



# Relatório Técnico Assistencial

*PAM BARRETO*

*Novembro / 2022  
(12 a 30)*

CONTRATO DE GESTÃO 3.457/2022 DE 10 DE NOVEMBRO DE 2022  
PROCESSO Nº 320.543/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITO  
LUIS ANTONIO DE CAMARGO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  
LEONARDO DOS SANTOS REIS

Contratante: Prefeitura de Arujá  
Secretaria Municipal de Saúde  
Contrato de Gestão 3.457/2022  
Exercício 2022

Arujá, 9 de dezembro de 2022

**Ref.:** Relatório Técnico Assistencial referente às atividades realizadas em novembro de 2022, período 12 a 30.

Em cumprimento ao estabelecido na Lei Municipal nº 2251, datada de 21 de agosto de 2009, o Contrato de Gestão 3.457/2022, firmado entre a municipalidade de Arujá e o Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde - IBRAGAS, com compromisso entre as partes para a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Posto de Atendimento Médico Barreto, vem respeitosamente encaminhar o Relatório Técnico Assistencial, referente às atividades realizadas no mês de novembro de 2022, período 12 a 30, conforme abaixo relacionado:

Visando o cumprimento das atividades estabelecidas para a CONTRATADA NA CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO, concernente a execução do objeto contratual ao fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas. A mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 10 do mês subsequente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas.

No ensejo, apresentamos os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração, nos colocando à inteira disposição para toda sorte de esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

---

**Rogério Silva Barbosa**  
Diretor Administrativo

Excelentíssimo Senhor,  
**Dr. Leonardo dos Santos Reis**  
Secretário Municipal de Saúde  
**At. Comissão de Acompanhamento de Contrato de Gestão**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. CONTRATO DE GESTÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>3. META MENSAL.....</b>	<b>9</b>
<b>4. INDICADORES QUANTITATIVOS.....</b>	<b>10</b>
4.1 ATENDIMENTO MÉDICO.....	10
4.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	11
4.3 PROCEDIMENTOS REALIZADOS.....	12
<b>4.3.1 Procedimentos - Adulto.....</b>	<b>13</b>
<b>4.3.2 Procedimentos - Infantil.....</b>	<b>14</b>
4.4 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO – SADT.....	15
4.5 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	16
4.6 ÓBITOS.....	17
<b>4.6.1 Óbitos no Período de 24 horas.....</b>	<b>18</b>
4.7 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA.....	19
<b>4.7.1 Serviço de Nutrição e Dietética (almoço).....</b>	<b>19</b>
<b>4.7.2 Serviço de Nutrição e Dietética (jantar).....</b>	<b>20</b>
4.8 SEGURANÇA DO TRABALHO.....	21
<b>5. INDICADORES QUALITATIVOS - S.A.U.....</b>	<b>22</b>
5.1 REPRESENTAÇÃO EM PERCENTUAL.....	22
5.2 ATENDIMENTOS - ÍNDICE DE SATISFAÇÃO.....	23
5.3 SERVIÇOS - ÍNDICE DE SATISFAÇÃO.....	24
<b>6. CONSUMO.....</b>	<b>25</b>
6.1 LAVANDERIA – KG DE ROUPA LAVADA POR MÊS.....	25
6.2 LIXO INFECTANTE.....	26
6.3 DEMANDA DE OXIGÊNIO.....	27
6.4 CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA.....	28
6.5 CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO.....	29
6.6 CONSUMO DE TELEFONIA.....	30
6.7 MEDICAMENTOS VENCIDOS OU COM AVARIAS.....	31
<b>7. RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS.....</b>	<b>32</b>



<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO 1 – EDUCAÇÃO PERMANENTE.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO 2 – COMISSÕES E NÚCLEOS HOSPITALARES .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO 3 – HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR.....</b>	<b>100</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde - IBRAGAS e a Prefeitura Municipal de Arujá, por meio do Contrato de Gestão nº 3.457/2022, firmado em de 10 de novembro de 2022, deu início ao atendimento de saúde à população Arujaense, através do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto.

A IBRAGAS é uma Organização Social sem fins lucrativos criada em 24/02/2006, com a finalidade de executar e gerenciar serviços voltados à saúde no âmbito do terceiro setor, com capacidade de atuação em todo território nacional.

Sediada na cidade de Santo André – SP, o Instituto conforme citado acima, tem suas atividades voltadas 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. Sua missão é atuar com excelência na atenção à saúde, através de modelo de gestão sustentável, isento de preconceito, distinção ou classificação dos cidadãos. Sua visão é ser reconhecida entre as principais instituições de saúde pelo modelo de gestão sustentável, e voltado à qualidade nos resultados. E seus valores consiste na Capacitação, Compromisso social, Confiabilidade, Equidade, Ética, Humanização, Qualidade, Sustentabilidade ecológica / econômica / social e Transparência.

Através da gestão da Qualidade, a IBRAGAS tem como competência implementar as melhorias de processos e promover a segurança do paciente, organizando e executando junto às equipes projetos relacionados à busca da melhoria contínua e da excelência, por meio da Educação Permanente (Anexo 1), Trabalho em Equipe, Humanização e Relacionamento Interpessoal. Nesta perspectiva, para que ocorra a perfeita execução de atividades que promovam a melhoria da assistência ao cliente são utilizados instrumentos de gestão que auxiliam o monitoramento dessa qualidade, sendo eles: Comissões Hospitalares (Anexo 2), Implantação e Implementação de Protocolos Técnicos e Assistenciais de forma contínua e processual e, Ações de Acolhimento e Promoção de Bem-estar aos clientes e colaboradores através das ações de Humanização, por meio do Serviço de

Atendimento ao Usuário (SAU) e da Comissão de Humanização e Qualidade Hospitalar (Anexo 3).

Neste contexto, os Indicadores Qualitativos e Quantitativos são apresentados neste, garantindo assim, a transparência de uma assistência eficaz, segura e humanizada, que busca constantemente alcançar a excelência nos serviços ofertados à população, com investimento na manutenção dos equipamentos, qualidade nos serviços de hotelaria, qualidade da alimentação, qualidade dos materiais e dos medicamentos.

O enfrentando de uma pandemia mundial, ainda vigente, mesmo que decrescente, é confrontado através das ações de prevenção/educação continuada, ampliadas em todos os procedimentos administrativos e assistenciais, executados na unidade PAM Barreto.

Destarte, o presente Relatório apresenta as atividades desenvolvidas no mês de novembro de 2022, período de 12 a 30, início da gestão IBRAGAS, reiterando em cada ação, a identidade do Instituto: *Excelência na atenção à saúde*.

## 2. CONTRATO DE GESTÃO

A quantidade de leitos ativos e o número de internações que deverão ser realizadas pela OS na Gestão do **Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto** é o apresentado abaixo:

PAM BARRETO	Quantidade Mensal	Quantidade Anual
Estimativa mensal de atendimentos do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto	7.840	94.080

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento – SADT

Os Prontos Atendimentos oferecerão os serviços SADT abaixo relacionados, nas quantidades anuais descritas e modalidades de exames relacionados aos pacientes atendidos:

### Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto

SERVIÇOS	Quantidade mensal	Quantidade anual
Análises Clínicas	3.000	36.000
Raio X	500	6.000
Eletrocardiograma	50	600
Tomografia	100	1200
<b>TOTAL</b>	<b>3.650</b>	<b>43.800</b>



### 3. META MENSAL

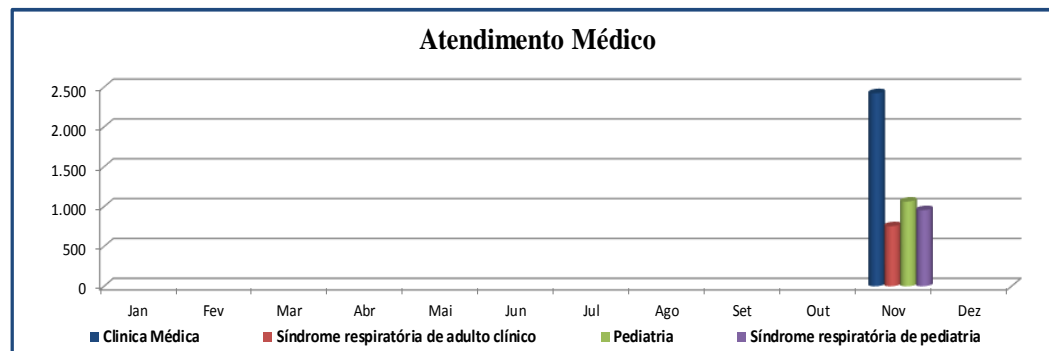
O Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde - IBRAGAS apresenta neste Relatório os Indicadores do período **MENSAL DE NOVEMBRO DE 2022**, das atividades desenvolvidas no Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto, no período de 12 a 30.

PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO PAM BARRETO		
Estimativa mensal de atendimentos do PAM BARRETO	Quantidade Mensal	Novembro/2022 (12 a 30)
		7.840
Pronto Atendimento Médico Barreto		
SERVIÇOS	Quantidade Mensal	Novembro/2022 (12 a 30)
Análises Clínicas	3000	3.274
Raio X	500	1.004
Eletrocardiograma	50	61
Tomografia	100	19
<b>TOTAL</b>	<b>3.650</b>	<b>4.358</b>

## 4. INDICADORES QUANTITATIVOS

### 4.1 ATENDIMENTO MÉDICO

		Unidade												PAM Barreto
Indicador	Atendimentos													
Número de atendimentos realizados no PAM Barreto.														
Procedimentos		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Clinica Médica												2.424		2.424
Síndrome respiratória de adulto clínico												754		754
Pediatria												1.064		1.064
Síndrome respiratória de pediatria												956		956
<b>Total</b>												5.198	0	5.198



#### Análise Crítica

No período de 12 à 30 de novembro de 2022, obtivemos 2.424 atendimentos de clínica médica, 754 atendimentos de síndrome respiratória de adulto clínico, 1.064 atendimentos pediátricos e 956 síndrome respiratória de pediatria. Apresentado no gráfico acima apenas o mês de novembro dentro do período descrito devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

#### Propostas

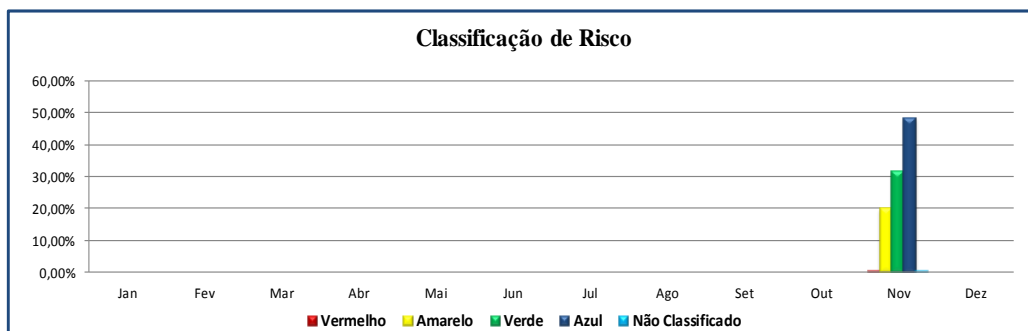
Prestar atendimento humanizado, ético e resolutivo no qual haja total satisfação do usuário. Ter estratégia e organização para eventuais riscos de superlotação, visto que ainda estamos em situação de pandemia. Promover um atendimento acolhedor e ágil. Nos casos de pacientes com sintomas gripais utilizar dos nossos apoios e referências.

