmente o serviço de limpeza geral dos equipamentos, limpeza dos filtros de ar e condensadoras para retirar toda sujidade. Quando necessário, efetuar a revisão geral nos equipamentos, como: parte elétrica, mecânica, análise frigorífica, leitura e aferição de pressão de gás refrigerante.
- Mapear máquinas e equipamentos existentes no local e área de atendimento ao equipamento, por exemplo: sala de administração, para assim, poder ter uma identificação própria de cada equipamento e também, caso haja uma fiscalização do ministério da saúde (ANVISA).
- Atender também toda emergência solicitada pela contratante em caso do ar-condicionado apresentar algum problema. Este atendimento emergencial deverá ter prazo de atendimento, ou seja, tempo de resposta por parte da contratada.

-
- Elaborar um cronograma anual constando o mês, os dias e a hora que irá prestar o serviço à contratante.
 - Desenvolver um relatório individual da manutenção de todos os equipamentos da empresa com o intuito de atender ao PMOC – Plano de Manutenção, Operação e Controle.
 - Emitir laudo conforme a legislação Portaria Nº 3523 de 1998 da ANVISA.

44. ENGENHARIA CLÍNICA

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos médica unidade ares é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento – é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos ou nas atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos.

É necessário conhecer a história do equipamento dentro do EAS, a que grupo ou família de equipamentos ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição durante a manutenção; enfim, tudo o que se refira ao equipamento e que possa, de alguma maneira, subsidiar o serviço de manutenção, visando obter segurança e qualidade no resultado do trabalho.

Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Assim, o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE se compromete a:

-
- Contratação de empresa especializada para o fornecimento de gases medicinais;
 - Contratação de empresa especializada para manutenção corretiva e preventiva do sistema de distribuição de gases medicinais, eliminando ou reduzindo ao mínimo as perdas de gases medicinais nas tubulações;
 - Contratação de empresa especializada para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares existentes na unidade;
 - Contratação de empresa especializada para a manutenção preventiva e corretiva das instalações físicas da unidade.

44.1 NORMA DE CRITICIDADE DE EQUIPAMENTOS - TECNOVIGILÂNCIA

OBJETIVO

- Garantir a redução da probabilidade de ocorrência, severidade e recorrência de incidentes relacionados a dispositivos médicos, a citar: equipamentos, acessórios, aparelhos de apoio e diagnóstico.
- Levantar as condições que levaram à ocorrência dos incidentes e subsidiar as ações de investigação dos mesmos.
- Estabelecer o grau de criticidade e impacto na assistência conforme classificação de risco dos equipamentos.
- Promover estudo epidemiológico para elucidar e evitar possíveis reincidências que causem agravo à saúde.
- Fornecer informações estruturadas que embasem um trabalho educativo, de formação e atualização dos operadores e usuários internos.

a) Tecno vigilância

É um estudo de série de casos definidos a partir da exposição a um risco comum durante a utilização de dispositivo médico, podendo resultar em agravo a saúde.

A Tecno vigilância tem como função principal a prevenção ou minimização de riscos, provenientes de possível falha do equipamento médico.

Como medida preventiva convém difundir as boas práticas de utilização dos referidos dispositivos, assim como, a pontualidade nas notificações dos incidentes. A partir dessa premissa, desencadeia-se processo investigativo e aplicabilidade de medidas que assegurem a qualidade dos serviços prestados.

b) Histórico

A Tecno vigilância foi iniciada na Europa, em 1986, onde os países membros da União Europeia, a partir dos registros e avaliação de qualquer disfunção ou alteração das características e/ou desempenho do dispositivo médico, assim como qualquer inadequação na rotulagem ou no manual de instruções, tendo este ou não provocado a morte ou degradação do estado de saúde do paciente ou operador, levavam estas informações aos órgãos competentes que aplicavam as medidas cabíveis.

Na França, a declaração dos incidentes ou risco de incidentes envolvia três entidades: os fabricantes, os usuários e os terceiros (profissional da saúde não usuário, familiares dos pacientes ou qualquer outra pessoa que tenha uma informação relativa ao incidente).

Compete aos fabricantes designar um responsável e replicando a informação ao Ministério da Saúde. Este tem como responsabilidade o registro e avaliação dos incidentes ou riscos de incidentes considerados graves, visando o bom

funcionamento do sistema de tecno vigilância, coordenando as ações dos diferentes envolvidos e verificando o cumprimento dos processos preconizados e da regulamentação.

No Brasil, compete à “Unidade de Tecno vigilância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA” receber os relatos obrigatórios dos profissionais e fabricantes e, na sequencia executar todas as investigações e acompanhamento.

Outros dois departamentos do Ministério da Saúde, a citar: Ouvidoria e o “Disque-Saúde”, também são responsáveis pela escuta das reclamações voluntárias dos usuários ou pacientes, que junto ao departamento de Tecno vigilância – ANVISA emitem pareceres técnicos e se necessário, assumem o controle da situação.

a) Engenharia Clínica

Alinhado a filosofia do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE no que se refere à prestação de assistência direcionada ao diagnóstico e resolubilidade com qualidade, eficiência e humanização, descrevemos os objetivos:

- Detectar ocorrências (falhas) dos dispositivos, informando-as aos profissionais envolvidos, bem como aos distribuidores e/ou fabricantes, contemplando ainda a Vigilância Sanitária e seus órgãos competentes;
- Prover educação continuada aos usuários internos e externos;
- Estabelecer o grau de responsabilidade de toda equipe, assim como o fabricante, através de investigação dos incidentes e das condições que levaram à sua ocorrência;
- Divulgar as informações referentes às ocorrências registradas, soluções encontradas e medidas de prevenção de possíveis ocorrências;

- Implantar e coordenar a política de prevenção de danos dos equipamentos biomédicos, visando a otimização dos recursos financeiros empregados nas manutenções corretivas.

44.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS DE EQUIPAMENTOS MÉDICO – HOSPITALARES

Os equipamentos foram divididos em 4 grupos, de acordo com a criticidade, ou seja, os riscos que oferecem aos pacientes e sua essencialidade.

Risco IV – Equipamentos que podem ocasionar óbitos, sequelas irreversíveis ou infecção hospitalar ao paciente, por falha de funcionamento ou operação incorreta.

Risco III – Equipamentos que podem ocasionar lesões ao paciente em caso de falha de funcionamento ou operação incorreta.

Risco II – Equipamentos que prejudicam o atendimento ao paciente em caso de falha de funcionamento.

Risco I – Equipamentos que auxiliam o tratamento, porém não oferece risco ao paciente.

45. SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE GASES MEDICINAIS

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE avalia que este serviço é de suma importância para o atendimento dos pacientes, visto que a descontinuidade ou falha no fornecimento destes gases medicinais gera, imediatamente, o risco na vida do paciente assistido,

Para garantir o fornecimento de Gases Medicinas será contratada empresa especializada, que terá as seguintes obrigações:

A - INSTALAÇÕES/FORNECIMENTOS

- A.1.** Oxigênio Medicinal conforme RDC 50 da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
- A.2.** Manutenção da rede de distribuição do oxigênio até os pontos de uso;
- A.3.** Manutenção dos postos de consumo de Oxigênio;
- A.4.** Manutenção dos painéis de alarme de pressão baixa da rede;
- A.5.** Acessórios de fim linha dos postos de distribuição (reguladores e fluxômetros).

B. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS

A prestação de serviços de locação de equipamentos para fornecimento continuado por lote de oxigênio medicinal contempla: o fornecimento dos gases e abastecimento dos equipamentos de armazenamento e suas respectivas manutenções preventivas e corretivas.

Unidade de medida: Oxigênio Medicinal – metro cúbico (m³)

O Oxigênio Medicinal a ser fornecido deve ter as seguintes especificações técnicas, quanto às suas características:

OXIGÊNIO MEDICINAL – Grau de Pureza conforme RDC 50 da ANVISA.

Símbolo: O₂

Características físico-químicas:

Inodoro Insípido

Não-inflamável Comburente

Peso molecular = 31,9988 Produto sem efeito toxicológico.

C. DAS MANUTENÇÕES

Os critérios das Manutenções Preventivas e Corretivas das unidades dos tanques de armazenamento, das usinas concentradoras e dos cilindros das centrais de reserva dos gases medicinais devem seguir o estabelecido nas normas técnicas vigentes.

- a) A **MANUTENÇÃO TÉCNICA PREVENTIVA** contempla os serviços efetuados para manter os equipamentos funcionando em condições normais, tendo como objetivo diminuir as possibilidades de paralisações, compreendendo: manutenção do bom estado de conservação, substituição de componentes que comprometam o bom funcionamento, modificações necessárias com objetivo de atualização dos aparelhos, limpeza, regulagem, inspeção, calibração e testes, entre outras ações que garantam a operacionalização dos equipamentos.

- b) A **MANUTENÇÃO TÉCNICA CORRETIVA** contempla os serviços de reparos com a finalidade de eliminar todos os defeitos existentes nos equipamentos por meio do diagnóstico do defeito apresentado, bem como, da correção de anormalidades, da realização de testes e calibrações que sejam necessárias para garantir o retorno do equipamento mesmo às condições normais de funcionamento.

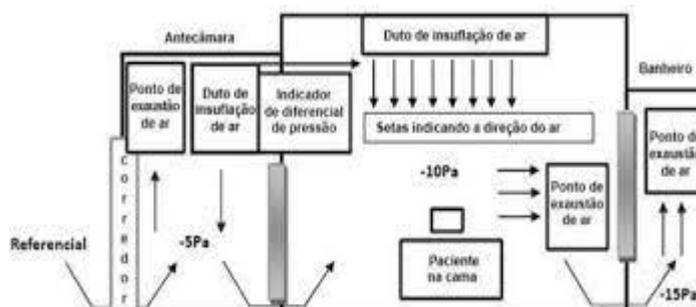
Juntamente com a instalação dos equipamentos será entregue um cronograma detalhado das atividades de manutenção preventiva.

As manutenções técnicas preventivas serão efetuadas em data e horário previamente estabelecidos, de comum acordo, de modo que não interfiram nas atividades de funcionamento da unidade.

As manutenções técnicas corretivas deverão ser efetuadas no prazo máximo de 4 (quatro) horas, contadas a partir da comunicação feita pela instituição, por



escrito ou telefone, devendo ser anotado o dia, a hora e o nome da pessoa que recebeu a comunicação. O serviço de manutenção corretiva deverá estar à disposição 24 horas por dia.



46. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS CARACTERÍSTICAS E ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE. A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DEVERÁ DESCREVER COMO PRETENDE ORGANIZAR E IMPLANTAR AÇÕES E ATIVIDADES QUE AGREGAM QUALIDADE AOS SERVIÇOS, PRINCIPALMENTE QUANTO À COMISSÃO DE ÉTICA, SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO, INFORMATIZAÇÃO, RECEPÇÃO, AÇÕES/ ATIVIDADES DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E TEMPO DE ESPERA.

46.1 PROGRAMA DE QUALIDADE

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE – visando a qualidade assistencial e a satisfação do cliente compromete-se a um atendimento de qualidade como desenvolvimento de uma atenção competente.

A qualidade dos serviços prestados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, deverá ser vista como um produto de ações que interagem, através das pessoas envolvidas nos diferentes processos, que resultam na prestação da assistência à saúde. Será preciso formar grupos de trabalho, todos engajados e capacitados em ferramentas da qualidade. O trabalho da equipe é um princípio fundamental para o sucesso dessa gestão.

Outro princípio importante é a melhoria contínua, para isso será disseminada na instituição a cultura de que há sempre uma maneira melhor de realizar um trabalho, processo contínuo de avaliação das atividades aplicando diariamente por todos da instituição.

46.2 PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS

A padronização é uma importante ferramenta gerencial, dentro de qualquer processo funcional, com os objetivos de garantir os resultados esperados para cada tarefa realizada, garantir a manutenção da qualidade e dar a segurança aos profissionais na execução de tarefas, para isso serão criados os Procedimentos Operacionais.

É preciso salientar que as metodologias a serem adotadas pelo Programa da Qualidade na implementação de novos padrões e nas melhorias dos serviços prestados devem estar sempre alinhadas às necessidades da instituição.

O papel dessas metodologias é operar mudanças de hábitos, promovendo a revisão dos processos já implantados, assim será possível transformar posturas e expectativas para que todo o trabalho possa contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços assistenciais oferecidos pela Unidade Mista de Taboão da Serra.

46.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

Atendendo às recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, objetiva prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde, instituindo os Núcleos de Segurança do Paciente, que tem como objetivo principal estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Instituição, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação, imprescindíveis para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de cada unidade será constituída por representantes dos setores de Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Radiologia, Nutrição, Qualidade e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A Diretoria Técnica e Clínica participa prestando assessoria ao Núcleo.

A atuação se dará em áreas como: prevenção de infecções; procedimentos cirúrgicos; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas e úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

São atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente:

- Elaborar,
- implantar,
- divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;
- Identificar pontos críticos para a segurança do paciente;

-
- Aprovar e implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
 - Definir políticas, diretrizes e estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
 - Elaborar e viabilizar junto à Administração a implementação de ações para instituir sistemas mais seguros.

Depois de implantado o Núcleo, a equipe terá prazo estipulado para definir protocolos e pensar estratégias de funcionamento, visando a segurança do paciente e a prevenção de riscos futuros.

47. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO COM ATIVIDADES PREVISTAS PARA ASSUNÇÃO COMPLETA DOS SERVIÇOS

47.1 PLANO DE TRABALHO

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE propõe a elaboração de um plano de trabalho que seja norteado por princípios éticos, respeito à individualidade e diversidade, humanização, valorização de colaboradores, excelência, interdisciplinaridade e responsabilidade. Esse plano prevê a participação ativa dos colaboradores. Este planejamento permitirá um trabalho de transição e evolução que fortalecerá os bons projetos em andamento e buscará implantar novas estratégias para a resolução dos problemas existentes nas unidades.

- Objetivos do Plano de Trabalho:

- Buscar continuamente a excelência na assistência à saúde integral da população através da disseminação da cultura de excelência e do

aprimoramento dos processos de trabalho para contribuir na qualidade da assistência.

- Incentivar a política de humanização desenvolvendo a cultura de humanização na instituição.
- Fomentar a política de gestão de pessoas orientada para o desenvolvimento profissional e pessoal na busca do aprendizado individual, aprimorando a equipe de trabalho e buscando a eficiência e eficácia na assistência integral ao cliente.
- Gerenciar pessoas, recursos materiais, financeiros e infra-estrutura viabilizando o bom funcionamento da instituição, mantendo o funcionamento da instituição com qualidade e segurança.
- Implantar os serviços específicos tratados neste contrato.

47.2 Acompanhamento das Ações

Para realização do plano de trabalho e a execução das ações propostas serão elaborados Planos de Ação. Este plano define o que precisa ser feito, quando precisa ser feito, por quem será feito e que recursos serão necessários. O plano de ação é o processo de operacionalização do objetivo, e deverá explicitar claramente:

- O objetivo que deve ser alcançado.
- Os passos que devem ser seguidos para atingir este objetivo, ou seja, as atividades que devem ser executadas.
- A sequência lógica em que estas atividades devem ser executadas.
- As datas para início e término de cada atividade.
- O responsável pela execução de cada atividade.
- Os recursos necessários para a execução de cada atividade
- Os resultados intermediários (metas) a serem atingidos ao final de cada

atividade.

- Os indicadores que servirão para avaliar se as atividades foram executadas a contento.

47.3 Sequência de Ações de Plano de Trabalho

- Diagnóstico Local

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida e também a forma como estão organizados os serviços e as rotinas dos atendimentos de urgência / emergência.

A organização inadequada das diversas interfaces que envolvem a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAM BARRETO-24H, contribui para um ambiente desfavorável tanto para os usuários quanto para os profissionais, contribuindo assim para maior stress e comprometimento da qualidade do serviço ofertado. É necessário conhecer a realidade de trabalho e a comunidade à qual o trabalho é destinado, a fim de poder implementar estratégias e programas capazes de corrigir essa desorganização e contribuir para melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Objetivos

- Compreender a estruturação da unidade de Pronto Atendimento;
- Conhecer a área de abrangência;
- Conhecer o perfil da comunidade assistida;

Após o diagnóstico local, seguiremos o cronograma abaixo para implantação dos serviços propostos:



47.4 - CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS PROPOSTOS

AÇÕES	Mês1	Mês2	Mês3	Mês4	Mês5	Mês6	Mês7	Mês8	Mês9	Mês10	Mês11	Mês12
-Adequação dos recursos humanos existentes												
- Estabelecimento das Atividades de Educação Permanente												
-Teinamentos de Capacitação												
- Revisão e Implantação das Normas e Rotinas em todos os setores.												
- Implantação dos Protocolos estabelecidos												
- Adequação do Serviço de Farmácia												
- Adequação do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos e Estatística												
- Implantação do SAU (Serviço de Apoio ao Usuário).												
- Implantação do Serviço de Tecnologia da Informação												
- Programa de Manutenção Geral e Manutenção de Equipamentos com a avaliação do parque tecnológico, programa de manutenção preventiva e corretiva.												

- acompanhamento de Metas e Indicadores Estratégicos.												
Realização de inventário de bens nas unidades												
Formação / Adequação da Equipe												
Implantação da Política de Humanização / Programa de acolhimento												

48. DETALHAMENTO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES VOLTADAS À APURAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES

A avaliação da satisfação dos usuários é um assunto que vem despertando interesse de pesquisadores e gestores da saúde. Conhecer como os serviços de saúde oferecidos à população são avaliados por seus usuários pode contribuir para manter formas de atuação e/ou formular novas propostas de trabalho. Ouvir a comunidade a esse respeito ajuda os gestores no planejamento e implementação das ações e programas de saúde, justificando seus investimentos em determinadas áreas, além de aproximar os serviços de saúde dos usuários, fortalecendo a participação popular nos processos de planejamento e controle social. Acredita-se que a avaliação de usuários é um importante instrumento para qualificação e aprimoramento dos serviços de saúde e que contribui para a construção do novo modelo proposto pelo IBRAGAS e sobretudo para cogestão junto ao terceiro setor, como estratégia fundamental de mensurar efetividade.

Silva e Formigli (1994, p. 88) afirmam que a satisfação do usuário pauta-se na “percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe”. Assim, o grau de satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço de saúde pode referir-se à relação que o usuário estabelece com o profissional do cuidado, assim como sua relação com os aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos e medicamentos), das amenidades (ventilação e conforto) e suas representações sobre o processo saúde-doença.

Ao avaliar a qualidade dos serviços, Donabedian (1990) leva em conta sete pilares:

eficácia (o melhor que se pode fazer, em condições mais favoráveis possíveis, dado o estado do usuário e circunstâncias inalteráveis); efetividade (melhora da saúde que queremos alcançar, porém sem as condições ideais); eficiência (medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, obter o efeito máximo de melhora na saúde, com o menor custo); otimização (emprego da relação custo-benefício em saúde); aceitabilidade (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de sua família); legitimidade (aceitação do cuidado e aprovação dos serviços de saúde pela comunidade) e equidade (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população).

Refere, ainda, três dimensões para a qualidade dos serviços de saúde. A primeira delas, a dimensão do desempenho técnico, consiste na aplicação do saber, do conhecimento e tecnologia médica, a fim de maximizar benefícios e reduzir riscos. A dimensão das relações interpessoais leva em conta o relacionamento com o paciente. A terceira dimensão, a das amenidades, diz respeito ao conforto e estética das instalações e equipamentos onde ocorre a prestação do serviço, ou seja, a estrutura física do local de atendimento.

O IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, implanta ações que fortalecem o atendimento humanizado a partir de educação continuada, aprimoramento e avaliação da assistência prestada, por

meio de implantação de protocolos desenvolvidos de acordo com as particularidades observadas no município.

Todas as atividades são realizadas respeitando os padrões profissionais, a legislação e a regulamentação das políticas internas, com base na ética.

Os profissionais que atuam no IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE em seus projetos, e os que porventura venham a atuar, recebem instrução quanto à hospitalidade, excelência de atendimento e humanização, a fim de que sua prática profissional seja aplicada na íntegra, com vistas à alcançar não tão somente todas as metas propostas pelo gestor público, mas também a satisfação de sua clientela alvo – os pacientes.

São utilizados como instrumento de avaliação da qualidade: pesquisa de opinião dos usuários atendidos, avaliação técnica dos profissionais e levantamento de indicadores baseados nos atendimentos.

Todos os dados levantados são mensurados e utilizados como norteadores das ações subsequentes para melhoria da qualidade dos serviços.

48.1 - PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO SAU (SERVIÇO DE APOIO AO USUÁRIO)

O SAU (Serviço de Apoio ao Usuário) tem como objetivo registrar queixas, sugestões ou elogios, orientar os pacientes e familiares em questão mais específicas, verificar o índice de satisfação dos usuários, atendendo as necessidades e expectativas dos clientes.

O trabalho desenvolvido no SAU envolve todos os setores das unidades de saúde no sentido de garantir um atendimento digno, com resolutividade e eficácia na assistência aos usuários.

Na estruturação do SAU dentro da concepção do projeto do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, esse será desenvolvido sob a responsabilização de um profissional do Serviço Social, que estará vinculado ao núcleo coordenador da Unidade, a fim de fomentar as ações citadas em relação a mensuração da satisfação do usuário, esse profissional se responsabilizara por colher as informações, tabular os dados e participar dos processos de gestão e planejamento da oferta de serviços.

O SAU também é o responsável pela aplicação da Pesquisa de Opinião dos Usuários, que tem por objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes a atuação dos diversos profissionais, com foco na qualidade da assistência prestada, tempo de espera, qualidade e higiene das instalações e equipamentos.

A pesquisa ficará à disposição dos usuários e familiares em postos estratégicos da unidade, para que seja respondido de forma espontânea ou através de incentivo dos colaboradores. No entanto haverá uma pactuação de uma amostra representativa de atendimentos realizados durante o mês nas respectivas unidades de saúde, a fim de atender os requisitos mínimos contidos neste edital.

Dentre as ações estruturantes da atuação do SAU, está proposto a realização da pesquisa de satisfação do usuário. Sendo delineado seu desenvolvimento abaixo:

PROPOSTA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade, através de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constitui uma oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, como

também permiti a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde da família e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

Objetivo Geral

Identificar a satisfação dos usuários, com os serviços prestados.

Objetivos Específicos

- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento do hospital;
- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários;
- Identificar meios de manter esses pontos positivos;
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários;
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários.

Instrumentos

Esta pesquisa será feita por intermédio de um questionário, que abordará dados socioeconômicos dos usuários, satisfação quanto aos serviços prestados, atendimento da equipe de saúde, bem como os vínculos estabelecidos entre eles, duração das consultas, acessibilidade à unidade, estrutura física e insumos.

O questionário será aplicado aos usuários que procurarem atendimento no hospital durante os sete dias da semana, nos períodos diurno e noturno (dependendo da amostra obtida), sendo que o mesmo será aplicado pelos próprios funcionários da unidade. O grupo será previamente treinado pelo profissional do SAU, quanto a aplicação do questionário a fim de saber

previamente o tempo a ser gasto e possíveis problemas que poderão ocorrer no decorrer da aplicação do questionário.

A aplicação do questionário será feita após a consulta com a enfermeira ou médico. Aqueles que não quiserem responder ou não saberem, também serão contabilizados ao fim da coleta de dados.

Diariamente as pesquisas e os questionários respondidos serão recolhidos e tabulados pelo profissional do SAU, ao final do mês será apresentado um relatório geral do resultado das pesquisas e discussão e apresentação dos dados nas reuniões de Coordenação e equipes da SMS de Arujá/SP.

Como proposta dividimos em quatro grupos a elaboração de questões, classificadas em:

- Acesso ao hospital;
- Consulta;
- Atendimento de Urgência;
- Realização de Exames;
- Outros atendimentos;

(a) acesso – facilidade de acesso, sinalização, informações sobre a Unidade, número de tentativas para abrir prontuário e para obter consulta, facilidade de circulação e orientação dentro da unidade de saúde, acomodações e infraestrutura, consulta com hora marcada, horário de funcionamento, tempo de espera, conforto de instalações;

(b) consulta – satisfação com o profissional, compreensão sobre a doença, compreensão sobre a indicação de exames, compreensão sobre significação dos resultados de exames, informação sobre a realização dos exames, compreensão sobre o tratamento dietético e efeitos colaterais, compreensão sobre tratamento medicamentoso, informação sobre efeitos colaterais dos medicamentos, compreensão sobre cuidados gerais e expectativa de melhora com a dieta, com a consulta e com a medicação;

-
- (c) atendimento de urgência – tempo para atendimento de acordo com a classificação de risco.
- (d) Realização de exames – orientação, transporte interno, transporte externo, tempo de realização do exame.
- (e) outros – atendimentos da assistente social, psicóloga, fisioterapia, nutrição, etc.

Rotina de aplicação das pesquisas de satisfação

- Deixar os impressos das pesquisas nos locais estabelecidos.
- Verificar diariamente se não está faltando o impresso de pesquisas de satisfação em suas respectivas caixas.
- Retirar diariamente, as pesquisas das caixas.
- Manter as pesquisas em envelopes identificados, para o futuro arquivo.

Rotina de aplicação do questionário para avaliação do usuário

- Entrevistar os pacientes ou acompanhantes que passaram em consultas ou realizaram procedimentos na unidade.
- Encaminhar aos responsáveis as reclamações, elogios e sugestões que possam haver no momento da aplicação do questionário.

Rotina de tabulação do questionário para avaliação do usuário

- Tabular os questionários respondidos conforme os itens avaliados, gerando um relatório constando o total de pesquisas respondidas e os resultados obtidos para cada item.

-
- Enviar o relatório mensalmente até o dia 10 do mês subsequente para a Coordenação de Qualidade, SAU, SMS e pautar em reunião de coordenação.

48.2 - PROPOSTA PARA CRIAÇÃO DA OUVIDORIA E ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE determina como estratégia para ampliar a percepção de satisfação do usuário um canal de ouvidoria e acolhimento, que tem por objetivo registrar de modo estatístico, reclamação, sugestão, elogios, ou para sanar dúvidas. Os canais de escuta consistem em:

A. Acolhimento do Coordenador da Unidade:

O atendimento deverá ser feito em uma sala reservada, de forma a preservar a privacidade do paciente. Esse espaço descentraliza os níveis de resolutividade de conflito entre as amenidades dos processos de trabalho, e coloca a equipe como protagonista em relação as tomadas de decisão. Nos casos em que houver algum conflito na unidade entre o usuário e o trabalhador, esses poderão ser dirimidos na própria unidade reforçando o vínculo junto a equipe.

Todos os atendimentos realizados, devem ser registrados em planilha excel própria para tal registro. A planilha de controle deve conter os seguintes itens: fonte da reclamação (verbal, telefone, correio, e-mail, etc), número de ocorrência, data, nome do usuário / paciente, resumo de ocorrência, resumo da ação e unidade envolvida (recepção, médica, enfermagem, etc). Ao final do mês emitir um relatório com os seguintes dados: total de atendimentos (telefone pessoal e e-mail) e unidades envolvidas.

As ocorrências formalizadas deverão ser encaminhadas para os respectivos setores para providências e ao final do mês enviar para a Coordenação da Qualidade- SAU o relatório gerencial das ocorrências.

Todas as reclamações recebidas deverão ser respondidas em até 48 horas.

Os envolvidos deverão apresentar a resolução em 15 dias. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhado a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

Normatização para Acolhimento ao Usuário quando em queixa quanto ao serviço de saúde:

Rotina de atendimento para orientações gerais

- Atender cordialmente o usuário, solicitar que apresente sua dúvida.
- Orientar o usuário a e se certificar que o mesmo tenha entendido a orientação.

Rotina de atendimento das reclamações

- Orientar o usuário a formalizar a reclamação, sugestão ou elogio no formulário de Registro de Reclamação do Usuário. No caso da impossibilidade do mesmo formalizar a reclamação no ato, orientá-lo da possibilidade de enviar por e-mail ou trazer redigido de sua residência.
- Descrever a reclamação no formulário próprio para reclamações, nos casos em que o paciente tiver dificuldades na escrita e solicitar nosso auxílio. Utilizar nestes casos a 3ª pessoa ex.: o reclamante refere, ou Segundo Informação do Cliente (SIC).
- Ler ou solicitar a leitura do que foi escrito para o paciente e solicitar sua assinatura.
- Informar ao paciente para quem está sendo encaminhado a sua reclamação, se certificar que os dados pessoais (endereço e telefone)

estão corretos, e o informar sobre como será dado o retorno.

- Anotar na planilha de ocorrências e inserir na planilha de controle das ocorrências formalizadas.
- Rotina de controle de prazo para retorno das reclamações
- Verificar diariamente quais as reclamações pendentes que estão com o prazo vencido no dia.
- Elaborar e-mail para secretária da Diretoria/ Coordenação envolvida contendo a relação das reclamações pendentes (número da queixa, nome do reclamante, data em que foi encaminhado).

B. Criação da Ouvidoria:

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, poderá dispor de e-mail, telefone e aplicativo Smartphone para o registro das queixas e apontamentos referente a gestão e satisfação do atendimento, esse servirá de instrumento de mapeamento de ocorrência para fins de planejamento e material para o matriciamento e apoio institucional.

49. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MÂNICA, Fernando Borges. O Setor Privado nos Serviços Públicos de Saúde, Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010.

SOUZA, Antônio Artur. Gestão Financeira e de Custos em Hospitais, São Paulo: Editora Atlas, 2013.

MODESTO, Paulo; JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da Cunha. Terceiro Setor e Parcerias na Área de Saúde, Belo Horizonte: Editora Fórum, 2011.

OLIVEIRA, Gustavo Justino de; MÂNICA, Fernando Borges. Parcerias na Saúde, Belo Horizonte: Editora Fórum, 2009.

BURMESTER, Haino. Manual de Gestão Hospitalar, São Paulo: Editora FGV, 2012.

MEZZOMO, Augusto A. Serviço do Prontuário do Paciente, São Paulo, 1991.

RABAGLIO, Maria Odete Seleção por Competência, São Paulo, 2001.

CARVALHO, Antônio Vieira, e NASCIMENTO, Luiz Paulo. Administração de Recursos Humanos, São Paulo.

WORTEN, Blaine, R.; SANDERS, James R.; FITZPATRICK, Jody L. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. Sistema de Organização e Métodos: Uma Abordagem Gerencial, São Paulo, 2005.

Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958.

Código de Nuremberg, 1947.

CLOTET J. O consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Bioética 1995; (1): 51- 59. Cartilha de Humanização HumanizaSus – MS – Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização.

KOTAKA, Filomena; PACHECO, Maria Lúcia R.; HIGAKI, Yasue. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo. Disponível em: www.scielosp.org. Acesso em: 31



Agosto 2009.

ABRÃO, Rosângela Marinho de Souza. SAC: Canal de comunicação entre a empresa e o consumidor. Disponível em: www.procon.go.gov.br . Acesso em: 31 de Agosto 2009.

Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958

Código de Ética, nos artigos 46, 48, 56 e 59

Código Civil, nos artigos 13 e 14

Art. 46 – É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico, sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida

Resolução CNS 196/96 “ Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos “ Código de Nuremberg, 1947.

BRASIL, Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. 2011. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Bragança Paulista: IBGE. 2010.

MATERIAIS DA INTERNET

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

Manual Saúde do Adulto -

<file:///C:/Users/crisl/Downloads/Sa%C3%BAde%20do%20adulto.pdf>

Publicações SUS -

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

Protocolos SUS -

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/ManualTecnico.pdf>

ANEXO I - REGULAMENTO DE CONTRATAÇÕES DE COMPRAS, SERVIÇOS, OBRAS, ALIENAÇÕES E LOCAÇÕES DO IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE

CAPÍTULO I

Seção I

Disposições Gerais

Art. 1º - Este Regulamento estabelece normas objetivando a contratação de compras, serviços, obras, alienações e locações no âmbito do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

Art. 2º - A contratação de compras, serviços, obras, alienações e locações do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, será feita de acordo com as normas deste regulamento e o disposto no seu Estatuto.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar dentre as propostas apresentadas, a mais vantajosa para o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE mediante julgamento objetivo e observados os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência.

Art. 4º - As contratações, a que se refere este Regulamento, serão feitas com a adequada caracterização de seu objeto e sempre que necessário com Termo de Referência pela área técnica específica.

Seção II

Das Modalidades de Procedimento

Art. 5º - As modalidades de procedimento para as contratações deste Regulamento são:

- I – compra direta;
- II – compra mediante o mínimo de 3 (três) orçamentos;
- III – carta convite; IV – tomada de preços;
- V – concorrência.

Art. 6º - As modalidades de procedimento dos incisos I a V do Art. 5º aplicam-se às contratações de compras, serviços, obras, alienações e locações do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE e serão determinadas em função do valor estimado de cada contratação, a saber:

- I – compra direta: até R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), mediante simples pesquisa de mercado;
- II – compra mediante o mínimo de 3 (três) orçamentos documentadas através de e-mail, site ou sistema especializado em compras: acima de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) até R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais);
- III – convite: acima de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) até R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), levando em conta serviços de continuidade em unidades que funcionam 24 horas e o serviço para pode ser parado para mudança imediata, salvo outras considerações que o Diretor Financeiro julgar necessário;
- IV – tomada de preços: acima de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) até R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais), nos demais casos;

V – Concorrência: acima de R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais);

§ 1º - Os valores a que se referem os incisos I a IV, deste artigo, serão considerados em dobro quando se tratarem de obras e serviços de engenharia;

§ 2º - Os valores acima referidos serão corrigidos, anualmente, pela variação do IGPM-FGV;

§ 3º – Os valores a que se referem os incisos I a V, deste artigo, poderão ser revistos, sempre que necessário, pelo Conselho ADM e FISCAL do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, prevalecendo, para os fins previstos neste artigo, o que, a esse respeito, for deliberado por esse Conselho.

§ 4º – Até 50% (cinquenta por cento) do valor a que se refere o inciso I, deste artigo, poderá ser feito adiantamento em moeda corrente do país, para quem do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, mediante prévia justificativa, possa efetuar compras de interesse deste Instituto, até o montante do valor adiantado, cabendo ao responsável prestar contas a quem autorizou o adiantamento.

Seção III

Da Compra Direta

Art. 7º - Compra direta é a modalidade de procedimento realizada mediante simples pesquisa de mercado, por quem autorizado pelo Diretor Presidente do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, dispensando as demais modalidades.

Art. 8º - o pedido para pagamento deverá ser acompanhado da comprovação de suficiência de recursos, emitida pelo Setor financeiro, através de ofício interno com justificativa da compra, bem como da nota fiscal emitida em nome do Instituto CNPJ/ /Nome do coordenador e número do convênio.

Parágrafo Único - Quando a compra direta for efetuada com recursos de convênio, autorização a que se refere o caput deste artigo, poderá ser feita pelo seu respectivo executor.

Seção IV

Da Compra Mediante Orçamentos

Art. 9º - Compra mediante orçamentos é a modalidade de procedimento realizada com prévia obtenção de, no mínimo, 3 (três) orçamentos, entre interessados do ramo pertinentes ao objeto.

Art. 10º - Para a compra mediante orçamentos, além do acompanhamento da autorização do Diretor Financeiro do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, no respectivo expediente, deverão ser juntados os comprovantes da realização dos orçamentos a que se refere o caput deste artigo, dispensando-se, no que couber, as demais formalidades das outras modalidades deste Regulamento.

Parágrafo Único - A escolha da melhor proposta levará em conta, além do preço, os aspectos operacionais das propostas apreciadas, o currículo dos proponentes, o interesse dos beneficiários, a qualidade técnica dos bens ou serviços, avaliada através de atestados de idoneidade técnica ou por meio de avaliação de especialistas, bem como a regularidade fiscal.

Seção V

Do Convite

Art. 10 - Convite é a modalidade de procedimento entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados pelo IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, em número mínimo de 3 (três), para os quais será expedida a carta-convite, afixando-se cópia na sede

do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, em lugar acessível aos interessados.

§ 1º - Na carta-convite, a que se refere o caput deste artigo, será estabelecido o prazo para resposta, o qual não poderá ser inferior a 3 (três) dias úteis, contados a partir da sua entrega.

§ 2º - Quando, por limitações do mercado ou manifestação de desinteresse dos convidados, for impossível a obtenção do número mínimo de participantes exigido no caput deste artigo, essas circunstâncias deverão ser devidamente justificadas no processo, sob pena de ser repetido o convite.

§ 3º - O convite será estendido aos demais interessados na correspondente especialidade que manifestarem interesse com antecedência de até 24 (vinte e quatro) horas, da apresentação das propostas.

§ 4º - 3o Aplica-se no procedimento do caput deste artigo, no que couber, o disposto nos artigos 13 e 14 deste Regulamento.

Seção VI

Da Tomada de Preços

Art. 11 - Tomada de preços é a modalidade de procedimento realizada entre interessados, anteriormente convocados por edital publicado em site do instituição e afixado na sede do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, em lugar acessível aos interessados, dando-se a necessária comunicação às entidades de classe que os representem.

§ 1o - A publicação do edital a que se refere o caput deste artigo deverá ser feita com, pelo menos, 10 (dez) dias corridos de antecedência em relação à data prevista para recebimento das propostas.

§ 2o - À tomada de preços aplica-se, no que couber, o disposto nos artigos 13 e 14 deste Regulamento.

Seção VII

Da Concorrência

Art. 12 - Concorrência é a modalidade de procedimento entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação, comprovem atender os requisitos mínimos de qualificação exigidos no respectivo edital, para a execução de seu objeto.

§ 1o - O edital, a que se refere este artigo, deverá ser publicado resumidamente, por uma vez, no site oficial do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE e em locais de circulação da região.

§ 2o - A publicação do edital, a que se refere o parágrafo primeiro, deverá ser feita com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias corridos em relação à data prevista para recebimento dos envelopes, contendo documentação e proposta.

§ 3o - O edital de concorrência será afixado na sede do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, em lugar acessível aos interessados, e será feita a necessária comunicação às entidades de classe que os representem.

Art. 13 - O edital de concorrência conterá, obrigatoriamente:

I – número de ordem em série anual, o nome do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, o regime de execução e a menção de que será regido por este Regulamento; II– descrição de seu objeto de forma sucinta e clara;

III – prazo e condições para assinatura do contrato;

IV – Critério para julgamento com disposições claras e objetivas; V – Condições de pagamento;

VI – local, dia e hora para o recebimento dos envelopes, contendo documentação e propostas, e para o início da abertura dos envelopes;

VII – instruções e normas para os recursos previstos neste Regulamento;

VIII – outras indicações tidas por necessárias pelo IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

§ 1º – A minuta do contrato a ser firmado entre o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE e o concorrente vencedor constituirá anexo do edital, dele fazendo parte integrante.