#### Ações de Acompanhamento

Realizar de forma abrangente, reuniões, treinamentos presenciais e inspeções das fichas de atendimentos diariamente, visando a melhoria e a qualidade dos cuidados prestados pela assistência.

## 4.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

		Unidade											PAM Barreto	
Indicador	Classificação de Risco													
Classificação de risco dos pacientes antes da consulta médica para prioridade de atendimento.														
Classif. de Risco	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
Vermelho											13		13	
Amarelo											1.046		1.046	
Verde											1.647		1.647	
Azul											2.557		2.557	
Não Classificado											2		2	
<b>Total</b>											<b>5.265</b>		<b>5.265</b>	
Indicador %	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média	
Vermelho	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,25%	0,00%	0,25%	
Amarelo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	19,87%	0,00%	19,87%	
Verde	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	31,28%	0,00%	31,28%	
Azul	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	48,57%	0,00%	48,57%	
Não Classificado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	



### Análise Crítica

No período de 12 à 30 de novembro de 2022, obtivemos 13 atendimentos classificados como vermelho, 1.046 classificados como amarelo, 1.647 classificados como verde, e 2.557 classificados como azul e 02 fichas não triadas. Apresentado no gráfico acima apenas o mês de novembro dentro do período descrito devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

### Propostas

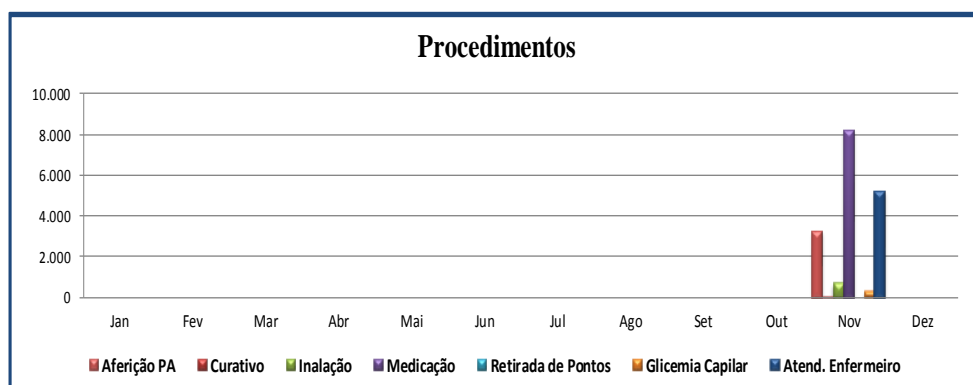
Disponibilizar recursos para que a realização do Acolhimento com Classificação de Risco, conforme portarias ministeriais da rede de urgência e emergência, seja feito de modo assertivo e seguro.  
Fazer uso de pulseiras coloridas conforme triagem de risco, eficácia e organização da assistência, garantindo assim a redução no tempo de atendimento médico, conforme parâmetros de gravidade.  
Classificar mediante ao protocolo de classificação de risco.  
Diminuir índice de fichas não classificadas.

### Ações de Acompanhamento

Acompanhar desempenho da equipe através de Indicadores e reuniões periódicas.

### 4.3 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

		Unidade												PAM Barreto	
Indicador	Procedimentos														
Números de procedimentos realizados no PAM Barreto.															
Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total		
Aferição PA											3.277		3.277		
Curativo											19		19		
Inalação											677		677		
Medicação											8.186		8.186		
Retirada de Pontos											0		0		
Glicemia Capilar											290		290		
Atend. Enfermeiro											5.265		5.265		
<b>Total</b>											<b>17.714</b>	<b>0</b>	<b>17.714</b>		



#### Análise Crítica

No período de 12 a 30 de novembro de 2022, foram realizados 3.277 aferições de pressão arterial, 19 curativos, 677 inalações, 8.186 medicações, 290 testes e glicemia capilar e 5.265 atendimentos pelo enfermeiro. Não houve registros de retirada de pontos. Apresentado no gráfico acima apenas o mês de novembro dentro do período descrito devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

#### Propostas

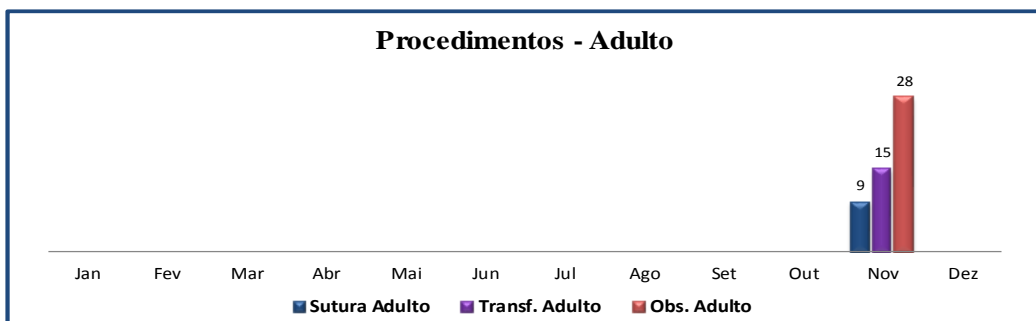
Disponibilizar materiais adequados para melhor atender o paciente, garantindo assim a qualidade e satisfação no atendimento e procedimentos prestados.

#### Ações de Acompanhamento

Acompanhar a assistência prestada através de Indicadores e visitas nos setores da assistência, a fim de manter o padrão de satisfação do cliente. Garantir a qualidade da assistência prestada, visando a segurança e conforto da clientela.

### 4.3.1 Procedimentos - Adulto

Indicador	Unidade PAM Barreto												
Números de procedimentos adulto realizados no PAM Barreto.													
Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Sutura Adulto											9		9
Transf. Adulto											15		15
Obs. Adulto											28		28
<b>Total</b>											<b>52</b>	<b>0</b>	<b>52</b>



#### Análise Crítica

No período de 12 a 30 de novembro de 2022, foram realizados 9 procedimentos de sutura, 15 transferências extra-hospitalares e 28 pacientes adultos ficaram em observação. Apresentado no gráfico acima apenas o mês de novembro dentro do período descrito devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

#### Propostas

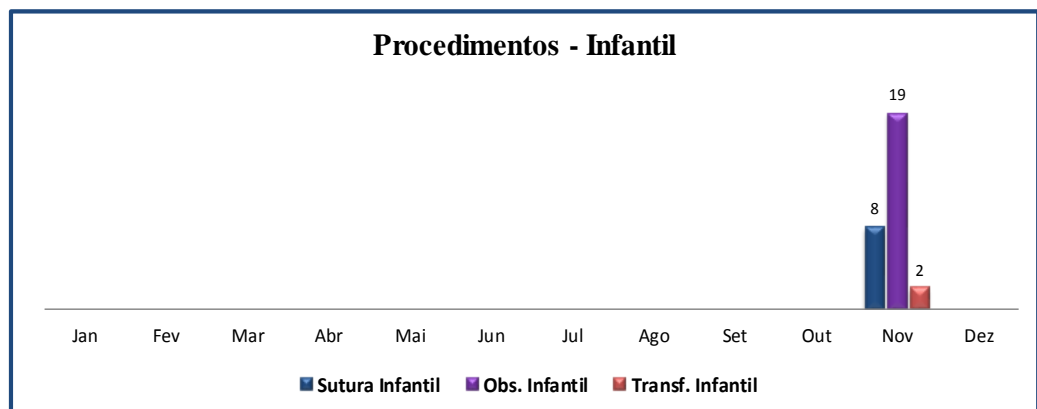
Prestar atendimento resolutivo e de qualidade usando os recursos disponíveis no Pronto Atendimento. Assegurar a assistência do paciente, mesmo que seja necessário transferi-lo. Geralmente os pacientes com demanda de transferência extra-hospitalar, esta ocorre devido a necessidade de avaliação de cirurgia geral, ortopédica, neurológica; dentre outras especialidades que não disponibilizamos na Unidade.

#### Ações de Acompanhamento

Quando nosso cliente demanda de alguma especialidade que não disponibilizamos na unidade, imediatamente esse paciente é inserido na plataforma do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP). A partir da inserção, realizamos o monitoramento dessa Central, e havendo a liberação da vaga, o paciente é transferido imediatamente para o hospital de referência através do serviço de ambulância.

### 4.3.2 Procedimentos – Infantil

		Unidade												PAM Barreto
Indicador	<b>Procedimentos Infantil</b>													
Números de procedimentos infantil realizados no PAM Barreto.														
Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
Sutura Infantil											8		8	
Obs. Infantil											19		19	
Transf. Infantil											2		2	
<b>Total</b>											29	0	29	



#### Análise Crítica

No período de 12 a 30 de novembro de 2022, obtivemos 19 clientes em observação infantil e 02 transferências para os hospitais referenciados pelo SIRESP. Obtivemos 08 procedimentos de sutura, ressaltando que a única referência em atendimentos de Pediatria é o PAM Barreto. Apresentado no gráfico acima apenas o mês de novembro dentro do período descrito devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

#### Propostas

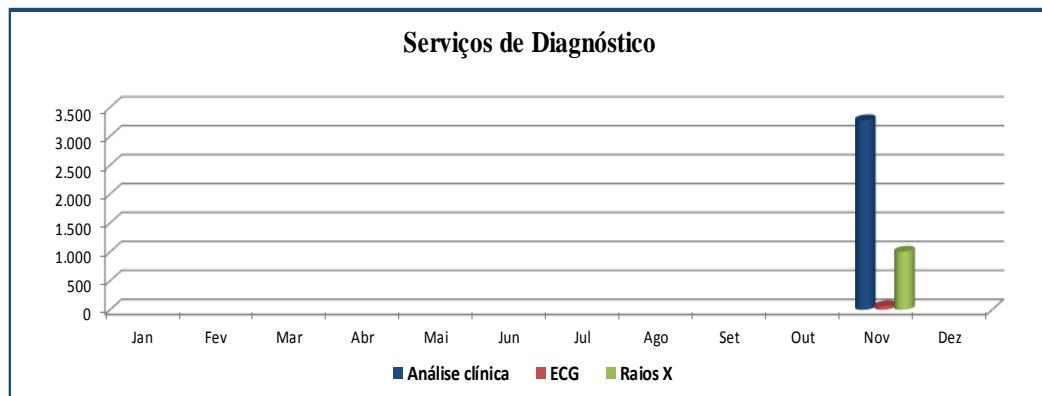
Realizar atendimento resolutivo e de qualidade usando os recursos disponíveis na Unidade. Assegurar a assistência ao paciente, mesmo que seja necessário transferi-lo.

#### Ações de Acompanhamento

Quando nosso cliente demanda de alguma especialidade que não disponibilizamos na unidade, imediatamente esse paciente é inserido na plataforma do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP). A partir da inserção, realizamos o monitoramento dessa Central, e havendo a liberação da vaga, o paciente é transferido imediatamente para o hospital de referência através do serviço de ambulância.