§ 2 – À concorrência aplica-se, no que couber, o disposto no Art. 14 deste Regulamento.

Art. 14 - A contratação, quando for o caso, será iniciada com a abertura de processo administrativo devidamente autuado, protocolado e numerado, contendo a autorização respectiva, a indicação sucinta de seu objeto e do recurso próprio para a despesa, e a ele serão juntados, oportunamente:

- I – orçamentos, convites ou edital, e respectivos anexos, se houver;
- II – comprovantes da publicação do edital resumido ou da entrega da carta-convite;
- III – ato de autorização da pessoa encarregada, ou de designação da Comissão de Contratação, para os fins previstos no art. 7º deste Regulamento;
- IV – original das propostas e dos documentos que as instruírem;
- V – atas, relatórios e deliberações do empregado autorizado, ou da Comissão de Contratação;
- VI – pareceres técnicos ou jurídicos emitidos sobre os respectivos procedimentos, dispensa ou inexigibilidade;
- VII – julgamento com classificação das propostas e adjudicação do objeto do procedimento;
- VIII – atos de adjudicação e de homologação do objeto do procedimento;
- IX – recursos eventualmente apresentados pelos interessados e respectivas manifestações e decisões;

X – despacho de anulação ou de revogação do procedimento, quando for o caso, fundamentado circunstanciadamente;

XI – termo de contrato ou instrumento equivalente, conforme o caso;

XI – demais documentos relativos ao procedimento.

Capítulo II

Da Dispensa e da Inexigibilidade de Procedimento

Art. 15 - É dispensável o procedimento a que se referem os artigos 8º, 9º, 10, 11 e 12, deste Regulamento:

I – para as compras, serviços, obras e alienações IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE cujo valor não exceder o limite a que se refere o Art. 6º, inciso I, deste Regulamento;

II – nos casos de emergência, quando caracterizada urgência de atendimento;

III – quando não acudirem interessados ao procedimento anterior e este, justificadamente, não puder ser repetido, sem prejuízo para o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE;

IV – quando as propostas apresentadas consignarem preços, manifestadamente superiores aos praticados no mercado nacional;

V – para a contratação com pessoas jurídicas de direito público, entidades filantrópicas, paraestatais e as sujeitas ao controle majoritário do poder público;

VI – para aquisição ou locação de imóveis destinados ao atendimento das finalidades estatutárias do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, desde que o preço seja compatível com o valor de mercado;

VII – na contratação de instituição brasileira incumbida regimental ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, desde que a contratada detenha inquestionável reputação ético-profissional e não tenha fins lucrativos;

VIII – para aquisição de bens ou serviços quando as condições ofertadas forem manifestamente vantajosas para o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE;

IX – na contratação de entidade jurídica sem fins lucrativos e de comprovada idoneidade, para prestação de serviços ou fornecimento de mão-de-obra, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;

X – para aquisição de bens e serviços destinados exclusivamente à pesquisa científica e tecnológica, com recursos concedidos pela CAPES, FINEP, CNPq ou outras instituições oficiais de fomento à pesquisa, credenciadas pelo CNPq para esse fim específico;

XI – para aquisição de bens e serviços destinados exclusivamente à pesquisa científica e tecnológica, com recursos de fontes que não imponham restrições ou procedimentos para contratação e utilização dos recursos;

XII – para aquisição de produtos químicos específicos, destinados a laboratórios de pesquisa científica e tecnológica, quando adquiridos diretamente do fabricante ou de seus representantes;

XIII – para aquisição de softwares específicos, quando adquiridos diretamente do fabricante ou de seus representantes;

XIV – na contratação realizada por empresa pública ou sociedade de economia mista, com suas subsidiárias e controladas para a aquisição de bens, prestação ou obtenção de serviços, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;

XV – para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão;

XVI – para a contratação de serviços de profissional, como coordenador ou executor de projeto de sua autoria, ou de profissional que, com reconhecida competência, já tenha anteriormente prestado serviços da mesma natureza à FUNDIBIO ou, ainda, de docente indicado por instituição de ensino, com a qual o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE mantenha convênio de cooperação;

XVII – para contratação de remanescente de obra, serviço ou fornecimento em consequência de rescisão contratual, desde que atendida a ordem de classificação do procedimento realizado;

XVIII – para a impressão de formulários padronizados de uso do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, de edições de livros ou revistas e, para a prestação de serviços de informática;

XIX – na celebração de contrato de programa com ente da Federação ou com entidade de sua administração indireta, para a prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação;

XX – para o fornecimento de bens e serviços produzidos ou prestados no país, que envolvam, cumulativamente, alta complexidade tecnológica e defesa nacional, mediante parecer de comissão especialmente designada pela autoridade máxima do órgão;

§ 1º - As dispensas previstas neste artigo deverão ser, necessariamente, justificadas e comunicadas ao Diretor Presidente do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE para ratificação, de acordo com o estabelecido no Art. 17 deste Regulamento.

§ 2º – O valor que se refere o inc. I do caput deste artigo será considerado em dobro, para compras, obras e serviços contratados por consórcios públicos,

sociedade de economia mista, empresa pública e por autarquia ou fundação qualificadas, na forma da lei, como Agências Executivas.

Art. 16 - É inexigível o procedimento de que trata este Regulamento, quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I – para aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos ou prestados por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;

II – para a contratação de serviços técnicos profissionais especializados, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização.

Parágrafo Único - Os requisitos a que se referem os incisos I e II deste artigo deverão ser devidamente comprovados no processo de contratação.

Art. 17 – Como condição para eficácia dos respectivos atos, as situações de dispensa, previstas no Art. 15, incisos II a XX, e as de inexigibilidade de licitação, previstas no Art. 16, incisos I e II, deste Regulamento, serão declaradas configuradas, no prazo de 3 (três) dias úteis pelo Diretor Presidente do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, submetido esse seu ato ao Conselho Administrativo e Fiscal para ratificação, quando de sua primeira reunião, após ter havido qualquer uma dessas ocorrências.

Capítulo III

Da Habilitação e do Julgamento

Art. 18 – O procedimento deste Regulamento desenvolve-se em duas fases:

- I – Habilitação;
- II – Julgamento - qualificação técnica;
- III – qualificação econômico- financeira;
- IV – regularidade fiscal.

Art. 19 - A documentação relativa à habilitação jurídica, conforme o caso, consistirá de:

- I – cédula de identidade;
- II – registro comercial, no caso de empresa individual;
- III – ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, também o documento de eleição de seus administradores;
- IV – inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- V - decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para o funcionamento, expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

Art. 20 - A documentação relativa à qualificação técnica consistirá de:

- I – registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- II – comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da contratação;
- III – indicação das instalações, do aparelhamento e do pessoal técnico adequado e disponível para a realização do objeto da contratação;
- IV – qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;
- V – prova de atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso;

VI – declaração do interessado, quando exigido, de que tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações, objeto da contratação;

Parágrafo Único - A comprovação a que se refere o inciso II deste Artigo, no caso das contratações pertinentes a serviços e obras, poderá ser feita mediante atestados expedidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, devidamente registrados nas entidades profissionais competentes.

Art. 21 - A documentação relativa à qualificação econômico-financeira consistirá de:

I – balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira do interessado;

II – certidões negativas expedidas pelos distribuidores cíveis e de execuções fiscais, pela Justiça Federal e pelos cartórios de protesto da sede da empresa ou domicílio da pessoa física.

Art. 22- A documentação relativa à regularidade fiscal, conforme o caso, consistirá de:

I – prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

II – prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do contrato;

III – prova de regularidade para com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;

IV – prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei.

Art. 23 - Os documentos referentes aos artigos 19, 20, 21, 22 e 23 deste Regulamento, não excluem outros que, a juízo do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, poderão ser exigidos dos interessados.

§ 1º - Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por empregado autorizado do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

§ 2º - Os documentos a que se referem os artigos 19, 20, 21, 22 e 23 deste Regulamento poderão ser dispensados, no todo ou em parte, no caso de fornecimento de bens para pronta entrega.

§ 3º - Os documentos necessários à habilitação poderão ser substituídos por certificado de registro cadastral atualizado, emitido por órgão ou entidade pública, desde que previsto no edital ou no convite, obrigado o interessado a declarar, sob as penas da lei, a superveniência de fato impeditivo da habilitação.

Art. 24 - As empresas estrangeiras que não funcionem no país, atenderão o estabelecido neste Regulamento, mediante documentos autenticados pelos respectivos Consulados e traduzidos por tradutor juramentado, devendo ter, ainda, representação legal no Brasil, com poderes expressos para receber citação e responderem administrativa e judicialmente pela representada.

Art. 25 – Quando permitida a participação de empresas em consórcio, deverão ser observadas as seguintes normas:

I – comprovação do compromisso público ou particular de constituição de consórcio, subscrito pelos consorciados;

Seção II

Do Julgamento

Art. 26 - Nas modalidades de procedimento em que couber, será observado o seguinte:

I – abertura dos envelopes contendo a documentação relativa à habilitação e propostas dos concorrentes e sua apreciação;

II– devolução dos envelopes aos concorrentes inabilitados, caso não tenha havido recurso ou, em havendo recurso, após sua denegação;

II – verificação da conformidade de cada proposta, com os requisitos do edital ou do convite, promovendo-se a desclassificação das propostas desconformes ou incompatíveis;

III – julgamento e classificação das propostas, de acordo com os critérios de avaliação constantes do edital ou de carta-convite;

IV – deliberação quanto à adjudicação e homologação do objeto do procedimento.

Art. 27 – No julgamento das propostas será considerado os seguintes critérios:

I – adequação das propostas ao objeto do procedimento;

II – qualidade;

III –rendimento;

IV– preço;

V– prazos de fornecimento ou de conclusão;

VI– condições de pagamento;

VII– outros critérios previstos no edital ou na carta-convite.

§ 1o - É vedada a utilização de qualquer critério de julgamento que possa favorecer qualquer proponente.

§ 2o - Não serão considerados qualquer oferta de vantagem não prevista no edital ou no convite, nem preço ou vantagem, baseada nas ofertas dos demais proponentes.

§ 3o – Não se admitirá proposta que apresente preço global ou unitário simbólico, irrisório ou de valor zero.

§ 4º - No exame do preço serão consideradas todas as circunstâncias de que resulte vantagem para o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

§ 5o - Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências do instrumento convocatório ou da carta-convite.

Art. 28 - Será obrigatória a justificativa, por escrito, ao Diretor Presidente do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, sempre que não houver opção pela proposta de menor preço, mas que atenda adequadamente à descrição do objeto do procedimento.

Art. 29 – IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, a qualquer tempo, poderá desistir do procedimento ou revogá-lo, no todo ou em parte, por razões de seu interesse, sem direito à indenização do interessado.

Capítulo IV Dos Contratos

Seção I

Da Formalização e da Execução dos Contratos

Art. 30 - Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do edital, da carta-convite e da proposta a que se vinculam.

Parágrafo Único. Os contratos decorrentes de dispensa ou de inexigibilidade de procedimento previstos, respectivamente, nos artigos 15 e 16 deste Regulamento, deverão atender aos termos do ato que os autorizou e da correspondente proposta.

Art. 31 - Os contratos firmados com base neste Regulamento poderão ser alterados, por acréscimo ou supressões de seu objeto, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratual atualizado, e no caso particular de reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento), mediante prévio acordo entre as partes.

Art. 32 - Aos contratos de que trata este Regulamento aplicam-se os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

Art. 33 - É facultado o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE convocar o concorrente remanescente, na ordem de classificação, para a assinatura de contrato, ou revogar o procedimento, caso o vencedor convocado, no prazo estabelecido, não assine o contrato ou não retire e aceite o instrumento equivalente, responsabilizando-se este pelos prejuízos causados ao Instituto.

Art. 34 - A inexecução total ou parcial do contrato acarreta a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as conseqüências contratuais e as previstas em lei.

Art. 35 - É dispensável o termo de contrato e facultada a sua substituição, a critério do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, nos casos de compra com entrega imediata e integral de bens ou de execução dos serviços.

Seção II

Das Garantias

Art. 36 – IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE é facultado exigir, em cada caso, prestação de garantia nas contratações de compras, serviços e obras.

§ 1º - A garantia a que se refere o caput deste artigo será prestada mediante:

I – caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública; II – fiança bancária.

§ 2º - A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato ou da sua rescisão.

§ 3º – Além das garantias enumeradas neste artigo, o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE poderá exigir compromisso de entrega de material ou equipamento, firmado pelo fabricante ou produtor.

Capítulos V

Dos Recursos

Art. 37 - Das decisões decorrentes da aplicação deste Regulamento, caberá recurso no prazo de 2 (dois) dias úteis, a contar da divulgação de:

- I – habilitação ou inabilitação do interessado;
- II – julgamento das propostas;
- III – anulação ou revogação do procedimento;
- IV – rescisão do contrato referente ao Art. 36 deste Regulamento.

§ 1o - A divulgação das decisões a que se referem os incisos I a III deste artigo, ocorrerá mediante aviso, afixado em lugar acessível aos interessados, na sede do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, ou outra forma de divulgação prevista no edital ou no convite.

§ 2o - O recurso será dirigido ao Diretor Presidente do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, por intermédio de quem praticou o ato recorrido, o qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 2 (dois) dias úteis, ou nesse mesmo prazo, fará subir, devidamente informado, devendo, neste caso, a decisão ser proferida dentro de 4 (quatro) dias úteis, contados da data de interposição do recurso.

§ 3o - Interposto o recurso previsto nos incisos I a III deste Artigo, será comunicado aos demais interessados, que poderão impugná-lo no prazo de 2 (dois) dias úteis.

§ 4º – Negado provimento ao recurso, o Diretor Presidente homologará o julgamento da Comissão de Contratação ou da pessoa autorizada pelo procedimento e adjudicará o objeto do procedimento a favor do vencedor.

§ 5º – Provido o recurso, o diretor Presidente determinará novo julgamento ou anulará o procedimento.

Art. 38 - Os recursos serão recebidos sem efeito suspensivo, salvo quando, por sua relevância, o Diretor Presidente do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO

DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE entender conveniente a suspensão dos efeitos da decisão decorrida.

Capítulo VI

Disposições Finais e Transitórias

Art. 39 - IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE poderá adotar normas de licitação previstas em lei específica, quando:

- I – entender oportuno e conveniente para as suas contratações;
- II - em caso de convênio ou contrato celebrado com entidade pública, quando esta o exigir de forma expressa e por escrito.

Parágrafo Único: Ocorrendo uma das hipóteses dos incisos I e II deste artigo, ela deverá ser esclarecida no edital ou na carta-convite.

Art. 40 - Os convênios e contratos celebrados pelo IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE com entidades públicas reger-se-ão pelo disposto neste Regulamento, no que couber.

Art. 41 – Para os fins deste Regulamento, o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE poderá instituir registros cadastrais para efeito de licitação, na forma regulamentar, válidos por no máximo, 01 (um) ano.

Art. 42 - Às contratações de que trata este Regulamento aplicam-se, supletivamente, o Estatuto do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.



Art. 43 - Os casos omissos neste Regulamento serão decididos pelo Diretor Presidente do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, submetendo-se suas decisões à posterior aprovação do Conselho Adm e Fiscal.

Art. 44 – Este regulamento entrará em vigor, na data de sua publicação, após aprovação da Assembleia Geral e assinatura do Diretor Presidente.

ANEXO II - MANUAL DO COLABORADOR

CONTRATO Nº

1. OBJETIVO

O presente manual tem por finalidade apresentar os critérios administrativos para serem utilizados nos processos de administração de pessoal que envolvem a contratação, admissão e demissão de colaboradores do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

2. REGIMES DE TRABALHO CLT

Entendem-se regime CLT o processo de registrar o vínculo empregatício firmado entre empresa e colaboradores com a utilização das prerrogativas legais regulamentadoras das relações individuais e coletivas do trabalho no Brasil.

2.1 LISTA DE DOCUMENTOS CLT

- (Duas) foto 3 x 4 recente;
- Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS; (página da foto e atrás da foto – original e 1 cópia);
- Certidão de nascimento (1 cópia);
- Certidão de casamento – se for o caso (1 cópia);
- No caso de relação conjugal estável, declaração autenticada no cartório;
- Certidão de nascimento e CPF dos filhos até 14 anos (1 cópia);
- Carteira de Vacinação dos filhos menores (1 cópia);



-
- Carteira de Vacinação em dia;
 - Certificado de reservista (1 cópia);
 - Título de eleitor (1 cópia);
 - Cédula de identidade (1 cópia);
 - Cartão de Pessoa Física – CPF (1 cópia);
 - Cartão do PIS (1 cópia);
 - Carteira Nacional de Habilitação (caso tenha 1 cópia);
 - Comprovante de endereço (Rua, nº, Bairro, CEP, etc.) (1 cópia);
 - Comprovante de escolaridade – diploma, histórico, certificado ou declaração de matrícula escolar - (1 cópia);
 - Certificado de curso específico (1 cópia);
 - Certificado do conselho de classe (1 cópia);
 - Cartão de conta corrente (1 cópia);
 - Currículo atualizado;
 - Termo de compromisso para VT (Vale transporte) devidamente preenchido e assinado pelo colaborador a ser admitido.

3.0 GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES DA MÃO DE OBRA CLT

3.1 PRAZO PARA ADMISSÃO DE COLABORADORES NO MÊS

Toda e qualquer admissão, só será efetuada até o dia 5 de cada mês. Nos casos de admissões fora do prazo estipulado, o colaborador será efetivado no primeiro dia útil do mês subsequente.

Às admissões só poderão ser efetuadas, mediante apresentação de toda documentação exigida no item 2.1

3.2 PRAZO PARA PAGAMENTO MENSAL.

- ✓ Os pagamentos são realizados todo quinto dia útil de cada mês.
- ✓ Caso a data estipulada seja nos finais de semana ou feriados, o pagamento poderá ser antecipado para o último dia útil antecedente à data fixada.

4.0 COMPOSIÇÃO SALARIAL

4.1 BANCO DE HORAS

Banco de horas somente autorizado pelos coordenadores e tirado dentro do mês subsequente.

4.2 INSALUBRIDADE - Abono sobre o grau de risco da função do colaborador, que poderá receber de 10%, 20% ou 40% do salário mínimo nacional determinado por lei. A porcentagem para o cálculo da insalubridade é determinada pelo laudo pericial do PPRA.

4.3 ADICIONAL NOTURNO

A porcentagem é equivalente a Convenção Coletiva da categoria sobre a hora normal de trabalho, que compreende entre 22h e 05h.

4.4 SALÁRIO FAMÍLIA

O valor do salário-família é pago por filho de 0 à 14 anos.

Se a mãe estiver em categorias e faixas salariais dentro do enquadramento legal, receberão benefício. Da se o direito ao pai somente se o mesmo tiver a guarda do filho (a) legalmente comprovado.

4.5 TABELA SALÁRIO FAMÍLIA

SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO	SALÁRIO FAMÍLIA
Até R\$907,77	R\$46,54
De R\$907,78 a R\$1.364,43	R\$32,80

4.6 BENEFÍCIOS

Com exceção do VT (Vale Transporte), os benefícios aqui descritos serão disponibilizados aos colaboradores conforme características do contrato no qual sua admissão está atrelada. O mesmo estende-se aos valores de descontos ou não gerados por estes benefícios.

4.7 CESTA BÁSICA

O fornecimento de cestas básica é concedida ao colaborador mensalmente, devendo seguir sindicato de cada região e suas convenções.

4.8 VALE TRANSPORTE

Conforme estabelecido por lei, são descontados do colaborador 6% sobre o salário base, para compor o auxílio transporte.

Só terão direito aos benefícios, colaboradores com vínculo empregatício CLT.

A solicitação ou não do VT deve vir no ato da solicitação de admissão do colaborador através do formulário “Termo de Vale transporte”.

5.0 FALTAS/ AFASTAMENTOS/ ACIDENTES DE TRABALHO/ LICENÇAS

5.1 FALTAS INJUSTIFICADA

São aquelas, que não estão contemplados no Art. 473 da CLT e que serão efetivamente descontadas do salário do trabalhador, a falta acarreta a dsr (desconto semanal remunerado).

5.2 FALTA ABONADA/JUSTIFICADA

Mediante apresentação de atestado médico até 24h após o incidente ou autorização por escrito da chefia imediata. Tais documentos deverão ser encaminhados à Associação via e-mail.

5.4 PODERÁ SE AUSENTAR SEM PREJUÍZO FINANCEIRO:

- Até 3 dias consecutivos em casos de falecimento do cônjuge ascendente, descendente, irmão ou pessoa que declarada em CTPS que viva sob sua dependência econômica;
- Até 3 dias consecutivos em virtude de casamento;
- Por 5 dias em caso de nascimento de filho;
- Por 1 dia, em cada 12 meses de trabalho, em casos de doação de sangue devidamente comprovado;
- Jurados e testemunha, mediante apresentação da carta de convocação e certidão de comparecimento no tribunal;
- Em caso de trabalho nas eleições para cada dia trabalhando o funcionário tem direito a 2 dias de folga, mediante apresentação do comprovante do cartório eleitoral.

5.5 AFASTAMENTOS

Mediante apresentação de atestado médico, os primeiros 15 dias de afastamento são de responsabilidade da empresa. Caso o colaborador necessite de um maior tempo de afastamento (superior a 15 dias), o mesmo deverá solicitar ao médico um novo atestado e enviar ao Recursos Humanos, em um prazo de 24 horas antes de completar os 15 dias de afastamento, para que o Recursos Humanos possa dar entrada no requerimento do “auxílio doença” no INSS.

O funcionário só poderá retornar ao trabalho mediante atestado de saúde fornecido pelo perito do INSS e pelo médico do trabalho.

5.6 ACIDENTE DE TRABALHO

Levar o acidentado ao Pronto Socorro mais próximo.

Em mãos do laudo médico, passar o documento ao Recursos Humanos, para abertura do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho) com no máximo 24 horas posterior ao acidente.

Caso o colaborador necessite de um afastamento superior a 15 dias, o mesmo deverá solicitar ao médico um novo atestado e enviar ao Recursos Humanos, em um prazo máximo de 24 horas antes de completar os 15 dias de afastamento, para que o Recursos Humanos possa dar entrada no requerimento de Auxílio de Acidente de Trabalho no INSS.

5.7 LICENÇA MATERNIDADE

Enviar ao Departamento de Administração de Pessoal o atestado solicitando o afastamento preferencialmente de imediato, após o recebimento da solicitação médica.

A colaboradora gestante tem direito a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

O salário maternidade consiste numa renda mensal igual à sua remuneração integral.

Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito aos 120 dias previstos na lei. É garantido à colaboradora, durante a gravidez, sem prejuízo de salário e demais direitos:

5.8 RETORNO

- Transferência de função, quando as condições de saúde o exigir, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho;
- Dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares;
- De acordo com a lei 10.710;2003, a partir de 01/09/2003, o pagamento do benefício do salário maternidade é de total responsabilidade da empresa;
- Caso haja necessidade de prorrogação do prazo de afastamento da licença maternidade, é necessária apresentação de um novo atestado médico, que deve ser enviado ao departamento de Administração Pessoal imediatamente.

5.9 ADOÇÃO

Conforme lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002, estende-se à mãe adotiva o direito à licença maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das leis do trabalho, aprovada pelo decreto lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 e a lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, obedecendo aos seguintes critérios: No

caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias;

No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1 (um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias.

No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.

A licença maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

6.0 SALÁRIO

É um direito garantido pelo art. 7º da Constituição Federal de 1988. Consiste no pagamento de um salário extra ao trabalhador no final de cada ano.

O valor do 13º salário é calculado sobre o salário integral do trabalhador. Nos casos dos trabalhadores que completaram os 12 meses de trabalho, o salário será integral com os devidos descontos.

Nos casos em que o trabalhador não completou 12 meses de trabalho, calcula-se o valor do 13º da seguinte forma:

Sobre o 13º salário incidem descontos tributários de INSS e IR sobre o valor recebido; O pagamento do 13º pode ser pago em duas parcelas;

A primeira parcela do 13º salário corresponde a 50% do valor do salário proporcional aos meses trabalhados, (isenta de descontos tributários) é paga dia 30/11 ou por ocasião das férias, caso o funcionário solicite.

A segunda parcela (com descontos tributários) é paga até o dia 20/12.

7.0 FÉRIAS

7.1 PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS

A programação de férias deverá ser feita anualmente e encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos.

7.2 SOLICITAÇÃO DE FÉRIAS

A solicitação de férias deverá ser devidamente assinada pelo colaborador e encaminhada ao departamento de Administração de Pessoal, com antecedência de TRINTA (30) dia úteis antes da data de início das férias.

O prazo para pagamento das férias pelo empregador é de 2 dias úteis do início da mesma.

Também deverá conter na opção de férias do colaborador o interesse em receber ou não juntamente com suas férias a primeira parcela do 13º salário.

O direito as férias estão diretamente relacionadas à quantidade de faltas não justificadas ocorridas no período aquisitivo, conforme tabela abaixo:

DIREITO

QUANTIDADE DE FALTAS

30 dias corridos

Até 5 faltas

24 dias corridos

Até 6 a 14 faltas

18 dias corridos

De 15 a 23 faltas

12 dias corridos

De 24 a 32 faltas

7.3 DESCONTOS

Sobre as férias incidem descontos tributários de INSS e IR sobre o valor recebido, conforme tabela vigente.

7.4 IMPORTANTE

- Férias somente serão concedidas após 12 meses de trabalho;
- Os funcionários menores de 18 anos e maiores de 50 anos deverão ter 30 dias de férias em descanso.

8.0 DEMISSÃO DE COLABORADORES COM OU SEM JUSTA CAUSA

Deve ser enviado ao Departamento de Administração de Pessoal um e-mail solicitando o desligamento do colaborador, contendo as seguintes informações:

1. Tipo de demissão (dispensa por parte do empregador ou pedido de demissão por parte do colaborador).
2. O e-mail deve ser enviado ao Departamento de Administração de Pessoal com pelo menos 5 dias úteis de antecedência nos casos de dispensa por parte da Instituição de imediato por solicitação do colaborador.
3. Relação de débitos e créditos de banco de horas, abonos, faltas e atrasos a serem computados na rescisão.
4. Deve ser encaminhada ao Departamento de Administração de Pessoal a carteira profissional para atualização juntamente com o exame médico demissional.
5. O prazo de pagamento de rescisão é de 10 dias corridos após a data de demissão.

Para todos os cálculos de rescisão de contrato de trabalho, há os devidos descontos de INSS e IR de acordo com a tabela vigente.

9.0 **DEMISSÃO COM AVISO PRÉVIA INDENIZADO**

O funcionário é dispensado a partir da data do aviso prévio e o pagamento é feito dentro do prazo de 10 dias.

O INGS também arca com a multa de 50% sobre os depósitos fundiários, que deverá ser depositado na Caixa Econômica Federal em nome do colaborador.

O colaborador tem direito à:

- Aviso prévio indenizado;
- Saldo de salário;
- Férias;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário;
- Multa de 50% sobre o FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);
- FGTS;
- Seguro desemprego.

9.1 **DEMISSÃO COM AVISO PRÉVIO CUMPRIDO**

O colaborador trabalha no período do aviso prévio, podendo optar por faltar 7 dias corridos ou sair 2 horas mais cedo por dia, até o término do aviso. O pagamento da rescisão é feito no dia seguinte ao término do aviso.

O colaborador tem direito à:

- o Aviso prévio cumprido (dias trabalhados);

- Saldo de Salário;
- Férias;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário;
- Multa de 50% sobre o FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);
- FGTS;
- Seguro Desemprego.

9.2 DISPENSA POR TÉRMINO DE CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO

O funcionário é dispensado antes ou quando se encerra o contrato por tempo determinado, ou período de experiência.

No INGS o período de experiência equivale a dois ciclos de 45 dias, totalizando os 90 dias previstos por lei.

Se o funcionário for dispensado após o término do 1º ciclo de experiência ou no término do contrato terá direito à:

- Saldo de Salário;
- Férias;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário;
- FGTS;

O colaborador não tem direito à:

- Aviso prévio;
- Multa de 50% sobre FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% para o Governo).

9.3 **DISPENSA ANTES DO TÉRMINO DE CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO**

Quando o colaborador é dispensado antes do término do primeiro ciclo (45 dias) do período de experiência.

O colaborador tem direito à:

- Saldo de salário;
- Férias;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13º salário;
- Aviso prévio que equivale a 50% dos dias faltantes para o término
- 1º vencimento (45 dias);
- FGTS.

O colaborador não tem direito à:

- Aviso Prévio;
- Multa de 50% sobre FGTS (sendo somente 40% do colaborador e os outros 10% do Governo);

10. **FALECIMENTO**

No caso do falecimento do colaborador o Departamento de Administração de Pessoal deverá ser comunicado, para que os cálculos rescisórios sejam feitos. Para que o(s) dependente(s) e/ou ascendente(s) do colaborador possa(m) ter direito(s) às verbas rescisórias, o(s) mesmo(s) deverá(ão) solicitar ao INSS uma declaração específica a qual dará o direito do dependente de receber as verbas. O(s)s dependente(s) e ou ascendente(s) do colaborador falecido tem direito à:

- Saldo salário;
- Férias;
- 1/3 de férias (abono constitucional);
- 13ºsalário;
- FGTS (somente poderá ser sacado mediante apresentação de uma declaração do INSS).

11. **SEGURO DE VIDA**

No ato da comunicação do falecimento do colaborador a associação ficará responsável de comunicar o ocorrido junto à corretora/ seguradora.

12. **DISPENSA**

12.1 **COM JUSTA CAUSA**

Quando existir uma falta considerada grave, o colaborador poderá ser demitido por justa causa. Deve ser encaminhado ao Departamento de Administração de Pessoal um e-mail solicitando a demissão por justa causa, mencionando o ocorrido.

O caso será encaminhado para o departamento jurídico da Instituição que analisará a possibilidade de dispensa.

12.1.1 ANÁLISE DE DISPENSA POR JUSTA CAUSA (ART. 482CLT)

12.1.1.2 ATO DE IMPROBIDADE

É um mau caráter. Caracteriza-se também como furto ou roubo de materiais da empresa, falsificação de documentos para obtenção de banco extras não prestadas, apropriação indébita de importância da empresa, o colaborador justifica suas faltas com atestados médicos falsos etc.

12.1.1.3 INCONTINÊNCIA DE CONDUTA

Está ligada ao aspecto sexual dentro da empresa (Exemplo: fotos de sexo explícito enviado a um colega de trabalho via internet).

12.1.1.4 MAU PROCEDIMENTO

É uma atitude irregular do colaborador, um procedimento incorreto, incompatível com as regras da moral e dos bons costumes (Exemplo: brincadeiras de mau gosto de um colaborador que atrapalha o desempenho profissional de seus colegas).

12.1.1.5 NEGOCIAÇÃO HABITUAL

Diz respeito aos atos de comércio praticados com habitualidade pelo colaborador sem o consentimento do empregador. O trabalho concorrente ou prejudicial ao serviço é proibido por lei (Exemplo: colaborador se favorecendo de prestação de serviços semelhantes ao que a empresa oferece).

12.1.1.6 CONDENAÇÃO CRIMINAL

O colaborador tem que ser condenado criminalmente, por sentença da qual não caiba mais nenhum tipo de recurso.

12.1.1.7 DESÍDIA

É o desleixo, preguiça, má vontade, desatenção, indiferença, desinteresse do colaborador.

Colaborador apresenta baixa produtividade imperfeição técnica de trabalho. (Exemplo: Colaborador sempre apresentou bom comportamento, porém, ultimamente não vem demonstrando).

12.1.1.8 EMBRIAGUEZ

É considerada pelo consumo voluntário de álcool ou drogas, que leva a alteração psicológica do colaborador, inabilitando-o ao exercício da função, podendo colocar um risco a sua vida e a de colegas. A OMS Organização Mundial de Saúde já a considera doença.

12.1.1.9 VIOLAÇÃO DE SEGREDO DA EMPRESA

Informação tida como confidencial ao qual o colaborador teve acesso em razão do contrato de trabalho ou em função da prestação de serviços. Violar o segredo é tornar público essa informação (Exemplo: lançamento de um produto e o colaborador que trabalhou nesse projeto divulga informações para concorrentes.)

12.1.1.10 INDISCIPLINA

É uma desobediência do colaborador a uma regra de caráter genérico, aplicada a todos ou a um grupo de colaboradores (Exemplo: o colaborador descumpra as ordens gerais dadas pelo empregador, como as contidas no Manual de Integração, ordens de serviços, circulares e portarias.)



12.1.1.11 INSUBORDINAÇÃO

É uma desobediência do colaborador a uma ordem específica a ele dirigida, por seu superior hierárquico, desde que essa ordem seja lícita e possível, relacionada ao trabalho. (Exemplo: O gestor dá uma ordem a um colaborador e este descumpra sem nenhuma justificativa plausível).

12.1.1.12 ABANDONO DE EMPREGO

Caracterização por dois requisitos. Um objetivo e outro subjetivo.

Objetivo – é a ausência injustificada ao trabalho e para caracterizá-la basta apenas a convocação, registrada do colaborador ao trabalho. Pode ser, por telegrama ou carta de convocação passada em Cartório, que será entregue pelo oficial do cartório.

Subjetivo – é a vontade do colaborador em abandonar o emprego, porém, não é de fácil caracterização. (Exemplo: o colaborador trabalha em São Paulo e sua família reside em outro estado. Ele irá entrar em férias e comentou para seus colegas de trabalho que iria para sua cidade natal e que talvez não voltasse se encontrasse situação mais favorável – o elemento subjetivo caracteriza-se pelo testemunho dos colegas de trabalho, sobre o abandono de emprego.)

IMPORTANTE

13. PEDIDO DE DEMISSÃO COM MAIS OU MENOS DE 1 ANO DE TRABALHO.

O colaborador pode solicitar demissão com dispensa do cumprimento do aviso prévio ou poderá cumprir o aviso prévio, cabe a organização assumir o ônus da dispensa. O prazo para pagamento, no caso de pedido de demissão é de 10 (dez) dias corridos a contar da data do pedido.

O colaborador que solicita a dispensa tem direito à:

- Saldo de salário;
- Férias proporcionais ao tempo de serviço;
- 13º salário proporcional ao tempo de serviço;
- Aviso prévio cumprido se for exigência da empresa;
- O colaborador que solicita a dispensa não tem direito à:
- Aviso prévio indenizado;
- FGTS;
- Seguro desemprego.

14. **NÃO É PERMITIDO AO COLABORADOR**

- Faltar ao serviço sem causa justa e prévia comunicação ao Coordenador;
- Entrar ou sair nas dependências do serviço, por outra via a não ser a expressamente determinada (GUARITA) sem portar o crachá de identificação;
- Não é permitido o trânsito de colaboradores, fora do seu horário de trabalho;
- Não é permitido entrada de colaboradores com bolsas ou sacolas, sendo permitido a entrada com uma necessaire transparente;
- Não é permitido registrar ponto por outro colaborador; sob pena de demissão por justa causa;
- Não é permitido transitar nas dependências do serviço, sem estar devidamente uniformizado;
- Não é permitido usar camisetas regatas e bermudas;
- Não é permitido fazer uso do celular em horário de trabalho, portanto é proibido portar o celular dentro das dependências do hospital ainda que dentro da necessaire transparente; sendo liberado apenas no refeitório.
- Não é permitido fumar no ambiente de trabalho (banheiros, vestiários e

ou área externa);

- Não é permitido a utilização de qualquer meio de comunicação da empresa para fins particulares e pessoais, internos ou externos, tais como: chat (bate-papo), e-mail, sites e telefones;
- Colaborador Desligado: Não é permitido entrar nas dependências do local sem a expressa autorização do setor de Recursos Humanos;
- Não é permitido utilizar o e-mail corporativo com domínio@.com.br para uso particular, como também não é permitido utilizar Notebook e Tablet nas dependências do serviço;
- Não é permitido o uso da internet para uso particular, sendo o acesso feito com controle por usuário e monitorado.

15. **PRATIQUE A ÉTICA PROFISSIONAL**

É de responsabilidade do colaborador a guarda e sigilo de todas e quaisquer informações relativas aos colaboradores e pacientes, não podendo divulgá-las a quem quer que seja, inclusive através de rede sociais da Internet sob pena de caracterização de violação de segredo da empresa, prevista no artigo 482, alínea “g” da CLT, ficando sujeito as penalidades cabíveis, notadamente por justa causa.

IMPORTANTE:

É obrigatório o uso de máscara em todas as dependências de serviços assistenciais e administrativas.



DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DO MANUAL DO COLABORADOR

Eu recebi do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, o manual do colaborador e estou ciente das normas e condutas da Instituição.

Ass.....

.

Entregue por

.....

Data/...../..... Local

.....

ANEXO III

REGULAMENTO DE RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL, PLANO DE CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

CAPÍTULO 1

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - Este regulamento estabelece as normas para o recrutamento, seleção, contratação e avaliação de desempenho dos profissionais e fixação de diretrizes para estabelecimento de normas de planos de cargos, salários e benefícios do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

Parágrafo Único. As regras dispostas no presente regulamento se aplicam a todas as contratações IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, referentes ao contrato de gestão e serão regidas pela Consolidação das leis do trabalho - CLT.

Artigo 2º - As normas contidas neste regulamento visam selecionar os candidatos mais aptos às funções a serem preenchidas. Os princípios que regem a presente norma são o da moralidade, probidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade e legalidade.

Parágrafo Único. Todo processo de recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal deve estar devidamente documentado, ainda que na forma digital, com o fito de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização.

CAPÍTULO 2

DAS ATIVIDADES

Observações Gerais:

- a) Não é permitida nos termos da lei federal nº 9.029/95 a adoção de discriminação de cor, estado civil, religião, nacionalidade, credo político, sexo, orientação sexual e idade;
- b) O processo seletivo respeitará as exigências definidas como perfis para ocupação da vaga, podendo sofrer alterações decorrentes de obrigações oriundas de pactos firmados com entidades públicas ou privadas e/ou do demandante;
- c) O recrutamento deverá acontecer, salvo nos casos das hipóteses previstas no capítulo, por meio de divulgação de Edital de Chamamento, no site oficial da Instituição - IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, no prazo mínimo de 5 dias antes da realização da seleção.
- d) Não há limite de número de candidatos para participação no processo seletivo, no entanto, apenas serão indicados para a entrevista individual, caso corresponda à última fase da seleção, até 06 (seis) candidatos classificados a mais da quantidade de vagas disponíveis, e assim sucessivamente, até o encerramento, com sucesso, da seleção;
- e) O quantitativo de vagas disponíveis será definido pelo demandante, através de do site oficial da Instituição;
- f) A aprovação no processo seletivo apenas classificará o candidato para futura contratação. IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE reserva-se o direito de proceder as contratações conforme a necessidade do serviço com prazo máximo de 12 meses de validade do processo seletivo;
- g) Poderá ser responsabilidade de consultoria externa contratada o processo de recrutamento para captação e triagem dos candidatos conforme exigência da

vaga e requisitos estabelecidos pelo IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE;

h) Para a contratação dos serviços de consultoria externa especializadas e será realizada nos termos do Regulamento próprio do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, sendo escolhida a que apresentar uma melhor relação "custo x benefício";

i) A consultoria contratada deverá observar os critérios estabelecidos pelo presente regulamento, bem como outras orientações do Diretor Presidente.