#### 4.4 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO – SADT

		Unidade											
		PAM Barreto											
Indicador	Exames												
Número de exames realizados no PAM Barreto.													
Exames	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Análise clínica											3.274		3.274
ECG											61		61
Raios X											1.004		1.004
<b>Total</b>											<b>4.339</b>	<b>0</b>	<b>4.339</b>



##### Análise Crítica

No período de 12 a 30 de novembro foram realizados 3.274 exames de análises clínicas, 61 ECG e 1.004 rX. Apresentado no gráfico acima apenas o mês de novembro dentro do período descrito devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

##### Propostas

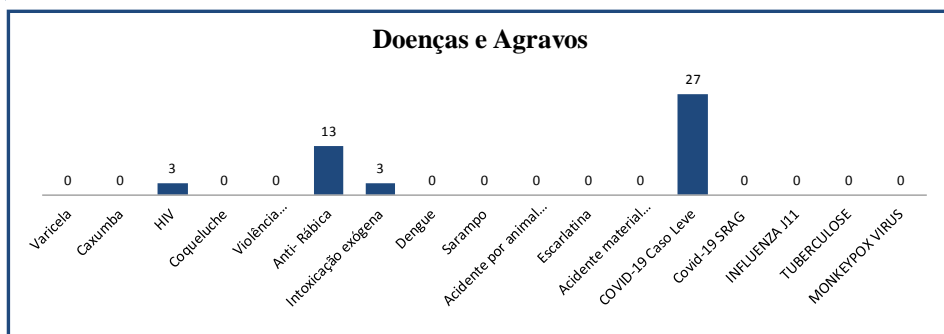
Manter o serviço de apoio funcionando, tais como: análises clínicas, raios X e ECG, para maior assertividade no diagnóstico médico, tratamento adequado e recuperação em tempo satisfatório.

##### Ações de Acompanhamento

Supervisionar o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem com relação a identificação correta do paciente, da técnica de coleta e dos resultados de exames. Acompanhar o trabalho desenvolvido pelas empresas terceirizadas de laboratório e Raios X, através de reuniões e visitas diárias no setor, para acompanhamento do atendimento.

## 4.5 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

	Unidade												PAM Barreto
Indicador	Doenças de notificação compulsória												
Indicador referente à prevalência de doenças e agravos no Pronto Atendimento Barreto.													
Doenças e Agravos	Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Varicela											0		0
Caxumba											0		0
HIV											0		3
Coqueluche											0		0
Violência Sexual/Doméstica											0		0
Anti- Rábica											13		13
Intoxicação exógena											3		3
Dengue											0		0
Sarampo											0		0
Acidente por animal peçonhentos											0		0
Escarlatina											0		0
Acidente material biológico											0		0
COVID-19 Caso Leve											27		27
Covid-19 SRAG											0		0
INFLUENZA J11											0		0
TUBERCULOSE											0		0
MONKEYPOX VIRUS											0		0
<b>Total</b>											<b>43</b>	<b>0</b>	<b>46</b>



### Análise Crítica

**NOVEMBRO:** Foram contabilizados apenas o período de 12 a 30 de novembro, devido ao início da gestão IBRAGAS na unidade PAM Barreto.

### Propostas

**NOVEMBRO:** Alertar a equipe de saúde sobre o aumento de casos da COVID-19.

### Ações de Acompanhamento

**NOVEMBRO:** Monitoramento diário.

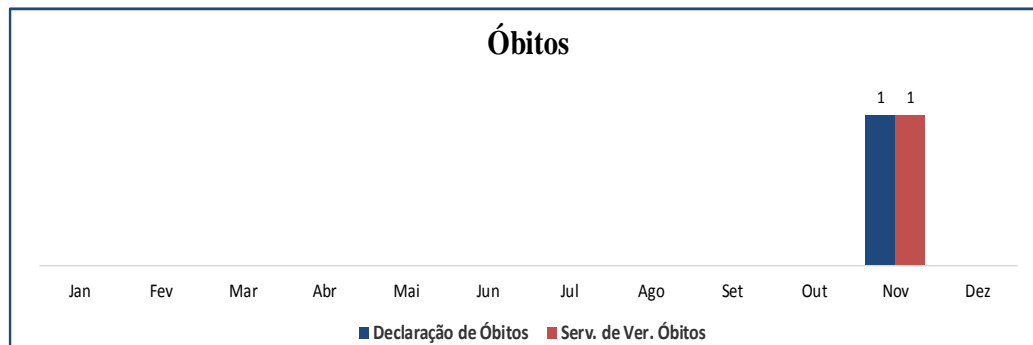


## 4.6 ÓBITOS

Unidade UBS 24 HORAS / PAM BARRETO

Indicador	<b>Óbitos</b>											
Índice de encaminhamento dos óbitos.												

Óbitos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Declaração de Óbitos											1		1
Serv. de Ver. Óbitos											1		1
<b>Total</b>											2	0	2



### Análise Crítica

No período de 12 à 30 de novembro de 2022 obtivemos 02 óbitos. Apresentado no gráfico acima apenas o mês de novembro dentro do período descrito devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

### Propostas

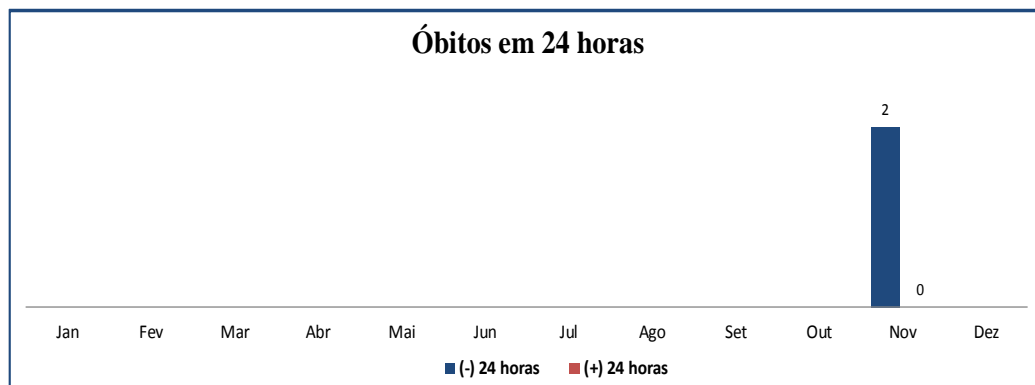
Discutir os casos ocorridos em Comissão Revisão de Óbito.

### Ações de Acompanhamento

Análise dos óbitos pela Comissão de Revisão Óbito e retorno dos laudos encaminhados ao SVO para análise da Comissão.

#### 4.6.1 Óbitos no Período de 24 horas

		Unidade PAM Barreto												
Indicador		Óbitos em 24 horas												
Óbitos no período de 24 horas da entrada na unidade														
Óbitos		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
(-) 24 horas												2		2
(+) 24 horas												0		0
<b>Total</b>												<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>



##### Análise Crítica

No período de 12 à 30 de novembro de 2022 obtivemos 02 óbitos em menos de 24 horas. Apresentado no gráfico acima apenas o mês de novembro dentro do período descrito devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

##### Propostas

Analisar documentos médicos através de um instrumento de qualidade. Investigar as causas que levaram o paciente à óbito. Avaliar os prontuários de casos de óbitos com ênfase na idade, doença preexistente, exames compatíveis ao diagnóstico inicial e final, assim como proporcionar a discussão entre os componentes da Comissão de Revisão de Óbito.

##### Ações de Acompanhamento

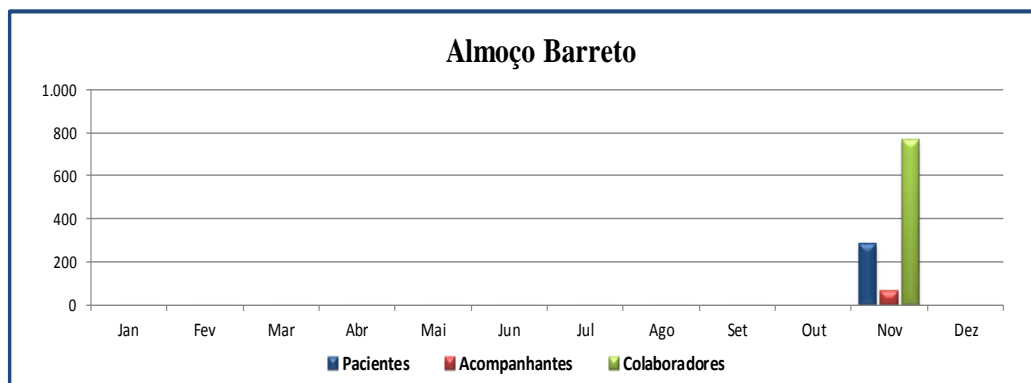
Acompanhamento dos Indicadores em parceria com a Comissão de Óbito.

## 4.7 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

### 4.7.1 Serviço de Nutrição e Dietética (almoço)

Indicador	Unidade	PAM Barreto
Almoço PAM Barreto		
Quantidade de almoço servidos no PAM Barreto.		

Almoço	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Pacientes											284		284
Acompanhantes											65		65
Colaboradores											765		765
<b>Total</b>											<b>1.114</b>	<b>0</b>	<b>1.114</b>



#### Análise Crítica

Foram contabilizados apenas o período de 12 a 30 de novembro devido ao início da gestão IBRAGAS, obtivemos um total de 1.114 (mil cento e quatorze) almoços servidos no PAM Barreto. A qualidade nutricional e sensorial do cardápio obtiveram mudanças importantes no consumo alimentar para o padrão saudável, visando a promoção da alimentação saudável aos trabalhadores e pacientes, baseado em uma distribuição adequada de nutrientes e cores, garantindo a satisfação e saúde.

#### Proposta

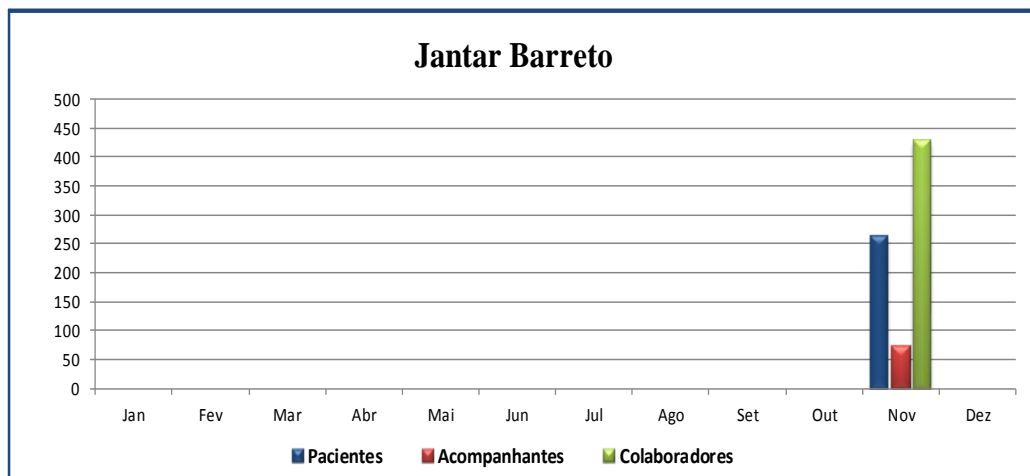
Aquisição de formulário de aceitabilidade de refeições dos pacientes, a fim de analisar o nível de aceitação das refeições disponível.

#### Ações de Acompanhamento

Acompanhar a aceitação das refeições oferecidas, através de uma pesquisa de satisfação e opinião, permitindo detectar falhas e definir soluções, a fim de trazer novas melhorias a instituição, pensando sempre nos colaboradores e pacientes, propondo produzir e fornecer refeições seguras, equilibrada e saudável.

#### 4.7.2 Serviço de Nutrição e Dietética (jantar)

		Unidade												PAM Barreto	
Indicador	<b>Jantar PAM Barreto</b>														
Quantidade de jantares servidos no PAM Barreto.															
Jantar	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total		
Pacientes											263		263		
Acompanhantes											72		72		
Colaboradores											429		429		
<b>Total</b>											<b>764</b>	<b>0</b>	<b>764</b>		



##### Análise Crítica

Foram contabilizados apenas o período de 12 a 30 de novembro, devido ao início da gestão IBRAGAS. Obtivemos um total de 764 (setecentos e sessenta e quatro) jantares servidos no PAM Barreto. O quadro qualitativo nutricional e sensorial do cardápio obtiveram mudanças importantes no consumo alimentar para o padrão saudável, visando a promoção da alimentação saudável aos trabalhadores e pacientes, baseado em uma distribuição adequada de nutrientes e cores, garantindo a satisfação e saúde.

##### Proposta

Aquisição de formulário de aceitabilidade de refeições dos pacientes, a fim de analisar o nível de aceitação das refeições disponível.

##### Ações de Acompanhamento

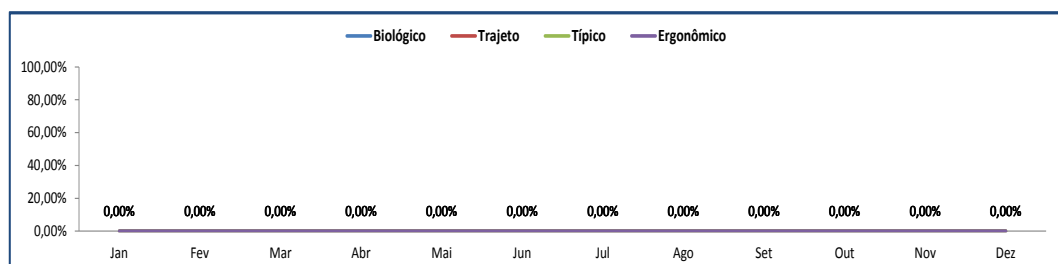
Acompanhar a aceitação das refeições oferecidas, através de uma pesquisa de satisfação e opinião, permitindo detectar falhas e definir soluções, a fim de trazer novas melhorias a instituição, pensando sempre nos colaboradores e pacientes, propondo produzir e fornecer refeições seguras, equilibradas e saudáveis.

## 4.8 SEGURANÇA DO TRABALHO

		Unidade												PAM Barreto
Indicador														
Acidentes de Trabalho														
Índice dos acidentes de trabalho ocorridos no período.														
Acid. de Trabalho	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
Biológico												0	0	
Trajeto												0	0	
Típico												0	0	
Ergonômico												0	0	
<b>Total Acid. de Trabalho</b>												0	0	
<b>Total de Funcionários</b>												110	0	

Indicador %	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
Biológico	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Trajeto	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Típico	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Ergonômico	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%



### Análise Crítica

Estes dados aqui apresentados, são referentes aos dias 12 a 30 de novembro de 2022. É possível observar uma redução em ações inseguras no que diz respeito ao mês passado, pois diminuiu o número de acidentes no trabalho e cresceu o senso de segurança e o cumprimento das normas por parte dos colaboradores. Verifica-se que o uso correto dos EPIs é uma realidade positiva na unidade, devido a conscientização praticada pelos membros do SESMT, dos líderes e de todos que fazem parte da gestão, em busca de resultados na redução dos acidentes e doenças do trabalho.

### Proposta

O resultado destas ações é positivo e demonstra que as equipes do PAM BARRETO estão alinhadas para tornar o ambiente mais seguro para todos. Por isso é iniciado a continuidade destes procedimentos.

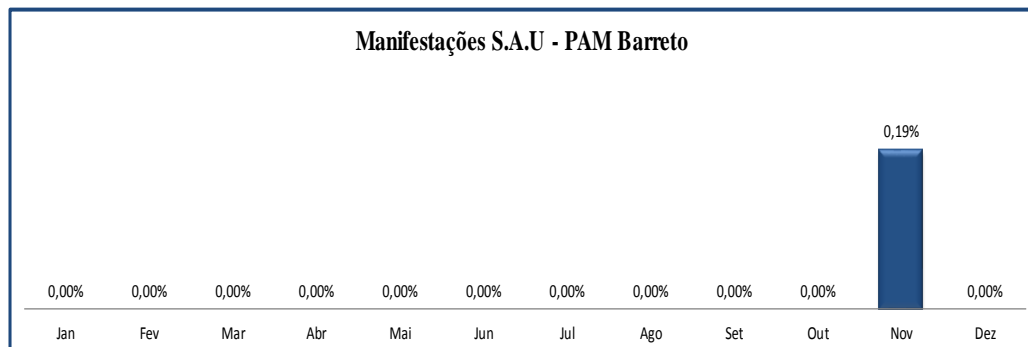
### Ações de Acompanhamento

Neste mês, houve a centralização da retirada dos EPIs para melhor controle e mapeamento do uso correto dos mesmos, além disso foi elaborado vistorias dos profissionais do SESMT nas frentes de trabalho para melhor orientação quanto ao uso dos Equipamentos de Proteção Individuais.

## 5. INDICADORES QUALITATIVOS - S.A.U

### 5.1 REPRESENTAÇÃO EM PERCENTUAL

		Unidade											PAM Barreto	
Indicador	Manifestações S.A.U													
Quantidade de manifestações no Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU.														
Manifestações S.A.U	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
Atendimentos													5.198	<b>5.198</b>
Manifestações													10	<b>10</b>
Indicador %	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média	
Representação	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,19%	0,00%	0,19%	



#### Análise Crítica

Foram contabilizados apenas o período de 12 a 30 de novembro, devido ao início da gestão IBRAGAS. Neste período tivemos um total de 5.198 atendimentos no PAM Barreto e 10 manifestações. Informamos aos usuários que é através das pesquisas realizadas com os pacientes, que identificamos se estamos suprindo as expectativas. Dessa forma, buscamos atender a todos da melhor forma, oferecendo um serviço de qualidade.

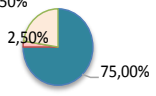
#### Proposta

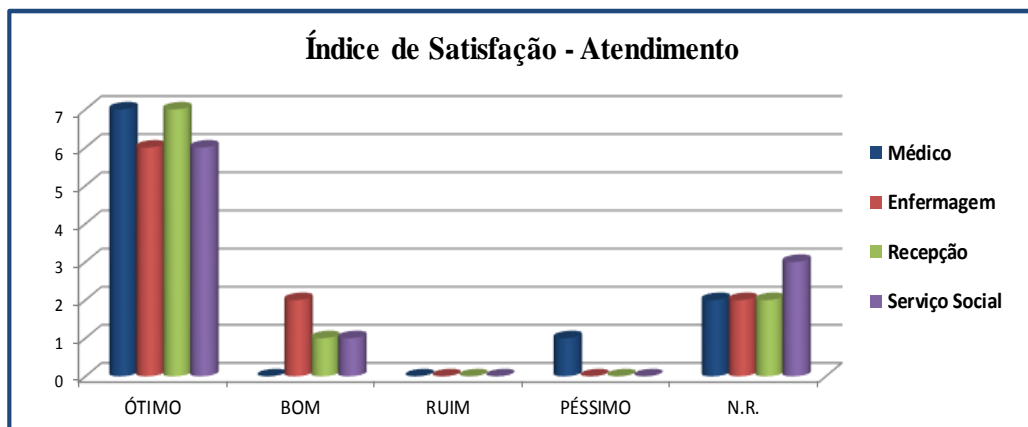
Manter a qualidade dos serviços ofertados aos clientes. Estamos realizando treinamentos e palestras, a fim de melhorar o atendimento ofertado aos nossos clientes, priorizando o atendimento humanizado com respeito e comprometimento.

#### Ações de Acompanhamento

Pesquisa direta com os pacientes e acompanhantes. Indicadores do grau de Satisfação dos Clientes externos e internos.

## 5.2 ATENDIMENTOS - ÍNDICE DE SATISFAÇÃO

		Unidade		PAM Barreto				
Indicador	<b>Atendimentos</b>							
Índice de satisfação nos atendimentos.								
Atendimentos	ÓTIMO	BOM	RUIM	PÉSSIMO	N.R.	Satisfeitos	Insatisfeitos	Não Resp.
Médico	7	0	0	1	2	75,00%	2,50%	22,50%
Enfermagem	6	2	0	0	2			
Recepção	7	1	0	0	2			
Serviço Social	6	1	0	0	3			
<b>Média</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>			



### Análise Crítica

No mês de novembro de 2022 no período de 12 a 30, podemos observar que continuamos com um índice satisfatório em relação ao atendimento prestado aos pacientes. O intuito é atender com excelência e qualidade.

### Proposta

Manter a qualidade dos serviços ofertados aos clientes. Priorizar o atendimento humanizado com respeito e comprometimento.

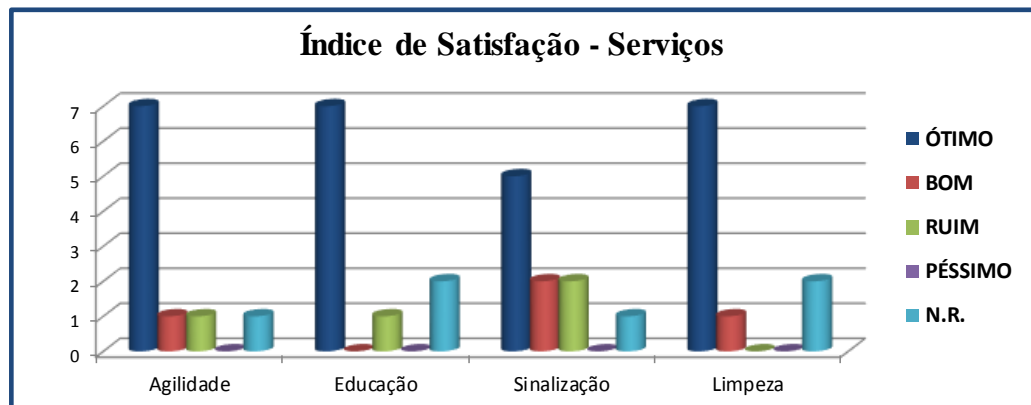
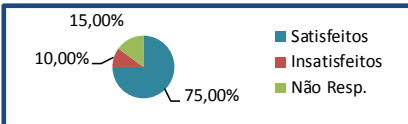
### Ações de Acompanhamento

Pesquisa direta com os pacientes e acompanhantes. Indicadores do grau de Satisfação dos clientes externos e internos. Retorno aos manifestantes via telefone, havendo necessidade.