CAPÍTULO 3

DO PROCESSO DE SELEÇÃO

TÍTULO I

Das Competências

Artigo 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I- Aos Diretores do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, solicitar e/ou aprovar a Requisição de Pessoal;

II- Aos Gerentes e Coordenadores das unidades;

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;

b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica;

c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III- À área Gestão de Pessoas das unidades:

a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal;

b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV- Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão;

V- Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Título II

Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I

Da Requisição de Pessoal

Artigo 4º - O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação dos Gerentes e Coordenadores das unidades, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

§ 1º - O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade e coletar aprovação da Diretoria da área;

§ 2º - A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre a unidade e a sede do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção;

§ 3º - As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

I – Substituição de um colaborador;

II – Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II – Do Processo Seletivo

Artigo 5º - O Processo Seletivo será amplamente divulgado, podendo o IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE valer-se de publicações em jornais locais, avisos em meios de comunicação ou ainda por meio de página de internet.

Parágrafo Único. IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE poderá contratar empresa especializada para o recrutamento de pessoal e poderá cobrar taxas de inscrição em se tratando de processo seletivo para vários cargos vagos.

Art. 6º - O aviso de abertura de processo de contratação conterá, resumidamente, o Município onde será realizado o Processo Seletivo, o meio pela qual se efetivará a inscrição, cargos e funções a serem preenchidas, nível de escolaridade, descrição sucinta das atribuições do cargo, valor do salário, os respectivos números de vagas, as datas e horários das provas e/ou entrevistas com o respectivo endereço.

Artigo 7º - O Processo de Recrutamento e Seleção compreende preferencialmente as seguintes etapas:

- I – Primeira Etapa: Aplicação de prova de conhecimentos gerais e específicos;
- II – Segunda Etapa: Análise curricular para verificação de experiência anterior para o cargo. A análise poderá se desdobrar em análise de currículo, comprovação de experiência e títulos do profissional;

III – Terceira Etapa: Para os cargos que exigirem demonstração de capacidade para o desempenho, poderão ser aplicadas provas práticas;

IV- Quarta Etapa: Os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar-se para entrevista, quando serão consideradas as seguintes avaliações:

a) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos, quando julgados necessários por membro habilitado da equipe de entrevista, visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos;

b) Dinâmicas de grupos, jogos ou provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

V – Quinta Etapa: Os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

VII- Sexta Etapa: Os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos na FICHA FUNCIONAL do IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Artigo 8º - A aprovação no processo seletivo não garante contratação compulsória, tampouco confere direito subjetivo à vaga, sendo que apenas qualifica o candidato ao perfil de vaga oferecida, podendo o processo seletivo servir para cadastro de candidatos potencialmente aptos.

Artigo 9º - Será assegurado aos portadores de necessidades especiais o direito de participação no processo seletivo, de acordo com as proporções estabelecidas no art. 93 da Lei Federal nº 8.213/91.

Artigo 10º - Às funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço

Parágrafo Único. É permitida a contratação de pessoas jurídicas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

CAPÍTULO 4

DA READMISSÃO DE ANTIGOS COLABORADORES

Artigo 11º - A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após do decurso do prazo de 06 (seis) meses entre o desligamento e a readmissão.

§ 1º - Caso a readmissão seja para um serviço ou função diferente da anterior, o candidato deverá ser avaliado também pelo novo requisitante bem como possuir os pré-requisitos definidos no desenho de cargo;

§ 2º - Toda readmissão deverá ser aprovada pela Diretoria.

CAPÍTULO 5

DOS CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

Artigo 12º - A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as diretrizes fixadas pelo Conselho Administrativo, as normas técnicas aplicáveis, a legislação trabalhista vigente, as convenções coletivas de trabalho de cada região, os acordos coletivos e individuais de trabalho, a competitividade de mercado, localização geográfica da unidade requisitante e por outras variáveis que impactarem nas dimensões econômicas, administrativas e jurídicas como meio hábil a assegurar remunerações compatíveis com as atividades, grau de escolaridade, experiência dos profissionais;

Artigo 13º - Terá seu contrato de trabalho rescindido o colaborador que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares não cumprir a jornada de trabalho, a carga horária semanal, apresentar desempenho insatisfatório, não cumprir as metas previamente estabelecidas ou ainda, incorrer em qualquer infração que acarrete, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho falta passível de desligamento.

Parágrafo Único IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, poderá adotar critérios de avaliação de desempenho diferenciados para cada unidade gerenciada, de acordo com o Plano de Trabalho aprovado pela administração pública contratante/conveniente.

CAPÍTULO 5

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 14º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Artigo 15º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.



ANEXO IV

MANUAL DE RECEPÇÃO



O Procedimento Operacional Padrão (POP) é uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma atividade, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma atividade.

Para tanto, tem o objetivo de padronizar as ações ofertadas pelo serviço de saúde, minimizando a ocorrência de variações indesejáveis destas ações, causadas pela falta de habilidade ou de conhecimento do profissional, propiciando a melhoria na qualidade da assistência prestada por este setor das unidades de saúde.

DIRETRIZES

- Gestão compartilhada IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE e UNIDADE DE PRONTO BARRETO;
 - SUS- Sistema Único de Saúde;
 - Ética Profissional;
 - Humanização;

HIERARQUIA

- A recepção do UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO BARRETO está diretamente ligada ao gerente da mesma;
- Gestor local: autoridade maior na Unidade de Saúde.

NOSSO OBJETIVO

- Obedecer às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento das necessidades do USUÁRIO, bem como as demais legislações (Constituição Federal, Códigos Civil, Penal, CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, Estatutos, Códigos de Ética e Disciplina, Leis Administrativas);
- Organizar os serviços prestados pela Recepção;
- Padronizar a execução das tarefas, dando continuidade ao serviço, independente de quem o faça;
- Aperfeiçoar o serviço ofertado.

TRABALHO EM EQUIPE

Toda equipe de trabalho é um espaço de relacionamento, onde se explicitam características pessoais, interesses e preferências, posturas de várias ordens (ideológicas, acadêmicas, histórias de vida), implicando em necessidade de

conhecê-los e combiná-los aos objetivos de um projeto ou de uma organização. Ao mesmo tempo, trata-se de criar um ambiente em que as pessoas desenvolvam relacionamentos positivos e valorizados, pois equipes são fontes de auxílio e apoio, de troca de afetos diversos, e o trabalho deve ser organizado de tal forma que minimize os agentes estressores, promovendo condutas adequadas e padronizadas a todos os seus membros. Onde os envolvidos buscam o mesmo objetivo, visando sempre o bem estar dos pacientes.

DEVERES

- Comparecer à unidade nas horas de trabalho ordinário e nas de extraordinário, quando convocado;
- Dever de assiduidade e pontualidade, o colaborador deve comparecer e desempenhar as atribuições sob sua responsabilidade, observando o horário de funcionamento e a necessidade do serviço;
- Chegar com 10 minutos de antecedência para receber e passar o plantão;
- Relatar as intercorrências em livro ata do setor;
- Comunicar a gerência/coordenação toda e qualquer intercorrência;
- Executar os serviços que lhe competirem e desempenhar com zelo e presteza os trabalhos de que for incumbido;
- Certificar que todas as informações fornecidas no sistema estão corretas;
- Deve aplicar conhecimentos e capacidades na realização de suas funções, com presteza, dispensando atenção, dedicação e cuidado;
- Tratar com urbanidade os colegas e o público, atendendo a este último sem preferências pessoais;
- Valorizar o inter-relacionamento entre todos os funcionários para o bom desempenho do serviço;
- Deve dispensar tratamento com respeito, civilidade e cortesia;
- Orientar aos usuários sobre a retirada da senha e solicitar que aguarde a ser chamado pelo painel;
- Atentar para que o cliente não saia da unidade com sua ficha de



atendimento.

- Obedecer às ordens superiores, devendo representar, imediatamente, por escrito, contra as manifestações ilegais;
- Neste inciso está inserido o princípio da legalidade. E a obediência não é à pessoa do chefe, mas ao exercício da competência que lhe é atribuído pelas leis e regulamentos. Estando assim o colaborador obrigado a cumprir as ordens pela via hierárquica, salvo se ilegais.
- Zelar pela economia e conservação do material que lhe for confiado;
- É dever de todos os colaboradores zelar pela economia do material de consumo e assegurar a manutenção e não permitir o desvio ou dano no equipamento permanente.
- Apresentar-se ao serviço em boas condições de asseio e convenientemente trajado ou com uniforme que lhe for determinado;
- Deve-se apresentar em boas condições de higiene pessoal, discrição e conveniência no traje, ou uso de uniforme quando for obrigatório;
- Manter o espírito de cooperação e solidariedade com os companheiros de trabalho;
- Deve manter sempre inter-relacionamento, integração e referência - espírito de cooperação auxilia na qualidade dos serviços
- Sugerir providências tendentes à melhoria e aperfeiçoamento do serviço; Cumprido ao colaborador sugerir melhoria e aperfeiçoamento do serviço, primando pela qualidade dos mesmos.
- Preencher a tabela de acompanhamento de tempo de espera de hora em hora conforme estipulado pela direção;
- Colocar as placas de identificação médica nos consultórios e ficar atentos com a troca dos plantonistas;
- Separar os exames com mais de 24 horas e encaminhar ao setor administrativo;
- Avisar imediatamente a supervisão do setor e supervisão de enfermagem de plantão, quando ocorrer atrasos igual ou maior que uma (01) hora, para que providências sejam tomadas;
- Avisar a supervisão do setor e de enfermagem, quando o médico

plantonista apresentar mais que 20 minutos de atraso para assumir o plantão;

- Fornecer informações necessárias e coerentes aos clientes, nunca deixar o mesmo sair com dúvidas;
- Em caso de intercorrências graves ou que não estejam sobre controle, imediatamente acionar a supervisão do setor ou supervisão de enfermagem;
- Anotar corretamente o nome dos clientes nos livros disponibilizados para cada guichê;
- Não passar informações referentes aos médicos plantonistas, como nome e dia que está de plantão;
- Atentar sempre aos atendimentos prioritários como: idosos, urgência, sangramento, e outros.

PROIBIÇÕES

- Proibir permanência de outros colaboradores que não seja do setor.
- Referir-se publicamente de modo depreciativo, a seus superiores hierárquicos, ou criticar em informação parecer ou despacho, as autoridades e atos da administração, podendo em trabalho assinado manifestar, em termos, aos superiores, seu pensamento sob ponto de vista doutrinário ou de organização de serviço, com o fito de colaboração e cooperação;
- Deve respeito à hierarquia funcional com objetivo de manter a harmonia organizacional, eventual discordância deve ser apresentada por escrito devidamente fundamentada e assinada.
- Retirar, sem prévia permissão da autoridade competente, qualquer documento ou objeto de repartição;
- Nenhum documento ou objeto pode ser retirado sem controle e autorização da autoridade competente.
- Atender reiteradamente as pessoas, na repartição, para tratar de assuntos particulares;

-
- É proibido tratar de assuntos particulares ou interesses estranhos ao serviço, durante horário de trabalho.
 - Promover manifestações de apreço ou despreço e fazer circular ou subscrever lista de donativos no recinto da repartição;
 - É proibido manifestação de sentimentos pessoais, pois a finalidade da administração pública é prestação de serviços;
 - Valer-se do cargo para lograr proveito pessoal;
 - É proibido usar os recursos públicos para atender interesse próprio ou de outrem, desviando a finalidade que é o interesse público;
 - Empregar material do serviço público em atividade particular;
 - É proibido o desvio de material (é uma forma de lograr proveito próprio).
 - Receber propinas, comissões, presentes e vantagens de qualquer espécie, em razão das suas atribuições;
 - É proibido receber qualquer vantagem para realização de trabalho ou ato administrativo direcionado a interesse de terceiro, é uma conduta ilícita, configura o crime de corrupção, artigos 317 do código penal corrupção passiva, que é solicitar ou receber vantagem indevida e artigo 333 corrupção ativa, oferecer ou prometer vantagem indevida ao servidor para praticar, omitir ou retardar ato de ofício.

DISCIPLINA – COMPORTAMENTO

- Pontualidade e Assiduidade - São obrigações funcionais e quando não cumpridas enquadra-se nas infrações estatutárias. Objeto da disciplina da gestão de pessoas. O Sistema de Avaliação e desempenho consideram como fator de avaliação.
- Afetam as chances de progresso funcional. É um problema que deve ser tratado pelo gerente e por todos os gestores. Assiduidade é perseverança, elemento de importância para o bom desempenho dos trabalhos.

-
- Maus hábitos: Não devem ser permitidos, pois contaminam. Caso seja permitido a um ou dois, torna-se parte do dia a dia. Deve ser estabelecido um clima de respeito aos compromissos e obrigações. Desídia: caracteriza-se pela prática ou omissão de vários atos (comparecimento impontual, faltas repetidas e injustificadas, ausências, produção imperfeita); excepcionalmente poderá estar configurada em um só ato culposo muito grave; se doloso (intencional) pertencerá à outra das justas causas. Quando a desídia é intencional, como na sabotagem, onde há a ideia preconcebida de causar prejuízos, por esse aspecto doloso, ela se identifica com a improbidade (fraude).
 - Disciplina: é sinônimo de ordem, organização. Meio para atingir metas, fator de avaliação profissional.
 - Nenhuma instituição pode alcançar pleno rendimento na objetivação de seus propósitos, se dissociada da disciplina. A disciplina não é submissão no obedecer. É cooperação no realizar. É consciência de quem sabe dispor de suas possibilidades, capacidades e assume as responsabilidades.

PONTUALIDADE E ASSIDUIDADE

- A pontualidade e assiduidade são sinônimas de compromisso e responsabilidade, além de serem fatores importantes para a avaliação de desempenho.
- Ser frequente, não faltar;
- Registrar o ponto no relógio digital;
- Dirigir-se ao seu posto de trabalho de imediato;

IMPORTANTE:

- Prorrogação de horas, horas extras, descontos de horas, horário de banco, falta abonada, declaração, **SOMENTE** com a autorização da gerencia da Unidade ou da chefia imediata.

-
- Na iminência de ausência, entrar em contato com sua chefia.

POSTURA

- Apresentar-se adequadamente trajado no seu posto de trabalho;
- Estar higienizado;
- Uso de perfumes suaves;
- Aparência agradável;
- Homens com barba feita ou aparada;
- Mulheres com maquiagem discreta;
- Cabelos organizados;
- Manter-se em postura acolhedora;
- Sentar-se confortavelmente, de forma ergonômica;
- Não mascar chiclete;
- Não comer no local de trabalho (para tal encaminhar-se à copa);
- Não usar óculos de sol ou fone de ouvidos;
- Celular desligado ou no modo de vibração (NUNCA atender celular durante o atendimento ao cliente. ao término do atendimento, responder a ligação se caso urgente);
- Não acessar e-mail, redes sociais e outros similares;
- Se música presente deve ser suave e em volume baixo;
- Manter postura profissional, evitando piadas, riso alto, etc;
- Primar pela ética, não comentando sobre a vida alheia, principalmente de usuários e colegas de trabalho;
- Não julgar, comparar, rotulando ou atribuindo às pessoas designação ou denominação de maneira redutora que o defina (“aquela mala”, “o sabe tudo”, etc.);
- Ao cometer falhas, notificar ao seu superior hierárquico.

IDENTIFICAÇÃO

- Uso dos uniformes fornecidos;

-
- Uso de crachá de identificação, em lugar de fácil visualização;
 - Orientação: uso de calçado fechado.

ROTINAS

- Antes de iniciar o trabalho, organizar o setor;
- Ligar e checar o funcionamento dos equipamentos (micro computador, impressora, ventilador, telefone, outros);
- Organizar objetos (identificação de prontuários, caneta, lápis, outros);
- Ao término do seu horário de trabalho, passe o plantão para ter o serviço e permanecer com as rotinas estabelecidas;
- Reconstitua sua área de trabalho.

IMPORTANTE:

Lembrar que a prioridade em suas atividades é o atendimento ao cliente.

RECEPCIONAR O USUÁRIO

Recepcionar é receber as pessoas com atitude pró-ativa e acolhedora. Ao recepcionar devemos estar aptos a: informar, orientar, “filtrar” as necessidades do cliente, amenizar os ânimos exaltados e agilizar o atendimento. Para tanto deve:

- Manter-se em postura adequada, receptiva, acolhedora;
- Ser cordial, respeitoso e gentil;
- Olhar para o cliente;
- Saudá-lo (bom dia, boa tarde, boa noite ou, pois não? Em que posso ajudá-lo?);
- Perguntar ao cliente o seu nome e anotar para não esquecer;
- Despedir-se (até logo, etc);
- Ouvi-lo sempre antes de falar;



-
- Informá-lo e orientá-lo, por escrito quando necessário;
 - Quando em atendimento a um cliente e outro chegar: sinalizar que percebeu sua presença e solicitar gentilmente que aguarde (sugestão: em alguns minutos já vou atendê-lo).
 - Garantir e Orientar o usuário no preenchimento da PESQUISA DE SATISFAÇÃO, arquivá-las e entregar a gerencia administrativa.
 - Ser educado;
 - Usar tom de voz baixo, porém audível;
 - Manter a equidade no atendimento;
 - Estar atento às urgências e emergências;
 - Estar atento ao seu atendimento e à pessoa que está atendendo;
 - Manter-se calmo em situações conflituosas que surjam durante o seu atendimento, demonstrando paciência e não revidando a agressões;
 - Dar continuidade ao trabalho: passagem de plantão (escrita ou verbal);

IMPORTANTE:

- JAMAIS deixar a recepção sozinha.
- Ao ausentar-se, solicitar para que alguém permaneça lá até o seu retorno;
- Ao término do seu horário de trabalho, passe o plantão para o serviço ter continuidade e permanecer as rotinas estabelecidas.

ATENDIMENTO AO TELEFONE

É um contato muito importante para que o cliente se sinta acolhido e bem atendido. Para tanto devemos estar atentos:

- Procurar atender ao 1º toque;
- Caso esteja em atendimento, pedir licença ao cliente;
- Atender dizendo o nome do local, seu nome, seguido do cumprimento oportuno (ex: Pronto Socorro Municipal, Maria, bom dia!)
- Pergunte o nome da pessoa que está ligando e anote para não esquecer;



-
- Entender o objetivo da ligação;
 - Caso seja para transferir a ligação, transfira;
 - Caso seja particular, anotar o recado para mais tarde retornar a ligação;
 - Caso seja para a própria recepção, solicitar que aguarde um momento para que possa concluir o atendimento anterior, e ao concluí-lo, retorne ao atendimento telefônico;
 - Usar tom de voz baixo, porém audível;
 - Ser gentil;
 - Concentrem-se na ligação, solicitando clareza na explicação quantas vezes for necessária para o seu atendimento;
 - Fale compassadamente e claramente;
 - Evite expressões confusas e de má interpretação;
 - Anote os pontos principais ou dados fornecidos;
 - Evite interpretações bruscas;
 - Evite termos técnicos;
 - Tenha cautela, não cometa exageros;
 - Evite expressões como “bem”, “meu anjo”, “mãezinha”, etc, chamando pelo nome à pessoa que ligou;
 - Retorne sempre as ligações que prometeu fazer;
 - Transfira você mesmo às ligações;
 - Encerre a conversa com cortesia (Ex: obrigado!);
 - Não deixe o telefone fora do gancho;
 - Seja breve e eficiente nas ligações;
 - Ao chamar o colega dirija-se pelo nome em tom de voz agradável.