### 5.3 SERVIÇOS - ÍNDICE DE SATISFAÇÃO

Indicador	Serviços	Unidade	PAM Barreto
Índice de satisfação nos serviços.			

Serviço	ÓTIMO	BOM	RUIM	PÉSSIMO	N.R.	Satisfeitos	Insatisfeitos	Não Resp.
Agilidade	7	1	1	0	1	75,00%	10,00%	15,00%
Educação	7	0	1	0	2			
Sinalização	5	2	2	0	1			
Limpeza	7	1	0	0	2			
<b>Média</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>6</b>			



#### Analise Crítica

No mês de novembro de 2022 no período de 12 a 30, os indicadores apontam um excelente índice na prestação de serviços realizada pelos nossos colaboradores, que buscam desempenhar seu trabalho de maneira correta, priorizando os pacientes.

#### Proposta

Manter a qualidade dos serviços ofertados ao clientes. Estamos realizando treinamentos e palestras a fim de melhorar o atendimento ofertado aos nossos clientes, priorizando o atendimento humanizado com respeito e comprometimento.

#### Ações de Acompanhamento

Pesquisa direta com os pacientes e acompanhantes. Indicadores do grau de Satisfação dos clientes externos e internos.



## 6. CONSUMO

### 6.1 LAVANDERIA – KG DE ROUPA LAVADA POR MÊS

Indicador	Unidade	PAM Barreto											
<b>Roupa lavada</b>													
Quantidade de roupa lavada na unidade pela lavanderia contratada (por kg).													
Lavanderia	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Kg. por mês											569,23		569



#### Análise Crítica

O valor obtido é referente ao período de 12 a 30 de novembro de 2022, início da Gestão IBRAGAS onde foi realizado o estudo quantitativo do uso de enxoval para os pacientes internados, sendo observado o uso excessivo em setores de observação e emergência sem controle de dispensação.

#### Propostas

A melhor maneira de obter um consumo consciente do enxoval é utilizando com eficiência, organização junto com à equipe da unidade, controle de dispensação, registro de intercorrências e controle de perdas.

#### Ações de Acompanhamento

Pesagem junto ao fornecedor e levantamento semanal de coleta e entrega, a fim de garantir ações corretivas, realizar contagens diárias das dispensações e controle de estoque para cada setor.

## 6.2 LIXO INFECTANTE

		Unidade												PAM Barreto
Indicador	<b>Lixo infectante</b>													
Quantidade de lixo infectante produzido pela unidade (por kg).														
Lixo Infectante	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
Kg. por mês											494,40		<b>494</b>	



### Análise Crítica

O valor obtido é referente ao período de 12 a 30 de novembro de 2022, início da gestão IBRAGAS, sendo observado o descarte incorreto do lixo infectante resultando em um aumento significativo do kg.

### Propostas

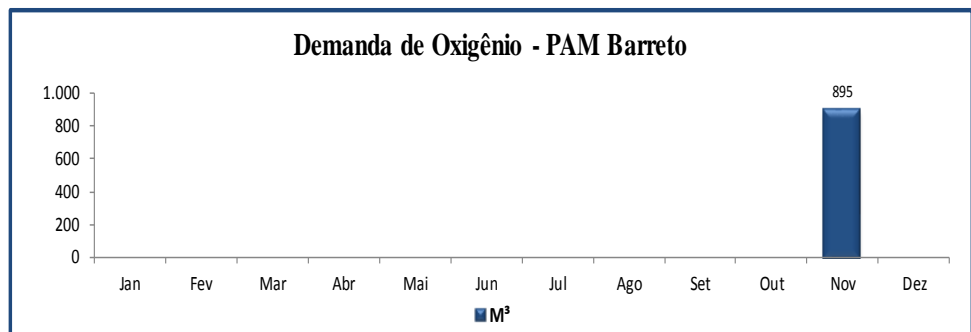
Trabalhar em conjunto a CGRSS - Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, para que o descarte do lixo infectante seja realizado de maneira correta, resultando em um controle efetivo na diminuição dos resíduos. Indicar treinamentos ao NEPS para a orientação junto a equipe.

### Ações de Acompanhamento

Manter a atualização do treinamento junto aos setores/equipes, realizar vistorias na unidade, orientar os colaboradores e disponibilizar as lixeiras de lixo infectante em locais estratégicos para garantia do descarte correto.

### 6.3 DEMANDA DE OXIGÊNIO

		Unidade		PAM Barreto											
Indicador	<b>Demanda de Oxigênio</b>														
Volume consumido de oxigênio em metros cúbicos.															
<b>Demanda Oxigênio</b>	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média		
M <sup>3</sup>											895		895		



#### Análise Crítica

Apresentado no gráfico acima apenas o consumo de oxigênio do período de 12 a 30 de novembro de 2022, devido ao Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto em 12 de novembro de 2022.

#### Proposta

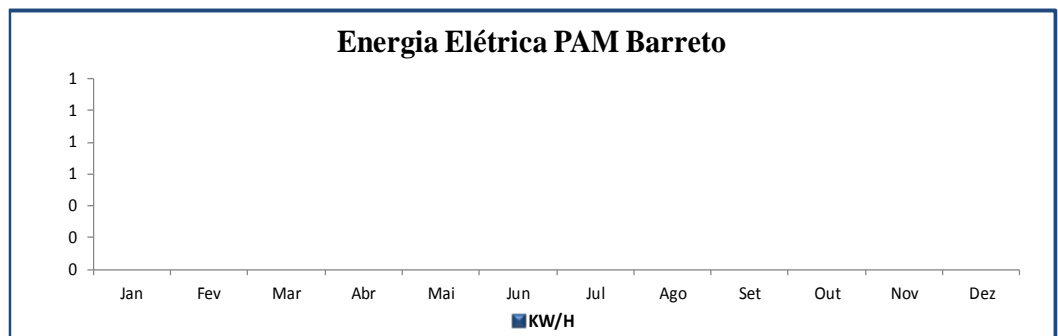
Dar continuidade no acompanhamento do consumo mensal de O<sub>2</sub>. Realizar manutenções periódicas, para que o consumo não aumente por motivos de vazamento.

#### Ações de Acompanhamento

Manter a manutenção como prioridade. Verificar possível aumento, identificando assim, o real motivo de imediato.

## 6.4 CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Indicador	Unidade	PAM Barreto											
<b>Energia Elétrica</b>													
Volume consumido de KW de energia elétrica													
Energia Elétrica	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Leitura Registrada													
KW/H													0



### Análise Crítica

Em função da transição de titularidade dos contratos/contas de consumo de energia elétrica e água, para a Gestão Municipal, não é possível a apresentação desses dados, no presente Relatório, desde Setembro/21.

### Propostas

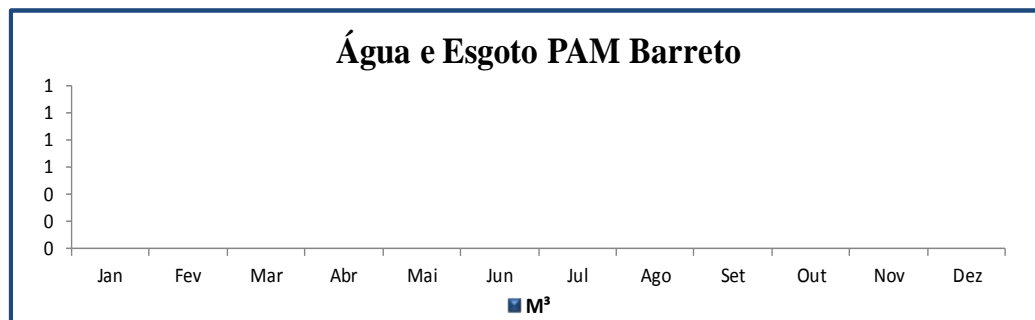
Acompanhar o consumo mensal de energia elétrica. Priorizar a economia do serviço.

### Ações de Acompanhamento

Acompanhamento dos Indicadores.

## 6.5 CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO

		Unidade	PAM Barreto										
Indicador	<b>Consumo de Água</b>												
Volume e consumo de água e esgoto - M <sup>3</sup>													
<b>Água e Esgoto</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>	<b>Total</b>
M <sup>3</sup>													<b>0</b>



### Análise Crítica

Em função da transição de titularidade dos contratos/contas de consumo de energia elétrica e água, para a Gestão Municipal, não é possível a apresentação desses dados, no presente Relatório, desde Setembro/21.

### Propostas

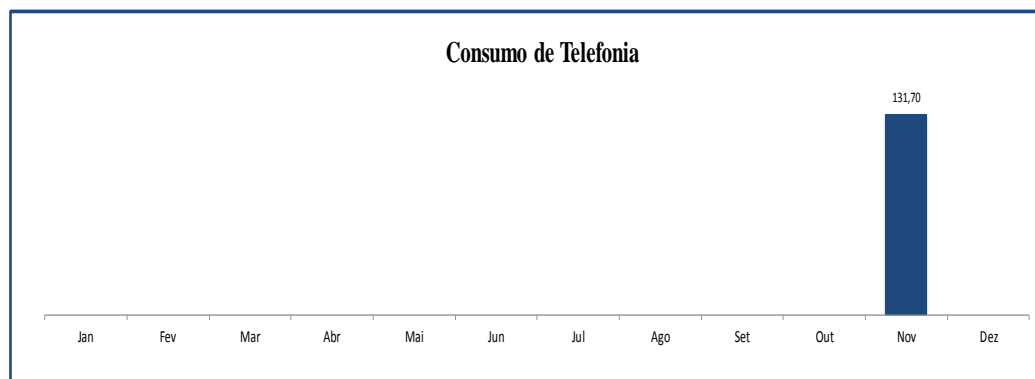
Buscar a conscientização do consumo sem desperdício, através de campanhas internas para funcionários.

### Ações de Acompanhamento

Acompanhamento dos Indicadores.

## 6.6 CONSUMO DE TELEFONIA

		Unidade												PAM Barreto
Indicador	Consumo de Telefonia													
Consumo de telefonia em R\$														
Telefonia	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
Tel. BARRETO											131,70		131,70	



### Análise Crítica

Apresentado no gráfico acima apenas o consumo de telefonia do mês de novembro de 2022 após o Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde (IBRAGAS) assumir a gestão da unidade PAM Barreto na data de 12 de novembro de 2022. Segue preenchido o quantitativo referente a fatura que recebemos até a presente data.

### Propostas

Continuar acompanhando o consumo telefônico, projetando uma economia nos próximos meses. Priorizar as ligações para emergência, descartando o uso para telefonia de celulares.

### Ações de Acompanhamento

Acompanhamento dos Indicadores.

## 6.7 MEDICAMENTOS VENCIDOS OU COM AVARIAS

		Unidade												PAM Barreto
Indicador														Medicamentos vencidos/avarias
Taxa de medicamentos vencidos ou com avarias.														
Medicamentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
Vencidos													193	193
Avarias													1	1
Medicamentos Geral													50.684	50.684
Indicador %	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média	
Vencidos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,38%	0,00%	0,38%	
Avarias	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	



### Análise Crítica

Foram contabilizados apenas o período de 12 a 30 de novembro, devido ao início da gestão IBRAGAS na unidade PAM Barreto.

### Propostas

Medicamento padronizado e disponibilizado para uso conforme.

### Ações de Acompanhamento

Acompanhar a entrada e saída dos itens citados, fazendo uma avaliação criteriosa na recompra dos mesmos, a fim de evitar perdas futuras. Reavaliação na lista de padronizados junto à equipe médica e Comissão de Farmácia e Terapêutica, para substituição ou aquisição de menor quantidade.

## 7. RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS

<b>ATIVOS FUNCIONÁRIOS - NOVEMBRO/2022</b>	
<b>IBRAGAS ARUJÁ</b>	
<b>NOME</b>	<b>FUNÇÃO</b>
ADRIANA BATISTA	TÉCNICA DE FARMÁCIA
ALCEBIADES DE OLIVEIRA SOUZA	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
ALINE APARECIDA DO VALE SANTOS	CONTROLADOR DE ACESSO
ANA PAULA CONCEICAO DOS SANTOS	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
ANA PAULA RIBEIRO SILVA	ENFERMEIRO (A)
ANA PAULA TALITA DOS SANTOS	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
ANDRE BARBOSA DA SILVA	ASSISTENTE ADM.
ANDREA IRIA CARVALHO DE OLIVEIRA	FAXINEIRO (A)
ANDREIA MARTINS ALVES	ENFERMEIRO (A)
ARIANE GENTILE SANTANGELO	TÉCNICA E ENFERMAGEM
BARBARA BIANCA DE A. SILVEIRA MARIANO	ENFERMEIRO (A)
BARBARA V P DE ANDRADE	GERENTE OPERACIONAL
BENILDO DE ABREU	FAXINEIRO (A)
BRUNA LACERDA DE OLIVEIRA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
BRUNO LUIZ DE SOUZA DA SILVA	CONTROLADOR DE ACESSO
CAIQUE HENRIQUE GILES	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
CAMILA REGINA FERREIRA LIMA	COPEIRA
CARLOS ALBERTO OLIVEIRA DE JESUS	CONTROLADOR DE ACESSO
CARLOS HENRIQUE FLORINDO MARTINS	CONTROLADOR DE ACESSO
CAROLINE MOREIRA IMBRIANI	ASSISTENTE DE COMPRAS
CATIA CRISTINA BATISTA DO NASCIMENTO	CONTROLADOR DE ACESSO
CRISTIANE SILVA DE ARRUDA	ENFERMEIRO (A)
DANIELE ALINE SOARES FERREIRA	CONTROLADOR DE ACESSO
DANIELLE NOLASCO FERNANDES NOVAES	ENFERMEIRO (A)
DENISE DIAS CAETANO	COPEIRA
DEUZELITA DE SOUZA RIBEIRO	COSTUREIRA
EDILENA DOS SANTOS MORAES	TÉCNICA DE ENFERMAGEM



ELAINE CAMPOS SILVA	COPEIRA
ELLEN CRISTINA LIMA DE ABREU	RECEPCIONISTA
ERICA DE ALMEIDA FREITAS CASSU	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
ERIKA APARECIDA DE ALMEIDA	ASSISTENTE ADM.
FERNANDA APARECIDA OLIVEIRA SANTOS	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
FLAVIA PAIXAO MIRANDA	GERENTE FINANCEIRO
FRANCIELE LUCRECIO AMARO	ENFERMEIRO (A)
GEISY KELLY DE SOUSA SILVA	RECEPCIONISTA
GIOVANNA JULIANA DO NASCIMENTO SILVA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
GISLENE FERRAZ DE ALMEIDA	TÉCNICA DE FARMÁCIA
GLORIA DA PENHA DA SILVA	COPEIRA
GREICI GABRIELE DE MORAES ALMEIDA	RECEPCIONISTA
ILZA DE OLIVEIRA REZENDE	COPEIRA
IONE DAS GRACAS MARTINS ERCULIANI	COORDENADOR DE ENF.
ISABELLA CRISTINA DE SOUSA AMORIM	ENFERMEIRO (A)
IVANIZE SANTOS DE SOUSA	GERENTE ADMINISTRATIVO
JANICLEIA PEREIRA SILVA	ENFERMEIRO (A)
JAQUELINE SOUZA PIRES	TÉCNICA DE FARMÁCIA
JEFFERSON DOS SANTOS	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
JENNIFFER FERRAZ DE MELLO	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
JESSICA APARECIDA DE SOUZA PIRES	PSICÓLOGA HOSPITALAR
JESSICA DA SILVA SOUSA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
JESSICA REIS DE NORONHA	FARMACÊUTICA RT
JOSE MANOEL VALENTIM LIMA	ANALISTA ADMINISTRATIVO
JOSEDILMA GOMES DIAS	FAXINEIRO (A)
JULIANA GONCALVES DE SOUZA	COORD. DEP. PESSOAL
KARINA FLORENCIO COSTA	NUTRICIONISTA
KELLY MYRELLE GUIMARAES DA SILVA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
LAIS GABRIELA DINIZ ANDRADE	TÉCNICA DE FARMÁCIA
LARA FABIA DE LIRA ESPERANCA	LÍDER ADMINISTRATIVO II

LEANDRO BAPTISTA DA SILVA	ASSISTENTE DE PROC. ADM.
LEANDRO GOMES DOS SANTOS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
LINO APARECIDO ARAUJO DE SOUZA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
LIVIA FRANCIELLE SOUZA SILVA	ENFERMEIRO (A)
LUCAS DE ALMEIDA CONSENTINO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
LUCIANA LINHARES	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
LUCIANA NASCIMENTO PRADO	FAXINEIRO (A)
LUIZ CARLOS PRADO MORAES	ASSISTENTE ADM.
MARCIA APARECIDA SOARES CHAGAS	LÍDER DE HIG. E SERV. G.
MARCIA MARCELINO PEREIRA DIAS	TÉCNICA DE FARMÁCIA
MARIA APARECIDA DE ANDRADE BOSSI	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
MARIA CLAUDIA DOS REIS VENTURA	ASSISTENTE SOCIAL
MARIA LUCIANA ALVES PEREIRA	ASSISTENTE SOCIAL
MARLETI TEODORA GOMES	FAXINEIRO (A)
MARLUCIA RODRIGUES DA SILVA	COPEIRA
MATHEUS SILVA DE OLIVEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
MICHELLE FRANCISCA DE ANDRADE ALVES	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
MOACIR MARCOS DA SILVA	AUX. MANUTENÇÃO
MOISES NUNES DAIR	AUX. MANUTENÇÃO
MONICA JESUS DOS SANTOS	ENFERMEIRO (A)
NADIA APARECIDA LEITE	ENFERMEIRO (A)
PALOMA TAVARES MUNIZ	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
PATRICIA MARIA DA SILVA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
QUITERIA LIMA DE ABREU	COPEIRA
RANELINE FERNANDES CLAUDINO	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
RAQUEL DE OLIVEIRA DA SILVA	ASSISTENTE ADM.
RAQUEL PONCIANO GOMES DA COSTA	ASSISTENTE ADM.
REGINALDO FERREIRA DA SILVA	MOTORISTA
RICHARD MANOEL FERNANDES VIEIRA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
RITA DE CASSIA LAZZARI	COPEIRA

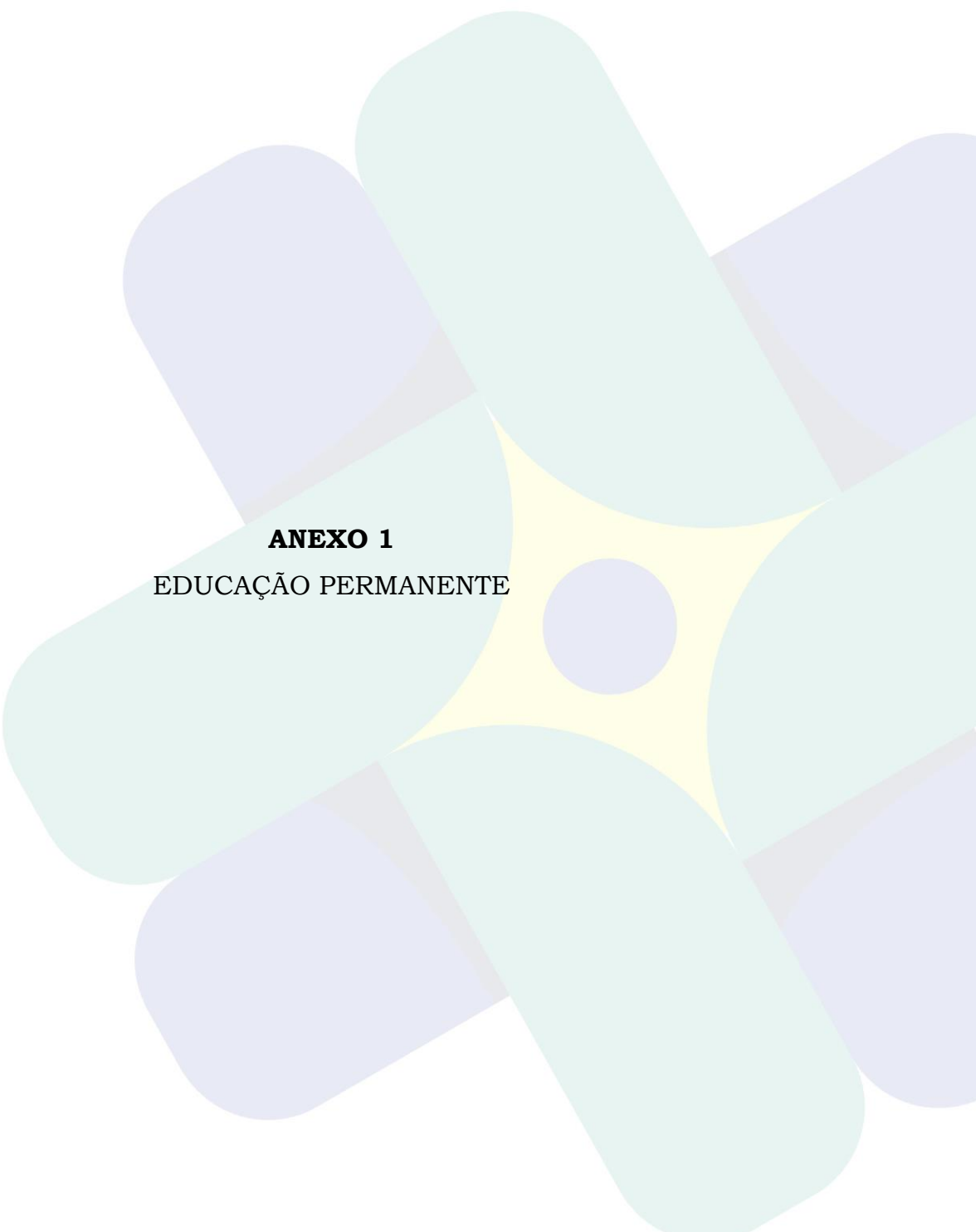
ROBERTA ALESSANDRA CAMILO VALENTIM	ENFERMEIRA SCIH
RODRIGO MARCELINO MARTINS	CONTROLADOR DE ACESSO
ROSILDA ROCHA DE SOUZA SANT ANA	ENFERMEIRO (A)
SABRINA DA SILVA VITURINO	ENFERMEIRO (A)
SALETE DA SILVA SANTOS	RECEPCIONISTA
SANDRA APARECIDA DA SILVA	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
SHIRLEY DOS SANTOS PEREIRA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
SILVANA DE LOURDES LINO DA SILVA	ENFERMEIRO (A)
SILVIA ILDA TEIXEIRA FODRA	FAXINEIRO (A)
SOLANGE MARINA DE ARAUJO DE SOUSA	FAXINEIRO (A)
SUELI PIRES GONCALVES	RECEPCIONISTA
TAIANE DE OLIVEIRA RIBEIRO	SECRETARIA EXECUTIVA
TAILA CRISTINA S F BERGAMASCO	ENCARREGADA OPE.
TALITA DA CONCEICAO SIQUEIRA	ASSISTENTE ADM.
TATIANE CORTES CORTIELLA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
TATIANE SA SILVA GARCIA	TÉCNICA DE FARMÁCIA
THAIS DE OLIVEIRA SANTOS	ENFERMEIRO (A)
THAIS MADUREIRA DA SILVA	COPEIRA
THIFFANY RAMIERI S. OLIVEIRA MARCHINI	RECEPCIONISTA
THOMAS ROCHA MOURA	ASSISTENTE ADM.
VALERIA BAPTISTA DE SALES	FAXINEIRO (A)
VANESSA CRISTIANE DOS SANTOS MOREIRA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
VANESSA MOREIRA SANTOS OLIVEIRA	AUXILIAR DE ENFERMAGEM