IMPORTANTE:

- Não esqueça: o telefone é de uso EXCLUSIVO do serviço.

CADASTRO DE CLIENTES NO SISTEMA

- Consiste na inserção do cliente no Sistema, onde é gerado um número de

matrícula com o objetivo de identificação do mesmo no sistema de saúde do município.

- Cliente com documentos:
- Solicitar documento de identificação, como RG, certidão de nascimento ou outros e comprovante de endereço e Cartão Nacional da Saúde (CNS);
- Pesquisar na opção “busca paciente”, colocando o nome ou parte dele;
- Confirmação do mesmo com nome da mãe data de nascimento para confirmar se possui cadastro no sistema;
- Se não possuir, efetivar cadastramento;
- No campo “Cadastramento”, Novo Paciente;
- No campo “Novo”
- Preencher o Nome completo, CNS (Cartão Nacional de Saúde), Sexo, Data de nascimento, Nome da Mãe completo, endereço e telefone para contato;
- “Salvar”;
- Não colocar nenhum tipo de informação adicional ao nome ou endereço do paciente;
- Solicitar o CNS (Cartão Nacional de Saúde) e caso o paciente não possua orientá-lo sobre como fazer;

IMPORTANTE:

- Lembrar-se das diretrizes do SUS, garantindo o acesso ao serviço de saúde.

CLIENTE SEM DOCUMENTO NA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

- Solicitar dados de identificação ao cliente ou acompanhante;
- Pesquisar na opção “busca paciente”, colocando o nome ou parte dele, nome da mãe para confirmar se possui cadastro;
- Se não possuir, efetivar cadastramento;
- “Entrar no campo Cadastramento” ;

- Clicar em “Novo” ;
- Preencher o Nome completo, CNS, Sexo, Data de Nascimento, Nome da Mãe completo, Endereço e telefone para contato;
- Clicar em “Salvar”.

IMPORTANTE

Anotar no campo “complemento” que o cadastro foi feito sem comprovante de endereço e/ou documentação por se tratar de atendimento de urgência ou emergência.

SISTEMA INOPERANTE

- Deverá ser executada Ficha Manualmente em situações eventuais e não como rotina, como por exemplo, quando o sistema estiver inoperante, comunicar imediatamente a supervisão do setor para que medidas sejam tomadas.

RECEBIMENTO DE EXAMES LABORATORIAIS

- Os resultados de exames laboratoriais fazem parte da ficha de atendimento do cliente, que representam parte importante da investigação diagnóstica do mesmo, devendo ser objeto de zelo e da ética para todos os profissionais do serviço de saúde;
- Ao receber o resultado de exames, anexar imediatamente na ficha de atendimento encaminhar para a equipe médica ou de enfermagem responsável pela solicitação para orientar conduta.

ARQUIVAMENTO DE EXAMES

- Após avaliação pela equipe médica, os resultados de exames são encaminhados à recepção para arquivamento;



-
- Arquivar nas fichas de atendimento do cliente, atentando pelo nome;
 - Exames como raios-X deverão ser arquivados nas fichas de atendimento e sempre se atentar pelo nome;



ANEXO V

MANUAL DO SERVIÇO DE HIGIENE HOSPITALAR



CAPÍTULO 1

DEFINIÇÕES

- LIMPEZA
- DESINFECÇÃO
- UNIDADE DO PACIENTE

INTRODUÇÃO

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, seus familiares e profissionais nos serviços de saúde. Corrobora também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com

superfícies limpas, com redução do número de microrganismos e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços. O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes. A presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e, ainda, o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde. Dessa forma, o aparecimento de infecções nos ambientes de assistência à saúde pode estar relacionado ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção de superfícies e manejo inadequado dos resíduos em serviços de saúde.

Para o gerenciamento dos resíduos gerados, há uma comissão específica que trata o assunto, ficando o Serviço de Higiene atento no cumprimento das orientações feitas por esta comissão. Assim, o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do uso de técnicas eficazes para promover a limpeza e desinfecção de superfícies.

1. CONCEITOS

1.1 LIMPEZA

O Serviço de limpeza e desinfecção nos serviços de saúde tem como objetivo, manter um ambiente limpo e preparado para o atendimento de seus clientes e a conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes da instituição.

A limpeza consiste na remoção, por meios mecânicos e/ou físicos, da sujidade depositada nas superfícies inertes que constituem um porte físico e nutritivo para os microrganismos.

Buscando uma definição específica de limpeza, podemos entendê-la como o processo de remoção de sujidade mediante a aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo.



A **energia química** é proveniente de ação dos produtos que têm a finalidade de limpar através da propriedade de dissolução, dispersão e suspensão da sujeira.

A **energia mecânica** é proveniente **A energia mecânica é proveniente de uma ação física aplicada sobre a** superfície para remover a sujeira resistente à ação de produto químico. Essa ação pode ser obtida pelo ato de esfregar manualmente com esponja, escova, pano ou sob pressão de uma máquina de lavar.

A **energia térmica** é proveniente da ação do calor que reduz a viscosidade da graxa e gordura. Se a temperatura for alta e aplicada em tempo suficiente, ela também poderá ter ação desinfetante ou esterilizante. Consideremos então como limpeza hospitalar a limpeza das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diversas áreas hospitalares, o que inclui pisos, paredes, janelas, mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias.

Esclarecemos que alguns microrganismos conseguem sobreviver um longo tempo em poeiras, enquanto outros são incapazes de sobreviver fora do hospedeiro por muito tempo, porém a presença de sujeira, principalmente **matéria orgânica de origem humana, pode servir de substrato para a sua proliferação ou favorecer a presença de vetores**, como possibilidade de transportar passivamente estes agentes.

Em outras palavras, as paredes, os pisos e o teto ocupam um papel secundário na transmissão das infecções relacionadas a assistência a saúde. Contudo que suas superfícies estejam intactas e secas ou que não sejam tocadas por mãos e objetos e **diretamente veiculados ao organismo humano, dificilmente apresentam uma condição** importante de contaminação sendo por tanto desnecessária sua desinfecção rotineira.

Porém, isso não significa que as mesmas não devam ser submetidas a processo de limpeza.

Já ao se constar a necessidade de evitar a dispersão e circulação de poeira e de microrganismos no ar ambiente, principalmente em áreas críticas, inicia-se a especificidade da limpeza hospitalar que está relacionada com os

métodos de execução, geralmente de forma úmida, molhada e/ou por aspiração e nunca por remoção seca, a qual propicia a dispersão da poeira ao ambiente.

Além disso, as áreas críticas **e grande parte das áreas semicríticas são** desprovidas de sistema de ralos. Se a ausência dos mesmos por um lado, é justificada para evitar a contaminação através de vetores, pela possibilidade de entrada de insetos e roedores, por outro lado é a principal causa de dificuldade para uma limpeza mais eficiente, a qual precisa ocorrer através de grande quantidade de água, esfregação mecânica e exaustão da mesma, quantas vezes seja necessário. Em outras palavras são justamente as áreas de maior risco de disseminação de contaminação as mais difíceis de limpar. Outra especificidade da limpeza hospitalar está relacionada com a frequência e sua abrangência, levando-se em consideração o volume e os tipos de trabalho de procedimentos e de utilização das diversas áreas hospitalares. Há especificidade **também, no que se refere às formas e características com o que essas superfícies são** constituídas comportando, portanto, diferentes métodos e tipos de produtos de limpeza.

Devemos estar atentos também aos microrganismos de relevância epidemiológica nas Infecções relacionadas a assistência a saúde, ligados a contaminação ambiental, como o *Clostridium difficile*, *Legionella* e *Aspergillus*. Nos casos de reformas hospitalares deve-se realizar o isolamento da obra por meio de barreiras herméticas devido a grande quantidade de detritos, poeiras e fungo, que podem acometer principalmente os pacientes imunocomprometidos.

1.1.1 Tipos de limpeza hospitalar

Os tipos de limpeza relacionados a seguir estão classificados de acordo com a sua abrangência, frequência e os objetivos a serem atingidos.

a) Limpeza concorrente

É aquela realizada, de forma geral, diariamente, e inclui a limpeza de pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários

b) Limpeza imediata ou descontaminação.

Trata-se da limpeza quando é realizada quando ocorre sujidade após a limpeza concorrente em áreas críticas e semicríticas, em qualquer período do dia. Tal sujidade refere-se, principalmente àquelas de origem orgânica, química ou radioativa, com riscos de disseminação de contaminação. Essa limpeza limita-se a remoção imediata dessa sujidade do local onde ela ocorreu e sua adequada dispensação. A técnica utilizada dependerá do tipo de sujidade e de seu risco de contaminação.

c) Limpeza de manutenção

É constituída de alguns requisitos da limpeza concorrente. Limitam-se mais ao piso, banheiros e esvaziamento de lixo, em locais de grande fluxo de pessoal e de procedimentos, sendo realizada nos 3 períodos do dia (manhã, tarde e noite) conforme a necessidade, através de rotina e de vistoria contínua. Exemplo de onde esse tipo de limpeza ocorre com frequência é o pronto socorro ou ambulatório, devido à alta rotatividade de atendimento.

d) Limpeza terminal

Trata-se de uma limpeza e ou desinfecção mais completa, abrangendo horizontalmente e verticalmente pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive camas, macas e colchões, janelas, vidros, portas, peitoris, varandas, grades do ar condicionado, luminárias, teto, etc , em todas as suas superfícies externas e internas. A periodicidade de limpeza de todos esses itens dependerá da área onde os mesmos se encontram e de sua frequência de

sujidade. Como exemplos, a limpeza terminal da unidade de um paciente internado deverá ser realizada a qualquer momento após sua alta, transferência ou óbito. Já a limpeza terminal do centro cirúrgico é realizada diariamente após a realização de cirurgias eletivas do dia.

1.2. DESINFECÇÃO

A desinfecção é o processo aplicado a um artigo ou superfície, visando a eliminação dos microrganismos, exceto os esporos, e evitar o seu eventual deslocamento para outros pontos, como ocorre na limpeza. O agente utilizado para essa operação é o sabão ou detergente, seguido de enxágue e aplicação de desinfetante.

1.3 UNIDADE DO PACIENTE

A unidade do paciente compreende a cama, mesa de cabeceira, mesa de refeição, escadinha, cadeira, suporte de soro, campainha, luminária e cesto de lixo; que devem ser limpos conforme frequência preestabelecida, por funcionário da higiene. Já a limpeza e desinfecção de artigos e equipamentos como bombas de infusão, de assistência ventilatória, monitores, é de competência da equipe de enfermagem.

CAPÍTULO 2

PRODUTOS

- **PRODUTOS SANEANTES**
- **CRITÉRIOS DE COMPRA**
- **PRODUTOS UTILIZADOS NA LIMPEZA DE SUPERFÍCIES**
- **PRODUTOS UTILIZADOS NA DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES**
- **PRODUTOS PARA TRATAMENTO DE PISO**

2.0 PRODUTOS SANEANTES

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada –RDC da Anvisa nº 184, de 22 de outubro de 2001 (BRASIL, 2001), entende-se por produtos saneantes e afins mencionados no art. 1º da Lei 6.360 de 23 de setembro de 1976 (BRASIL, 1976), as substâncias ou preparações destinadas a limpeza, desinfecção, desinfestação, desodorização/odorização de ambientes domiciliar, coletivos e/ou públicos, para fins domésticos, para aplicação ou manipulação por pessoas ou entidades especializadas, para fins profissionais. Essa mesma legislação classifica esses produtos como risco 1 e risco 2.

Os produtos de risco 1 apresentam pH na forma pura maior que 2 e menor que 11,5 sendo necessária sua notificação junto a Anvisa. Nesse grupo estão incluídos os produtos de limpeza em geral e afins, que são notificados e haverá a expressão “Produto Saneante Notificado na Anvisa”, seguido do número do processo que originou a notificação.

Já os produtos de risco 2 compreendem os saneantes que apresentam pH na forma pura menor ou igual a 2 ou maior ou igual a 11,5, possuam características de corrosividade, ação desinfetante, sejam à base de microrganismos viáveis ou contenham em sua fórmula os ácidos inorgânicos: fluorídrico (HF), nítrico (HNO₃), sulfúrico (H₂SO₄) seus sais que as liberem nas condições de uso dos produtos. Esse grupo de produtos necessita ser registrado junto à Anvisa.

Para que a limpeza atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização de produtos saneantes, como sabões e detergentes nas diluições recomendadas.

Em locais onde há presença de matéria orgânica, torna-se necessária a utilização de outra categoria de produtos saneantes, que são os chamados desinfetantes. Para que a desinfecção atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização das técnicas de limpeza. A responsabilidade na seleção, escolha e aquisição dos produtos saneantes deve ser do Serviço de Limpeza, com aprovação do Serviço de Controle de Infecção hospitalar.

A responsabilidade na seleção, escolha e aquisição dos produtos saneantes deve ser do Serviço de Limpeza, com aprovação do Serviço de Controle de Infecção hospitalar.

Na aquisição de saneantes, deverá existir um sistema de garantia de qualidade que atenda aos requisitos básicos exigidos pela legislação em vigor. Atenção deve ser dada à avaliação da real necessidade do produto saneante, evitando o uso indiscriminado desse produto em serviços de saúde. Quando necessária a utilização do produto saneante, deve-se levar em consideração a área em que será utilizado o determinado princípio ativo, infraestrutura, recursos humanos e materiais disponíveis, além do custo do produto no mercado.

2.1 – CRITÉRIOS DE COMPRA

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), devem ser considerados para a aquisição de produtos saneantes os seguintes itens:

- A natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada e o seu comportamento perante o produto.
- A possibilidade de corrosão da superfície a ser limpa.
- Tipo e grau de sujidade e a sua forma de eliminação.
- Tipo e contaminação e a sua forma de eliminação (microrganismos envolvidos com ou sem matéria orgânica presente).
- Recursos disponíveis e métodos de limpeza adotados.
- Grau de toxicidade do produto.
- Método de limpeza e desinfecção, tipos de máquinas e acessórios existentes.
- Concentração de uso preconizado pelo fabricante.
- Segurança na manipulação e uso dos produtos.
- Princípio ou componente ativo.
- Tempo de contato para a ação.
- Concentração necessária para a ação.

-
- Possibilidade de inativação perante matéria orgânica.
 - Estabilidade frente às alterações de luz, umidade, temperatura de armazenamento e matéria orgânica.
 - Temperatura de uso.
 - pH.
 - Incompatibilidade com agentes que podem afetar a eficácia ou a estabilidade do produto como: dureza da água, sabões, detergentes ou outros produtos saneantes.
 - Prazo de validade para uso do produto.

Ainda, deve ser exigido do fornecedor a comprovação de que o produto está notificado ou registrado na Anvisa com as características básicas de aprovação e, se necessário, no caso de produtos com ação antimicrobiana, laudo de testes no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) ou demais laboratórios acreditados para essa análise, e finalmente, o laudo técnico do produto. No rótulo dos produtos saneantes deverá constar: o nome do produto; modo de utilização, destacando o tempo de contato do produto; precauções de uso quanto à toxicidade e necessidades de uso de EPIs; restrições de uso; composição do produto; teor de princípio ativo descrito em percentagem (%); frases relacionadas ao risco do produto; prazo de validade; data de fabricação; lote e volume; informações referentes à empresa fabricante, como nome da empresa, endereço e Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); nome do responsável técnico e número do seu registro no Conselho de Classe e número do registro do produto na Anvisa.

Deve ser solicitado ao fornecedor, fabricante ou distribuidor, o número da autorização de funcionamento da empresa titular do produto (empresa que registrou/notificou o produto na Anvisa) e a Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), que deve ser analisada em conjunto com o Núcleo de Medicina e Segurança do Trabalho.

2.2 PRODUTOS UTILIZADOS NA LIMPEZA DE SUPERFÍCIES

2.2.1 Sabões e detergentes

O sabão é um produto para lavagem e limpeza, formulado à base de sais alcalinos de ácidos graxos associados ou não a outros tensoativos. É o produto da reação natural por saponificação de um álcali (hidróxido de sódio ou potássio) e uma gordura vegetal ou animal.

O detergente é um produto destinado à limpeza de superfícies e tecidos através da diminuição da tensão superficial (BRASIL, 2007).

Os detergentes possuem efetivo poder de limpeza, principalmente pela presença do surfactante na sua composição. O surfactante modifica as propriedades da água, diminuindo a tensão superficial facilitando a sua penetração nas superfícies

2.3 PRODUTOS UTILIZADOS NA DESINFEÇÃO DE SUPERFÍCIES

2.3.1 Álcool

Os alcoóis etílico e o isopropílico são os principais desinfetantes utilizados em serviços de saúde, podendo ser aplicado em superfícies ou artigos por meio de fricção.

- Características: bactericida, virucida, fungicida e tuberculicida. Não é esporicida.

Fácil aplicação e ação imediata.

- Indicação: mobiliário em geral.

- Mecanismo de ação: desnaturação das proteínas que compõem a parede celular dos microrganismos.

Desvantagens: inflamável, volátil, opacifica acrílico, resseca plásticos e borrachas,

ressecamento da pele.

- Concentração de uso: 60% a 90% em solução de água volume/volume.

Geralmente em ambientes hospitalares é utilizado a 70 %.

2.3.2 Compostos liberadores de cloro ativo INORGÂNICOS

Os compostos mais utilizados são hipocloritos de sódio, cálcio e de lítio.

- Características: bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida e esporicida, dependendo da concentração de uso. Apresentação líquida ou pó; amplo espectro;

ação rápida e baixo custo.

- Indicação: desinfecção de superfícies fixas.

- Mecanismo de ação: o exato mecanismo de ação ainda não está completamente elucidado.

- Desvantagens: instável (afetado pela luz solar, temperatura >25°C e pH ácido).

Inativo em presença de matéria orgânica; corrosivo para metais; odor desagradável, e pode causar irritabilidade nos olhos e mucosas.

- Concentração de uso: desinfecção 0,02% a 1,0%.

CAPITULO 3

RECURSOS HUMANOS

- **ATRIBUIÇÕES ADMINISTRATIVAS**
- **ATRIBUIÇÕES TÉCNICAS PARA SUPERVISORES OU ENCARREGADOS DO SERVIÇO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO**
- **DEFINIÇÕES DE RESPONSABILIDADES**

3.1 ATRIBUIÇÕES

As atribuições da equipe do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies

em Serviços de Saúde podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada, além do modelo de gestão em vigor aplicado ao serviço em questão.

Embora as atribuições possam apresentar variações entre diferentes instituições, o objetivo alvo deve ser comum, ou seja, a remoção de sujidades de superfícies do ambiente, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, por meio das boas práticas de limpeza e desinfecção de superfícies (TORRES & LISBOA, 2007).

A clareza das atribuições tem papel fundamental para seu cumprimento e, para tanto, se faz necessário este manual contendo todas as tarefas a serem realizadas, especificadas por cargo. O manual deve ser apresentado e estar à disposição de todos os colaboradores para consulta no local de trabalho, em local de fácil acesso. Sua revisão deve ser periódica e sempre que houver mudança de rotinas.

3.2 ATRIBUIÇÕES ADMINISTRATIVAS

3.2.1 Quanto à apresentação pessoal

- Apresentar-se com uniforme completo, limpo, passado, sem manchas, portando a identificação do funcionário.
- Utilizar calçados profissionais: fechados, impermeáveis e com sola antiderrapante.
- Manter cabelos penteados e presos.
- Manter unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças.
- Desprover-se de adornos, como pulseiras, anéis, brincos, colares e piercing.
- Manter higiene corporal.

3.2.2 Quanto às normas institucionais

- Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho.
- Comunicar e justificar ausências.
- Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho pacientes, visitantes e outros.
- Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais:
 - falar em tom baixo.
 - evitar gargalhadas.
 - evitar diálogos desnecessários com clientes, sem que seja questionado previamente.

não fumar e não guardar ou consumir alimentos e bebidas nos postos de trabalho.

- Cumprir tarefas operacionais estabelecidas previamente em suas atribuições designadas.

* cumprir o horário estabelecido para lanche não excedendo 15 minutos.

- Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social, como, por exemplo, programas de biossegurança, prevenção de incêndio campanha de vacinação e outros.

3.3 ATRIBUIÇÕES TÉCNICAS PARA SUPERVISORES OU ENCARREGADOS DO SERVIÇO DE LIMPEZA

3.3.1 Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção

Coletiva (EPC):

- Adquirir EPI com certificação de aprovação, pois se refere ao CA. do

Ministério do Trabalho e disponibilizá-los em quantidade suficiente para uso e reposição.

- Capacitar ou direcionar a capacitação sobre EPI para um profissional que esteja habilitado para desenvolver treinamentos com abordagens como: tipos, onde e quando utilizar, importância da utilização, técnicas de utilização correta e adequada, riscos da não utilização e outros.
- Supervisionar o uso correto dos EPIs.
- Providenciar e disponibilizar Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e orientar os colaboradores para sua utilização.

3.3.2 Outras atribuições

- Focar suas ações em consonância com a missão, visão, filosofia e objetivos da instituição.
- Participar e acompanhar os processos seletivos da equipe de limpeza e desinfecção de superfícies por meio de estabelecimento de requisitos pertinentes ao cargo participação em entrevistas e avaliações.
- Planejar, coordenar, implementar e supervisionar as atividades pertinentes ao serviço.
- Dimensionar pessoal, equipamentos, utensílios e materiais de limpeza e desinfecção de superfícies.
- Desenvolver e implementar programas de educação contínua sobre processos de limpeza e desinfecção de superfícies e conservação. A principal vantagem da educação contínua está no fato de possibilitar uma intervenção no momento em que o erro acontece, por meio da orientação e acompanhamento, possibilitando que falhas técnicas sejam corrigidas imediatamente após sua ocorrência, ao invés de aguardar sua ocorrência, ao invés de aguardar um cronograma preestabelecido de reciclagem programada.
- Planejar supervisão contínua das atividades de limpeza de forma que os três turnos de trabalho sejam assegurados.
- Realizar avaliações de desempenho dos funcionários sob sua

responsabilidade.

- Estabelecer o cronograma de periodicidade e de frequência dos diferentes tipos de limpeza em todos ambientes e superfícies sob responsabilidade da equipe de limpeza e desinfecção.
- Liberar quartos ou enfermarias, após vistoria.

3.4 DEFINIÇÕES DE RESPONSABILIDADES

Todo paciente hospitalizado ocupa necessariamente uma unidade que deverá ser limpa diariamente, sendo constituída basicamente por cama, mesas (refeição e cabeceira), lâmpada de cabeceira, cesto de lixo, poltrona, suporte de soro e escadinha.

Compete ao Serviço de Higiene Hospitalar executar limpeza do teto, pisos, paredes, janelas, vidros e mobiliários, não cabendo a ele a limpeza ou desinfecção de artigos específicos relativos à assistência do paciente como, bomba infusora monitores, cabines de fluxo laminar e artigos para assistência respiratória, que competem ao serviço de enfermagem.

Além da unidade do paciente, o Serviço de higiene é responsável pela limpeza dos banheiros, pelo posto de enfermagem, corredores, sala de utilidades, janelas, áreas específicas, como centro cirúrgico, Unidades de terapia intensiva, necrotério, laboratório, copa, cozinha e todas as demais áreas administrativas/apoio da instituição, respeitando sempre a peculiaridade de cada área.

CAPÍTULO 4

ÁREAS HOSPITALARES

- **CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS HOSPITALARES**
- **FREQUENCIA DE LIMPEZA DAS UNIDADES**

4.1 – CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS HOSPITALARES

A evolução tecnológica aplicada à medicina vem revolucionando a arquitetura dos serviços de saúde, que tem sido modificada visando a melhoria do atendimento ao paciente (MUNHOZ & SOARES, 2000). Para se adequarem às novas tecnologias, muitos serviços de saúde necessitam de reformas ou ampliações das áreas construídas, resultando em construções que nem parecem estabelecimentos de assistência a saúde. A aparência do ambiente proporcionada pela limpeza é um importante critério de qualidade de atendimento do serviço de saúde.

Considerando-se a variedade das atividades desenvolvidas em um serviço de saúde, há necessidade de áreas específicas para o desenvolvimento de atividades administrativas e operacionais. As áreas dos serviços de saúde são classificadas em relação ao risco de transmissão de infecção com base nas atividades realizadas em cada local. Essa classificação auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecção, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde.

O objetivo da classificação das áreas dos serviços de saúde é orientar as complexidades, a minuciosidade e o detalhamento dos serviços a serem executados nesses setores, de modo que o processo de limpeza e desinfecção de superfícies esteja adequado ao risco.

Portanto, a definição das áreas dos serviços de saúde foi feita considerando o risco potencial para a transmissão de infecções, sendo classificada em áreas críticas, semicríticas e não- críticas (YAMAUSHI et al., 2000; BRASIL 202; APECIH 2004),

conforme descrito a seguir:

a) Área crítica: aquelas que oferecem risco potencial para a aquisição de infecções, seja pelos procedimentos de risco invasivos realizados ou pela presença de pacientes imunodeprimidos. Outros ambientes são considerados

críticos pelo risco ocupacional no manejo de substâncias infectantes. Exemplos de áreas críticas: Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e Obstétrico, Isolamentos, Unidades de Emergência, Laboratório de Análises Clínicas e Patológicas, Central de Material e Esterilização. Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Área Suja da Lavanderia, e Necrotério.

b) Área semicrítica: são todas aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento. Exemplos: Enfermarias, Ambulatórios, Postos de Enfermagem, Elevadores, Corredores e Banheiros.

c) Área não crítica: são todas as áreas não ocupadas por pacientes tais como: Áreas Administrativas, Almoxarifado, Vestiários, Sala de Costura, Copas, etc.

Ressaltamos que esta classificação é utilizada para nortear o responsável pelo serviço de higiene, pois o risco de infecção está relacionado aos procedimentos aos quais o paciente é submetido, independente da área em que ele se encontra.

4.1- FREQUÊNCIA DE LIMPEZA DAS UNIDADES

AMBIENTE/SUPERFÍCIE		FREQUENCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
ARMÁRIOS	FACE EXTERNA	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	FACE INTERNA E EXTERNA		Quinzenal ou na saída do paciente ou na terminal do quarto



BALCÃO E BANCADAS		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal ou na terminal da unidade
MOBILIÁRIOS PACIENTE	SEM	1 vez ao dia e sempre que necessário	Na terminal da unidade
LUMINÁRIA E SIMILARES		1 vez ao dia e sempre que necessário	Na terminal da unidade ou na saída do paciente
JANELAS	Face interna	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face externa		Semanal, na terminal do quarto/ unidade ou quando necessário
PORTA / VISORES		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal ou na saída do paciente
MAÇANETAS PORTAS	DE	3 vezes ao dia (mínimo)	
UNIDADE DO PACIENTE (exceto mesa de refeição)		1 vez ao dia e sempre que necessário	Na saída do paciente ou quinzenal ou na terminal do quarto
MESA DE REFEIÇÃO		4 vezes ao dia (após as refeições) e sempre que necessário	Na saída do paciente ou quinzenal ou na terminal do quarto



PISOS EM GERAL	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Quinzenal ou na saída do paciente ou na terminal da unidade
BANHEIRO COMPLETO		1 vez ao dia ou na saída do paciente ou na terminal do quarto
BANHEIROS (PISOS, ÁREA DE BANHO, VASOS, PIAS, TORNEIRAS E ACESSÓRIO)	2 vez ao dia ou sempre que necessário	

DISPENSADORES DE SABÃO OU ÁLCOOL GEL	Face externa	1 vez ao dia ou sempre que necessário	
	Face interna e externa		Sempre ao término do produto
TOALHEIRO		1 vez ao dia ou sempre que	Sempre ao término do papel

GRADES DO AR CONDICIONADO		Semanal ou sempre que necessário
---------------------------	--	----------------------------------



CORTINAS (DIVISÓRIAS DE LEITOS)	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Na saída do paciente (sempre que necessário) ou na terminal da unidade
POLTRONAS/ SOFAS	1 vez ao dia ou sempre que necessário	
PERSIANAS	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Na terminal da unidade
MICROONDAS	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Na terminal do local
GELADEIRAS (GUARDA DE MEDICAMENTOS,	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Sempre que a quantidade de gelo interferir no funcionamento do mesmo.
CESTOS (LIXO E HAMPER)	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou na terminal da unidade
VESTIÁRIO (BLOCO CIRÚRGICO)	1 vezes ao dia ou sempre que necessário	Quinzenal ou sempre que necessário
SALA DE GUARDA DE MATERIAIS	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
BEBEDOUROS	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário



ELEVADORES	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Semanal sempre necessário	ou que
TRATAMENTO DE ÁGUA		Semanal sempre necessário	ou que
ABRIGO INTERNO DE RESÍDUOS	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Semanal sempre necessário	ou que
ABRIGO EXTERNO DE RESÍDUOS		Semanal sempre necessário	ou que
EXPURGOS	2 vez ao dia ou sempre que necessário	Semanal sempre necessário	ou que
SETOR DE RX	2 vez ao dia ou sempre que necessário	Semanal sempre necessário	ou que
ARQUIVO MORTO		Mensal sempre necessário	ou que

4.4 – Áreas Hospitalares de circulação:

CARACTERÍSTICAS: consideram-se neste trabalho como áreas internas com espaços livres, saguão, hall, salão, corredores, rampas, escadas e escadas externas, revestidas com pisos frios pertencentes às áreas críticas e semi críticas relacionadas.

As rotinas das tarefas e as frequências de limpeza a serem executadas nestas áreas serão:



<p>Diária</p>	<ul style="list-style-type: none">• Manter os cestos isentos de resíduos, acondicionando-os em local indicado pela Contratante;• Remover o pó dos peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos bancos, cadeiras, demais móveis existentes, telefones, extintores de incêndio etc.;• Remover os resíduos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela Contratante;• Remover manchas e lustrar os pisos;• Passar pano úmido e polir os pisos;• Limpar/remover o pó de capachos e tapetes;• Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.
<p>Semanal</p>	<ul style="list-style-type: none">• Limpar portas/visores, 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 / polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras, etc., com produto adequado;• Limpar telefones com produto adequado;



	<ul style="list-style-type: none">• Encerçar / lustrar os pisos;
--	--

4.5 Vidros Externos Características:

- vidros externos são aqueles localizados nas fachadas das edificações;
- vidros externos com exposição à situação de risco são aqueles existentes em áreas consideradas de risco, necessitando, para a execução dos serviços de limpeza, a utilização de balancins manuais ou mecânicos, ou ainda, andaimes ;
- os vidros externos se compõem de face externa e face interna. Dessa maneira. Na quantificação da área dos vidros deverá ser considerada somente a metragem de uma de suas faces;
- a frequência de limpeza deve ser definida, de forma a atender as especificidades e necessidades características da unidade contratante.

4.6 – Áreas Externas

No presente trabalho, considera-se como áreas externas todas as áreas das unidades de assistência à saúde situada externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, entre outras.

Características: consideram-se áreas externas – pisos pavimentos adjacentes / contíguos às edificações aquelas áreas circundantes aos prédios, revestidas de cimento, lajota, cerâmica entre outras.



	<ul style="list-style-type: none">· Manter os cestos isentos de resíduos, acondicionando-os em local indicado pela Contratante;· Limpar / remover o pó de capachos;· Remover os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela Contratante;
Diária	<ul style="list-style-type: none">· Retirar papéis, resíduos 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 da Contratante, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;· Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.
semanal	<ul style="list-style-type: none">· Lavar pisos· Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária
Mensal	<ul style="list-style-type: none">· Limpar e polir todos os metais, tais como: torneiras,



Diária	<ul style="list-style-type: none">· Manter os cestos isentos de resíduos, acondicionando-os em local indicado pela Contratante;· Limpar / remover o pó de capachos;· Remover os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela Contratante;· Retirar papéis, resíduos 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 da Contratante, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;· Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.
semanal	<ul style="list-style-type: none">· Lavar pisos· Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária
Mensal	<ul style="list-style-type: none">· Limpar e polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras, etc.

4.7 – Salas Administrativas Hospitalares não críticas.

Todas as demais áreas de assistência à saúde, não ocupadas por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, são consideradas como áreas hospitalares não críticas.



Diária	<ul style="list-style-type: none">· Limpar / lavar espelhos, bacias, assentos, pias e pisos dos sanitários com saneante , mantendo-os em adequadas condições de higienização durante todo o horário previsto de uso;· Efetuar reposição de papel higiênico, sabonete e papel toalha nos respectivos sanitários.· Manter os cestos isentos de resíduos, acondicionando-os em local indicado pela contratante;· 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 parte externa dos equipamentos com produto adequado;· Remover os resíduos existentes, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela Contratante;· Limpar os pisos com pano úmido;· Remover manchar e lustrar os pisos encerados de madeira;· Limpar/remover o pó de capachos (entrada do hospital) e tapetes;· Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária
semanal	<p>Limpar / lavar os azulejos dos sanitários, mantendo-os em adequadas condições de higiene, durante todo o horário previsto de uso;</p> <ul style="list-style-type: none">· Remover os móveis, armários e arquivos para limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;



	<ul style="list-style-type: none">· Limpar divisórias, portas/visores, barras e batentes com
--	--

	<p>produto adequado;</p> <ul style="list-style-type: none">· Encerar/lustrar todo mobiliário envernizado com produto adequado;· Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas com produto adequado;· Limpar /polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras. etc., com produto adequado;· Encerar / lustrar os pisos;· Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral;· Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
--	---

Mensal	<ul style="list-style-type: none">· Limpar / remover manchas de forros, paredes /divisórias e rodapés;· Remover o pó de cortinas e persianas, com equipamentos e acessórios adequados;· Executar demais serviços considerados necessários à frequência mensal.
--------	--



4.8- Frequência de limpeza terminal programada.

Classificação das áreas	Frequência
Áreas críticas	Semanal (data, horário preestabelecidos)
Áreas semi críticas	Quinzenal (data, horário preestabelecidos)
Áreas não críticas	Mensal (data, horário preestabelecidos)

ANEXO VI

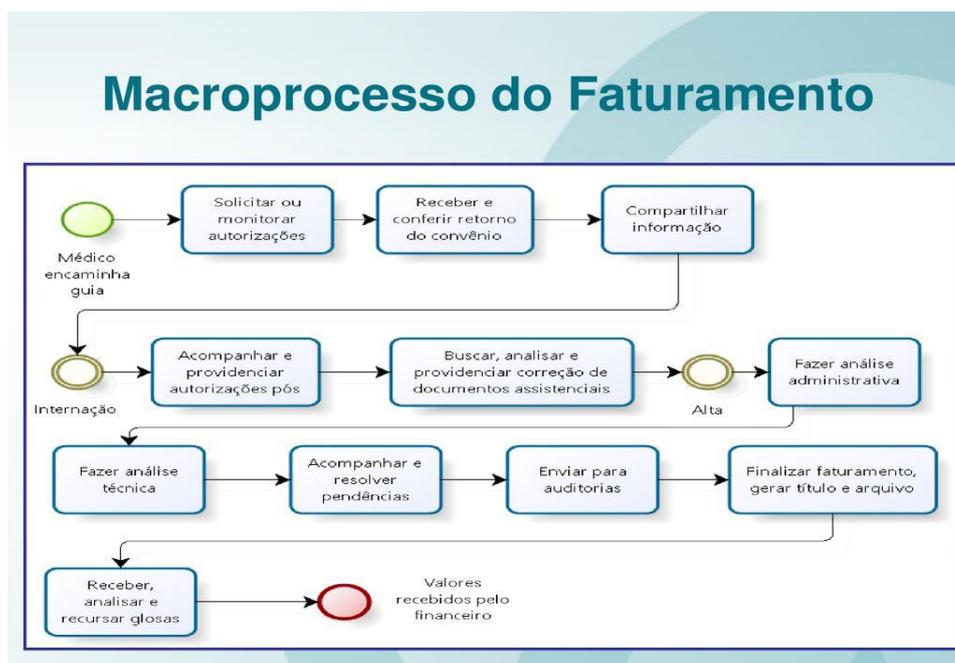
MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE CONTAS HOSPITALARES

SETOR FATURAMENTO

1. Definição do Faturamento

Faturamento é a cobrança do serviço prestado, através de documento devidamente reconhecido, preenchido e assinado pelo comprador (usuário do serviço) e o vendedor (prestador do serviço). A rigor, em sentido literal, faturamento é a atividade de emitir faturas. A fatura é um termo que vem do latim e indica o documento, ou instrumento do contrato de compra e venda. O faturamento se inicia na recepção (atendimento ao usuário) e termina no convênio/sus (operadora de plano de saúde/Datasus), com o pagamento correto das contas enviadas.

2. Etapas do Faturamento (Fluxograma)



3. Funções Faturamento Hospitalar

O serviço de Faturamento Médico-hospitalar tem a missão de processar as contas médica e hospitalares dos pacientes atendidos nos diversos serviços do Hospital de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos. Além de vários outros pontos, basicamente uma das regras para a cobrança do FATURAMENTO MÉDICO HOSPITALAR encontra-se em TABELAS, e elas são:

- 1) Tabela de Honorários: UNIFICADA/SUS;
- 2) Tabelas de Despesas Hospitalares: Tabelas de Diárias e Taxas (negociada entre as partes);

4. Objetivo do Faturamento Médico - Hospitalar

- Manter um sistema de controle que proporcione informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;
- Conferir despesas por pacientes, de acordo com as anotações da enfermagem;
- Emitir as faturas de cobrança dos serviços prestados (guias às operadoras);
- Emitir relatórios de controle das faturas (guias) emitidas / pendentes;
- Analisar os relatórios de faturas (guias) recebidas;
- Verificar as ocorrências de glosas e identificar as causas;
- Providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;
- Preparar os recursos de glosas às operadoras para reversão e pagamento das mesmas;

-
- Manter atualizados e organizados, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

O setor de faturamento que é responsável pelas informações administrativas e financeiras dos atendimentos prestados pela entidade, em níveis ambulatoriais e de internação hospitalar ficam sob a responsabilidade de um líder. O setor faz a coleta das guias, solicitações médicas, laudos e prontuários de internação das clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e etc., que após conferência e complementação de dados, realiza toda a digitação e arquivamento dos dados para realização da cobrança (emissão das faturas aos convênios/Sus), juntamente com os documentos comprobatórios dos procedimentos realizados. Após isto, em data específica se faz o processamento através do sistema de informação do estabelecimento e encaminha todas as Guias / Lotes para o devido pagamento junto a cada operadora de plano de saúde/Datasus.