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde - IBRAGAS iniciou a prestação de serviços de saúde à população de Arujá, no dia 12 de novembro de 2022, através do Contrato de Gestão nº 3.457/2022, estando a partir deste, à frente a gestão do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto. Sendo assim, através dos Indicadores Qualitativos e Quantitativos, com qualidade, excelência e foco na qualificação da equipe por meio da Educação Permanente, a gestão IBRAGAS iniciou um atendimento humanizado aos pacientes e familiares. Com base nestas primícias, realiza o atendimento aos seus clientes com foco nos valores consolidados pela empresa, priorizando a Capacitação, Compromisso Social, Confiabilidade, Equidade, Ética, Humanização, Qualidade, Sustentabilidade ecológica / econômica / social e Transparência. Implantando e implementando melhorias nos processos administrativos e assistenciais, dedicando-se na promoção da segurança do paciente, através da gestão da Qualidade, organizando e executando junto às equipes projetos relacionados à busca da melhoria contínua e da excelência, por meio da Educação Permanente, Comissões Hospitalares, Trabalho em Equipe, Humanização e Relacionamento Interpessoal. Ademais, as ações de Acolhimento e Promoção de Bem-estar aos clientes e colaboradores, vêm sendo desenvolvidas através do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e da Comissão de Humanização e Qualidade Hospitalar. Com efeito, ressalta-se que, por meio dos Indicadores Qualitativos e Quantitativos e das demais ações apresentados neste, a gestão IBRAGAS garante a transparência de uma assistência eficaz, segura e humanizada, que busca constantemente alcançar a excelência nos serviços ofertados à população Arujaense, através da unidade PAM Barreto. Destarte, o presente Relatório apresentou as atividades desenvolvidas no mês de novembro de 2022, período de 12 a 30, início da gestão IBRAGAS, reiterando em cada ação, a identidade do Instituto: *Excelência na atenção à saúde*.



**ANEXOS**



**ANEXO 1**  
EDUCAÇÃO PERMANENTE

## **Relatório Mensal**

### **Educação Pemanente em Saúde**

**Ref:** Novembro 2022

A Educação Permanente em Saúde (EPS), conta com a produção de conhecimento na instituição de saúde, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano no trabalho. Baseia-se no conhecimento significativo e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, a partir dos problemas enfrentados levando em consideração os conhecimentos e as experiências do dia a dia.

#### **Seus principais objetivos são:**

- Elaborar estratégias de qualificação e promover capacitação, atualização e desenvolvimento dos profissionais de saúde, a partir do diagnóstico situacional identificado em cada setor. Tudo feito por meio da problematização, bem como reflexão sobre o processo de trabalho que acontece no cotidiano do serviço.
- Realizar articulação com outros setores, para o desenvolvimento de atividades educacionais, de modo a atender às necessidades e demandas locais.
- Capacitar multiplicadores para que os mesmos treinem e orientem sua equipe de forma integral e contínua.
- Aumentar autonomia, segurança e responsabilidade dos colaboradores devido ao aperfeiçoamento contínuo.

A Educação Permanente em Saúde no Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto, gestão IBRAGAS, contará com a Implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), que tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde. A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela

acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Os processos de Educação Permanente em Saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20). O Núcleo de Educação Permanente em Saúde desenvolverá suas atividades nos diferentes eixos: Educação em Serviço, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam na Instituição Hospitalar, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa; Educação em Saúde para pacientes e acompanhantes, desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população; Integração ensino-serviço, a qual tem por objetivo integrar os profissionais de saúde (área médica, assistencial e administrativa), visando constituir um trabalho em equipe por meio de ações interativas; dentre outras ações pertinente ao Núcleo, como a realização de projetos de extensão para a Rede Pública de Saúde e produção científica (ações sendo estudadas para implantação). O núcleo será composto por enfermeiros, integrantes de diferentes setores e unidades da Instituição Hospitalar, e se efetivará com reuniões mensais, nas quais serão discutidos os processos de trabalho da enfermagem e dos demais setores, bem como o desenvolvimento de capacitações, cursos e diferentes metodologias.

Seguem as ações de Educação Permanente em Saúde, realizadas no mês de novembro, na unidade PAM Barreto, no período de 12 a 30.



**Unidade:** Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto

**Tema:** Aspiração oral e nasal

**Instrutor (es):** Enfermeira Livia Francielle

**Especializações:** UTI adulto

**Data:** 16

**Contextualização:** Aspiração oral e nasal é o procedimento técnico utilizado para remover secreções do trato respiratório (oral e nasal), quando necessário. A aspiração das Vias Aéreas consiste na remoção de secreções por meio de sucção das Vias Aéreas Superiores (VAS – cavidade nasal, laringe, faringe) e/ou Vias Aéreas Inferiores (VAI- traqueia).

### **Objetivo do procedimento**

Remover por aspiração as secreções do trato respiratório sem que haja traumatismo. Promover permeabilidade de vias aéreas superiores; Fornecer adequada oxigenação ao paciente.

### **Quais indicadores sinalizam a necessidade de aspiração**

Presença de secreção visível na VA; Presença de ruído no tubo traqueal; Presença de roncospulmonares e/ou crepitações e redução dos sons pulmonares na ausculta pulmonar; Desconforto respiratório; Queda da SpO<sub>2</sub>; Oscilações na curva de fluxo do ventilador.

### **Quais os materiais necessários para realizar a aspiração**

Equipamentos de Proteção Individual – EPI (luvas de procedimento, óculos protetor, gorro e máscara cirúrgica); Luva estéril para aspirar VAI; Cateter de aspiração adequado; Frascos de soro fisiológico 0,9% de 10 mL; Extensões de

silicone/látex esterilizadas; Oxímetro de pulso; estetoscópio; Gazes esterilizadas; Fonte de vácuo (canalizada ou portátil); Papel toalha.

### **Como realizar a aspiração das VAS**

- Identificar a necessidade para aspiração;
- Higienizar as mãos;
- Reunir todo o material necessário;
- Paramentar-se com EPI;
- Explicar ao beneficiário o procedimento e o seu propósito;
- Posicionar o beneficiário, preferencialmente em semi-Fowler;
- Instalar o oxímetro de pulso e observar saturação;
- Colocar o papel toalha sobre o tórax do beneficiário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir o vácuo e testá-lo;
- Abrir o pacote da sonda;
- Conectar a sonda no látex, segurando a sonda com a mão dominante;
- Interromper dieta administrada por SNE antes de proceder à aspiração, caso o beneficiário esteja fazendo uso do dispositivo;
- Aspirar nasofaringe introduzindo a sonda em uma das narinas, com o vácuo fechado, fazendo movimento oblíquo e para baixo, de preferência no tempo inspiratório ou durante a tosse, e aspirar liberando o vácuo de forma intermitente. O tempo entre a introdução e a retirada da sonda deve durar no máximo de 10 a 12 segundos enquanto houver secreção, mantendo uma pausa entre uma introdução e outra da sonda (no máximo, três vezes, no intervalo de 1 minuto);
- Retirar a sonda devagar, com movimentos rotatórios;
- Imergir a sonda em SF 0,9% entre uma aspiração e outra;
- Aspirar nasofaringe enquanto houver secreção, mantendo uma pausa entre uma introdução e outra da sonda (no máximo, três vezes, no intervalo de 1 minuto);
- Aspirar orofaringe, se necessário, utilizando a mesma sonda, introduzindo a sonda pela boca, com o vácuo fechado, fazendo movimento oblíquo e para baixo,

de preferência no tempo inspiratório ou durante a tosse, e aspirar liberando o vácuo de forma intermitente.

- O tempo entre a introdução e a retirada da sonda deve durar no máximo de 10 a 12 segundos enquanto houver secreção, mantendo uma pausa entre uma introdução e outra da sonda (no máximo, três vezes, no intervalo de 1 minuto);
- Desconectar a sonda do látex;
- Desprezar todo material utilizado (sonda, frasco SF, luvas, máscara, papel toalha, etc);
- Posicionar o beneficiário confortavelmente;
- Deixar a unidade em ordem;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário o procedimento realizado.

### **Qual a ordem da aspiração da VAS**

- 1º Cavidade nasal;
- 2º Cavidade oral.

### **Qual a ordem da aspiração da VAS**

Sim, desde que se enquadre nas considerações descritas na resolução abaixo, artigos 4 e 5:

De acordo COFEN Nº 557/2017 RESOLVE:

Art. 2º - Os pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

Art. 3º - Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais unidades da assistência, considerados

graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEP.

Art. 4º - Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Art. 5º - Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Fotos:







**ANEXO 2**  
COMISSÕES E NÚCLEOS HOSPITALARES

## **COMISSÕES E NÚCLEOS HOSPITALARES**

O presente Relatório refere-se à execução das ações de Qualidade e Acompanhamento das Comissões e Núcleos Hospitalares do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto, apresentando as atividades realizadas no mês de novembro de 2022, no período de 12 a 30.