5. Estrutura do setor

O setor de faturamento atualmente conta com cinco colaboradores e um responsável para desenvolver as mais diversas atividades.

Atualmente o setor de faturamento encontra-se interligado.

6. Composição Profissional do Setor Faturamento

- Líder de Faturamento
- Faturista Ambulatorial/SUS
- Assistente Administrativo - Internação/SUS

Líder de Faturamento Compete:

- a) Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela supervisão de Faturamento;
- b) Cumprir ordens e regulamentos da Instituição.
- c) Distribuir tarefas do faturamento para os colaboradores conforme as necessidades e urgências.
- d) Enviar documentação de faturamento para operadoras de planos de saúde e convênios sus;
- e) Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;
- f) Conferências dos cálculos de preços lançados nas contas;
- g) Manter sempre atualizadas as tabelas e versões dos sistemas datasus e demais índices que utiliza diariamente;
- h) Controle de glosas e ações corretivas e elaboração de relatórios de pagamentos médicos
- i) Manter contato direto com a coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares

Faturista

- a) Conferir o recebimento correto das guias de Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT)
- b) Orientar a conferência das guias
- c) Autorizar a devolução das guias com problemas para faturamento
- d) Conferir preenchimento dos campos, conforme padrão Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

- e) Codificar as guias com procedimentos conforme descrição medica;
- f) Conferir a abertura a dispensa dos atendimentos no sistema
- g) Conferir assinatura na guia
- h) Encerrar o processo das guias no faturamento gerando arquivos 5 Faturista Ambulatorial/SUS
 - a) Procedimento Diários
 - b) Recebimento e conferencia das FAAs (Ficha atendimento Ambulatorial)
 - c) separar as segundas vias, carimbar
 - d) Conferir e separar as fichas
 - e) As FAAs que estão devidamente preenchidas (motivo de atendimento, exames quando solicitados, diagnostico, conduta medica, evolução de enfermagem, checagem de medicação, assinatura medica, alta medica saída pela enfermagem), são codificadas de acordo com tabela Unificada/SUS e digitadas no sistema próprio, por lotes, após a digitação e feita a totalização em seguida o processamento, para tirar relatório de valores e relatório de conferencia da fatura por lote;
 - f) Lote digitado e enviado ao departamento de saúde para auditoria juntamente com o relatório de conferencia e um recibo de entrega de lote onde é marcado o nº do lote e a quantidade de FAAs enviadas;
 - g) Codificar as guias com procedimentos conforme descrição medica;
 - h) As FAAs que não estão totalmente preenchidas são enviadas para os seus respectivos responsáveis para o termino do preenchimento se e o médico ou enfermagem;
 - i) As FAAs que faltam os laudos de exames de radiologia ou laboratoriais ficam separadas até estes chegarem, para que possam ser faturadas; .

Assistente Administrativo

Convênios AIH/SUS

- a) Recolher os laudos colocar procedimentos carimba-la:
- b) Codificar as guias com procedimentos conforme descrição medica;
- c) Relacionar e enviar para departamento de saúde no prazo de 48 horas para ser analisados e autorizados as AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para fins de cobrança 6
- d) Dar baixa nos prontuários, tirar contas verificar as permanências maiores, uso de Órtese e Prótese, solicitar aos médicos o preenchimento da solicitação de procedimentos especiais;
- e) Tirar espelhos das contas assinados e carimbados pelo diretor clinico e coloca-los dentro de cada prontuário, envia-los para o arquivo SAME.

7.Composição de Imobilizados do Setor de Faturamento

O setor de Faturamento tem equipamentos classificados dentro do imobilizado da instituição sendo utilizado com ferramentas de trabalho sendo eles; micros computadores, impressoras, calculadoras, arquivos, ar condicionado, armários, mesas, cadeiras e materiais de expedientes.

8.Funcionamento e Horário do Setor Faturamento

Segunda a Quinta

das 07:00 as 11:30

das 11:30 as 13:00 (Almoço);

das 13:00 as 17:30



Instituto Brasileiro de Gestão
e Assistência à Saúde

IBRAGAS

Sexta- Feira

das 07:00 as 11:30

das 11:30 as 13:00 (Almoço);

das 13:00 as 16:30

ANEXO VII

MANUAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

INTRODUÇÃO

IBRAGAS – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, buscando a qualificação e o aperfeiçoamento dos profissionais que compõem seu corpo técnico, administrativo e assistencial e criou o **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**, partindo do pressuposto de que, somente a formação acadêmica de um profissional não são suficientes para um bom desempenho de suas atividades, bem como, para uma integração multifuncional e intersetorial e assim minimizar dificuldades com relação à integração e comunicação com o ambiente e colegas de trabalho.

Baseado na Portaria nº 1996/GM em 13 de fevereiro de 2007 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências o **Núcleo de Educação Permanente voltará suas atividades para a Educação Continuada**, trazendo como proposta pedagógica a realização de cursos de curta duração – e contínuos – onde os profissionais inovaram e aprofundarão seus conhecimentos na área a qual está inserida ou em outra área ou atividade profissional. Pois só através de um conjunto de práticas educacionais que visam melhorar e atualizar a capacidade do indivíduo, favorecerá o desenvolvimento do indivíduo e sua participação eficaz na vida institucional.

O fator mais influente na aprendizagem e nas mudanças, é a prática constante e o conhecimento atualizado, criando no indivíduo-funcionário necessidades de adaptação e reorientação em suas atividades.

Para quem participa de cursos e faz educação continuada – ou também chamados de cursos de Educação Profissional – os benefícios são imensos. A atualização dos conhecimentos e a troca de informações com outros participantes é o primeiro grande benefício. Voltar ao trabalho com carga de conhecimentos renovada, motivado para desenvolver ou renovar as rotinas é um benefício não só para o profissional, mas para a empresa onde ele atua.

A educação continuada é vista como alternativas educacionais mais centradas no desenvolvimento de grupos profissionais, seja através de cursos de caráter complementar ou seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo.

Estes profissionais estarão sempre conhecendo mais, tornando-se colaboradores mais engajado, a procura de novas formas de fazer e aplicar tais conhecimentos. E, claro, ter mais cursos feitos é um caminho mais fácil para uma eventual promoção dentro da própria empresa.

É a sua empregabilidade que está sendo renovada, sua capacidade empreendedora como profissional.

Para o hospital o benefício é imediato. Quanto mais o hospital investe em cursos para seus colaboradores, maior é a tendência do empregado permanecer na empresa. E isso reduz os custos de turnover (entrada e saída de empregados). O empregado percebe que a empresa acredita em seu potencial. E fica motivado para mostrar que tal investimento é válido. Essa demonstração vem através da melhora de sua performance no trabalho, implantação de novas rotinas e valorizando o usuário que chega ao serviço.

A educação continuada atuante pode conduzir à melhoria da assistência de enfermagem, promover satisfação no serviço e melhorar as condições de trabalho na busca de um objetivo comum, através da identificação de problemas, insatisfações, necessidades e a utilização de meios e métodos para saná-los.

OBJETIVO GERAL

- Estimular a formação de coletivos multiprofissionais, que através do desenvolvimento de um novo modo de pensar-fazer crítico-reflexivo promova mudanças nos processos e relações de trabalho. Além de fomentar parcerias que venham fortalecer e potencializar as ações de atenção e gestão na/da saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Pensar a Saúde de forma ampliada com vistas a prestar atendimento integral ao usuário.
- Promover espaços coletivos de discussão e Capacitação Pedagógica (Re)construindo o Processo de Trabalho.
- Promover a interação dos funcionários no ambiente organizacional e funcional, bem como, à sua Filosofia Institucional.

METODOLOGIA ADOTADA

Para a realização das atividades de Educação Continuada será elaborado um cronograma de encontros mensais com duração média de 3 à 4 horas em horário e turnos definidos pelo público alvo envolvido, onde através de palestras, oficinas, discussões em grupo, atividades práticas entre outras os temas serão abordados de forma dinâmica e gradativa.

Cada turma contará com a presença de um ou dois instrutores responsáveis por abordar o tema proposto e com um número de participantes que variará de no mínimo 10 e no máximo 20.

Este plano de capacitação foi elaborado pela Coordenação do núcleo de educação permanente (NEP) a ser implantado, em parceria com as Instituições de Ensino. Tendo como referência as Pesquisas de Satisfação a serem aplicadas com os servidores que participarão das capacitações, portanto, serão consideradas as sugestões colocadas pelos servidores em relação aos conteúdos com a intenção de estreitar as relações de integração ensino e serviço como uma relação que deve ser vantajosa para ambas as partes.

Após cada encontro será disponibilizado um certificado contendo o tema abordado, a carga horária do curso e as assinaturas do instrutor e do representante do NEP.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

Descrito no planejamento realizado pelo NEP – Núcleo de educação Permanente no Anexo 01 onde está contido a sugestões de temas a serem abordados ao longo do ano.

Vale salientar que de acordo com as necessidades sinalizadas pelas equipes os temas poderão ser alterados.



PROPOSTA DE PROJETO DE CAPACITAÇÕES CONTINUADAS DO QUADRO DE PROFISSIONAIS POR SETOR PARA O ANO DE 2022 e 2023





A CENTRAL DE MATERIAL - CME E A DINÂMICA DE SEU TRABALHO

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

SITUAÇÃO: CONFIRMAR

CLIENTELA ALVO: Técnico e auxiliares de Enfermagem que atuam na CME

DATAS	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. O Hospital no contexto do SUS, como atender aos seus princípios		
	2. A importância da CME na dinâmica do Hospital		
	3. Relações interpessoais no trabalho em equipe		
	4. Apresentação e discussão das Normas e Rotinas do CME		
	5. Ciclo de Esterilização de materiais termossensíveis		
	6. Ciclo de Esterilização de materiais termorresistentes		
	7. Controle de qualidade da esterilização: química, física e mecânica.		
	8. Prevenção de acidentes com perfuro cortantes e protocolo para a prevenção de doenças		
	9. Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde		PGRSS
	10. Cuidados ergonômicos para a prevenção de doenças ocupacionais no trabalhador da CME		NEP



O CUIDAR DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

CLIENTELA ALVO: Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. Relações interpessoais no trabalho em equipe		
	2. Rotinas de Admissão, transferência, alta e óbitos na Unidade de Clínica Médica e Neurologia.		
	3. Cuidados de enfermagem no paciente neurológico (aneurisma, tumor, traumas)		
	4. Cuidados de Enfermagem ao paciente com Diabetes Mellitus		
	5. A Importância das Notificações para a Vigilância Epidemiológica e seu reflexos na saúde		
	6. Intervenção de Enfermagem durante a Parada Cardiorrespiratória		
	7. Cuidados de Enfermagem para pacientes Hipertensos e Cardiopatas		
	8. Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde		PGRSS
	9. Prevenção de acidentes perfuro cortantes e protocolo para a prevenção de doenças		CCIH
	10. Atualização em Primeiros Socorros e uso do DEA		



ATENÇÃO AOS PACIENTES EM USO DE HEMOCOMPONENTES

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

SITUAÇÃO: CONFIRMAR

CLIENTELA: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. Administração de hemoderivados - Indicações -Contra-indicações		
	2. Reações adversas Como identificar? O que fazer?		
	3. Descarte adequado de lixo hospitalar... De quem é esse problema?		
	4. Exibição do Filme-curta: "O problema não é meu"		
	5. Fluxo de Solicitação de Hemoderivados		NEP

Contato: Banco de Sangue HEMOCENTRO



ATUALIZAÇÃO SOBRE NUTRIÇÃO NA CLÍNICA

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

SITUAÇÃO: A CONFIRMAR

CLIENTELA: FUNCIONÁRIOS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR
	1. A Nutrição como necessidade Humana Básica		
	2. Nutrição Oral x Enteral x Parenteral		
	3. Manejo adequado dos pacientes em uso de SNG, SNE e Gastrostomia		
	4. Manejo nutricional para indivíduos com Insuficiência Renal		
	5. Manejo Nutricional em Pacientes com Diarréia e Obstipação		
	6. Manejo Nutricional em Pacientes com Hipertensão e / ou Diabetes		
	7. Manejo Nutricional em Pacientes com distúrbios hepáticos		



CAPACITAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL”

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

SITUAÇÃO: A CONFIRMAR

CLIENTELA: Assistentes Sociais e Estagiários em Assistência Social

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. O Hospital no contexto do SUS, como atender aos seus princípios.		
	2. Repensando a Prática do Serviço Social na Saúde.		
	3. Serviço Social e Qualidade do Atendimento/Acolhimento		
	4. O Código de Ética e a Consolidação do Projeto Ético-Político Profissional.		
	5. Normas Institucionais x Direitos Constitucionais: Exemplo: Permanência das Mães na Materno-Infantil; As. Humanizada ao Parto.		
	6. Testemunhas de Jeová e Serviço Social – O que fazer/Como atuar?		
	7. O papel do Serviço Social na Regulação de um paciente		



O CUIDAR DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

	1. Avaliação inicial e o atendimento ao paciente politraumatizado.		
	2. Suporte avançado de vida no atendimento ao politraumatizado.		
	3. Avaliação e cuidados no Trauma Crânio Encefálico - TCE.		
	4. Avaliação e cuidados no Trauma Raquimedular.		
	5. Avaliação e cuidados no Trauma Torácico.		
	6. Avaliação e cuidados no Trauma Abdominal.		
	7. Avaliação e cuidados na Insuficiência Cardíaca.		
	8. Assistência às pessoas em situação de quase-afogamento e em situação de Intoxicação Exógena.		
	9. Atualização em queimaduras e Assistência ao grande queimado.		
	10. Assistência às pessoas com doença respiratória aguda.		
	11. Descarte Seletivo de Lixo na Emergência.		

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

CLIENTELA: Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem



“CAPACITAÇÃO EM HIGIENIZAÇÃO”

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

CLIENTELA: AUXILIARES DE HIGIENIZAÇÃO

NÚMERO DE PARTICIPANTES: FUNCIONÁRIOS da HIGIENIZAÇÃO

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	ABERTURA		
	1. A importância do uso dos EPI's na realização das atividades profissionais		
	2. Noções de Infecção e a Importância da Técnica correta de higienização para controle da infecção hospitalar		
	3. Conceito de área limpa e área contaminada e os procedimentos de higienização de cada uma delas		
	4. Técnicas de Higienização das mãos e uso de antissépticos		
	5. Rotinas do Serviço de Higienização		
	6. Descarte Seletivo do Lixo		
	7. Relações Interpessoais e Qualidade do Atendimento		



ATUALIZAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

CLIENTELA: Técnicos da Farmácia / Estagiários

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. A importância do trabalho em equipe e as relações interpessoais		
	2. O Hospital no contexto do SUS, como atender aos seus princípios.		
	3. A importância da Farmácia na dinâmica do Hospital		
	4. Apresentação dos POPs da Farmácia		
	5. Armazenamento e conservação de medicamentos e correlatos		
	6. Farmaco-vigilância e reação adversa		
	7. Sistema de distribuição de medicamentos		
	8. Elenco básico de medicações que compõe a assistência farmacêutica do Hospital Medicação genérica;		
	9. Medicamentos Genéricos x Similar		NEP



ENFERMAGEM FRENTE A SUA ATUAÇÃO NO
CENTRO CIRÚRGICO – BLOCO OPERATÓRIO

Técnico e Auxiliares de Enfermagem que atuam no CC

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. O Hospital no contexto do SUS, como atender aos seus princípios.		
	2. Relações interpessoais no trabalho em equipe		
	3. Admissão do paciente para cirurgia eletiva e de urgência		
	4. Cuidados de enfermagem no Intra - operatório.		
	5. Cuidados de Enfermagem na recuperação pós – anestésica e operatório		
	6. Cuidados ergonômicos para a prevenção de doenças ocupacionais no trabalhador do Centro Cirúrgico		
	7. Prevenção de acidentes perfuro -cortantes e protocolo para a prevenção de doenças.		
	8. Descarte seletivo de lixo no Centro Cirúrgico		CEPER



ATUALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

CLIENTELA: Fisioterapeutas e Enfermeiros

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. O Hospital no contexto do SUS, como atender aos seus princípios.		
	2. Avaliação de RX para uma assistência fisioterápica de menor risco /teoria 1h		
	3. Avaliação Prática de RX / 2 h		
	4. Aspectos de bio-imagem de interesse da Fisioterapia		
	5. Avaliação de imagens para a restrição de fisioterapia motora e respiratória/ teoria		
	6. Avaliação de imagens / prática / 2h		
	7. Avaliação de imagens do aparelho respiratório / teoria.		
	8. Prática / 1h.		
	9. Ventilação Mecânica: Sua importância e particularidades		
	10. Prática de 01 h: Manuseio do respirador mecânico		
	11. Prescrição de cuidados e manejo do paciente em respiração mecânica / teoria		



ATUALIZAÇÃO DE MAQUEIROS E PORTEIROS

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

CLIENTELA: MAQUEIROS e PORTEIROS

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. Noções básicas para o Controle de infecção		
	2. A importância do Uso de EPI's		
	3. Manipulação do maquinário e prevenção de acidentes de trabalho		
	4. A importância do Trabalho de Equipe e relações interpessoais		
	5. Rotinas no controle de entrada e saída de pacientes e acompanhantes da Emergência e Clínica Médica		
	6. Técnicas de Higienização das mãos e uso de antissépticos		



ATUALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO LABORATÓRIO

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

CLIENTELA ALVO: EQUIPE DO LABOTATÓRIO

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. O Hospital no contexto do SUS, como atender aos seus princípios.		
	2. Biossegurança Hospitalar		
	3. A importância do uso dos EPI'S e técnica correta da lavagem de mãos para o controle de infecções		NEP
	4. Como realizar a manipulação adequada dos resíduos químicos e biológicos		
	5. Técnicas de Higienização das mãos e uso de antissépticos		
	6. Prevenção de acidentes com perfuro cortantes e protocolo para a prevenção de doenças		



ATUALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SETOR PESSOAL

DATAS E HORÁRIOS: A SEREM PUBLICADOS

CLIENTELA: Auxiliares administrativos do Setor pessoal

DATA	TEMA	HORÁRIO	INSTRUTOR /FONE
	1. O Hospital no contexto do SUS, como atender aos seus princípios.		
	2. A administração como norteadora da organização Hospitalar		
	3. Qualidade do Atendimento ao Público		
	4. Direitos dos Servidores – Estatuto do Servidor do Estado da Bahia.		
	5. Atualização em Procedimentos Para Aposentadoria.		
	6. Atualização em Procedimentos Para Afastamentos (férias, licenças, atestados, etc.).		
	7. Relações interpessoais do trabalho em equipe		



CLIENTELA: RECEPCIONISTAS e VIGILANTES

DATA	TEMA	HORARIO	PALESTRANTE
	1. Diagnóstico da Recepção 2. Impressos Utilizados na Recepção		
	3. A Importância do Acolhimento e da 4. Comunicação Interpessoal		
	5. Direitos dos Usuários do SUS.		
	6. Qualidade de atendimento ao Público.		
	7. Rotinas na Admissão do Paciente		