### **OBJETIVO E RELEVÂNCIA**

Uma das melhores formas de garantir maior segurança ao paciente nos serviços de saúde é por meio da criação de comissões hospitalares. Elas são formadas por profissionais técnicos, como médicos e enfermeiros, e têm como principal função servir de instrumento de gestão, ao oferecer subsídios à diretoria, potencializando as diretrizes de uma Instituição e sendo um guia para a promoção de uma assistência de qualidade.

Os hospitais, de acordo com suas especificidades, procuram constituir as comissões hospitalares visando sempre resultados cada vez mais efetivos junto aos pacientes. Da mesma forma, é papel das comissões, por meio do gerenciamento de riscos e de orientações na implantação de protocolos, traduzir resultados que reflitam positivamente na imagem institucional.

Por tal relevância, o programa de comissões hospitalares tem adquirido cada vez mais importância no junto aos serviços de saúde, devido a integralidade entre os setores. Outro fator são as conquistas e melhorias administrativas, essenciais para os processos de acreditação hospitalar.

Portanto, as comissões hospitalares são de fundamental importância para a gestão da instituição hospitalar, e contribuem 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.

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.

### PRINCIPAIS TIPOS DE COMISSÕES HOSPITALARES

As comissões hospitalares existentes nos hospitais brasileiros atendem a portarias e resoluções do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Sempre que possível e necessário, as comissões hospitalares devem ter caráter multidisciplinar, não sendo constituídas exclusivamente por médicos.

Por sua vez, o regimento interno de cada comissão regulamenta a atuação dos participantes, de acordo com as normas e diretrizes emanadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou outros órgãos normativos.

Entre as mais importantes, estão:

*Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):* Essa comissão é a responsável pelas ações e pelos processos educativos que visem o controle e a prevenção de doenças no ambiente hospitalar.

*Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):* Essa comissão é responsável por formular e supervisionar a política de uso seguro e racional de medicamento no hospital. Ela assegura resultados clínicos satisfatórios, com risco potencial mínimo e ao menor custo possível.

*Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS):* Seu objetivo é o planejamento, a educação e o controle da gestão de resíduos, e a criação e análise de indicadores do processo de gerenciamento de resíduos.

*Comissão de Revisão de Óbito (CRO):* Responsável em analisar óbitos, procedimentos e condutas profissionais.

*Comissão de Revisão de Prontuários (CRP):* Tem a função de propor melhorias na qualidade dos registros e anotações para a elaboração do prontuário clínico, com base na segurança do paciente. Ela ainda é responsável por garantir o cumprimento no padrão de qualidade prestado pelos profissionais e proporciona dados para pesquisa e estudos científicos.

*Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA):* Uma das mais comuns, não só nos serviços de saúde, mas em empresas em geral, é a responsável em promover a prevenção de acidentes e doenças ocasionadas no trabalho, visando à saúde dos trabalhadores.



*Comissão de Ética Médica (CEM):* Fiscalizar o exercício da atividade médica na instituição a qual se encontra vinculada, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão; por meio de delegação concedida pelo Conselho Regional de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.657/2002.

*Comissão de Ética de Enfermagem (CEE):* São órgãos representativos dos Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições onde existem Serviços de Enfermagem, com funções educativa, consultiva e de orientação ao exercício ético e profissional dos profissionais de enfermagem.

Seguindo a linha da excelência dos serviços prestados, de acordo com legislação pertinente que determina a implantação e o funcionamento das comissões, os núcleos hospitalares também são responsáveis pela padronização dos processos internos e pela qualidade e segurança dos serviços prestados aos clientes.

## COMISSÕES HOSPITALARES DO PAPRB

Realizamos em novembro, a partir do dia 12, início da gestão IBRAGAS, a elaboração dos Regimentos das Comissões e Núcleos Hospitalares, para posterior designação dos membros pela Diretoria. Seguem abaixo, na sequência, os Regimentos: Comissão Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS), Comissão de Humanização Hospitalar (CH), Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), Comissão de Revisão de Óbitos (CRO), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS). Referente a Comissão de Ética Médica (CEM), Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) e Comissão de Prevenção de Acidentes (CIPA), informamos que foi iniciado o processo de estruturação para abertura de processo eleitoral, conforme a legislação vigente.



	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)				
	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CCIH. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 23.01.2024	Página: 01 de 08

# REGIMENTO INTERNO

## CCIH



Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	--	---	---

	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)				
	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CCIH. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 23.01.2024	Página: 02 de 08

## CAPÍTULO I

### DA NATUREZA E FINALIDADE

O objetivo deste modelo de Regimento visa à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da comissão, e estabelecer condições mínimas de composição, fortalecendo a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Recomenda-se discutir com os respectivos membros, corpo clínico e administração, a mudança para o novo Regimento interno respeitando as suas particularidades.

o Artigo 1º – A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é o órgão de assessoria à Direção Administrativa do Hospital. É de natureza técnico-científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

o Artigo 2º – A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

o Artigo 3º - A CCIH e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) atuam conjuntamente para desenvolver, implantar e executar as ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH).

Parágrafo Único. Entende-se por IH (Infecção Hospitalar), “qualquer infecção adquirida após admissão do paciente no hospital e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou com os procedimentos hospitalares”.

## CAPITULO II

### DOS OBJETIVOS



Facilitar o intercâmbio de projetos, decisões e políticas entre o SCIH e os demais membros do corpo clínico e administração;

o Artigo 4º – Os objetivos gerais da CCIH:

Divulgar os indicadores de IH produzidos pelo SCIH;

Atuar como interlocutora das medidas de prevenção e controle de infecção da equipe multidisciplinar;

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	--	---	---

	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)				
	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CCIH. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 23.01.2024	Página: 03 de 08

- Apoiar as ações de prevenção e controle das IH propostas pelo SCIH;
- Atuar interna e externamente, sendo referência nos níveis interno e externo como grupo multidisciplinar, divulgando a expertise na prevenção e o controle das IH.
- Cumprir exigência legal, segundo a portaria nº 2616, MS, publicada em 12 de maio de 1998.
- Adequar as políticas e padrões do Programa de Prevenção e Controle de IH, de acordo com exigências legais.

### CAPÍTULO III

#### DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO

- o Artigo 5º – A estrutura da CCIH compreende o SCIH e representantes essenciais do hospital.
- o Artigo 6º – As ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar serão realizadas pelos Membros executores (grupo executor) desta comissão, indicados para este fim pela Diretoria Administrativa do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto, observando a portaria N. 2616 / 1998 do Ministério da Saúde.
- o Artigo 7º – A CCIH é composta por membros consultores e membros executores:

#### 1. Membros Executores:



- o Médico com conhecimentos específicos no controle de Infecção Hospitalar. Enfermeiro com conhecimentos específicos na área de controle de Infecção Hospitalar.

#### 1. Membros Consultores:

- o Representante do Serviço de Farmácia: Farmacêutico
- o Representante do Serviço de Enfermagem
- o Representante da Administração
- o Segurança do Trabalho
- o Coordenador Serviço de Nutrição e Dietética (SND)
- o Liderança Higienização

Parágrafo Único: Cabe aos membros executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela comissão.

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	--	---	---

	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)				
	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CCIH. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 23.01.2024	Página: 04 de 08

## CAPITULO IV DA COMPETÊNCIA

o Artigo 8º – Ao presidente da CCIH compete:

- a) Presidir as reuniões ordinárias;
- b) Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CCIH para apreciação e aprovação;

- d) Representar a CCIH sempre que solicitado;
- e) Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo.



o Artigo 9º – À CCIH compete:

- a) Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle de infecções hospitalares;
- b) Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das Infecções Hospitalares;
- c) Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- d) Sugerir prioridades de ação para o controle das Infecções Hospitalares;
- e) Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIH;
- f) Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelos membros executores;
- g) Comunicar Regularmente à Direção (a ser repassado às lideranças) a situação do controle das Infecções Hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar;
- h) Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;
- i) Notificar ao Serviço de Vigilância local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

o Artigo 10º – Compete aos membros executores:

- a) Elaborar, implementar e manter um programa de vigilância e controle de infecções hospitalares;
- b) Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de Infecções Hospitalares;

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracias Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	---	---	---

	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)				
	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CCIH. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 23.01.2024	Página: 05 de 08

- c) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias;
- d) Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das Infecções Hospitalares;
- e) 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;
- f) Elaborar, propor e programar 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;
- g) Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com os vários setores;
- h) Participar das comissões de padronização de medicamentos;
- i) Promover a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos Registros das doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica.

o Artigo 11º - Compete aos membros consultores:

- a) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIH;
- b) Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de controle de IH a serem implementadas pelos membros executores;
- c) Colaborar com os membros executores promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de IH dentro de suas respectivas áreas de atuação.

## CAPITULO V DO FUNCIONAMENTO



o Artigo 12º – A CCIH do PAPRB será presidida por um profissional médico ou enfermeiro com conhecimento na área de controle de Infecção Hospitalar (IH), nomeado pela Diretoria Administrativa.

Parágrafo único – Por experiência comprovada entende-se o cumprimento dos itens abaixo:

- a) Ter frequentado cursos especializados ou treinamentos práticos em controle de IH, ministrado por órgão público ou credenciados;

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	--	---	---



	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)				
	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CCIH. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 23.01.2024	Página: 06 de 08

- b) Participação de eventos científicos relacionados à IH, tais como Congressos, simpósios, jornadas, etc.;
- c) Preferencialmente ter produção científica na área (comunicações em congressos, publicações em revistas científicas, teses, etc).



I - A carga horária mínima de cada médico será de 12h semanais;

II - A carga horária mínima da enfermeira será de 6h diárias.

## CAPITULO VI DAS ATRIBUIÇÕES



- o Artigo 13º – São atribuições do enfermeiro (membro executor):
- a) Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa e metodologia NNISS na neonatologia, obstetrícia;
  - a) Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância;
  - b) Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCIH;
  - c) Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;
  - d) Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;
  - e) Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas hospitalares;
  - f) Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções hospitalares;
  - g) Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar periodicamente;
  - h) Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar;
  - i) Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;
  - j) Organizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto a prevenção de infecção hospitalar e prevenção acidentes com material contaminado;
  - k) Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);
  - l) Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico – hospitalar;
  - m) Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracias Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	---	---	---

	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)				
	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CCIH. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 23.01.2024	Página: 07 de 08

- n) Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico – hospitalar;
- o) Participar de visita técnica e emitir parecer técnica na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno e lavanderia hospitalar;
- p) Participar de grupos de interesse para o controle das infecções hospitalares como: grupos de feridas, cateter, reusam etc.;
- q) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.
- o Artigo 14º – São atribuições do médico (membro executor):
- a) Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;
- b) Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;
- c) Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com normas de isolamento padronizadas pela CCIH;
- d) Assessorar a Diretoria Técnica sobre as questões relativas ao controle de Infecções Hospitalares;
- e) Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;
- f) Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar;
- g) Participar de projetos de pesquisa em controle de Infecções Hospitalares;
- h) Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle de infecções hospitalares e uso de antimicrobianos;
- i) 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;
- j) Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;
- k) Divulgar periodicamente os perfis microbiológicos e de sensibilidade dos diversos setores do hospital;
- l) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH;
- m) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;
- n) Atuar na Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares através de reuniões, aulas e educação em serviço;
- o) Assistir as áreas de apoio nos problemas referentes ao controle das Infecções Hospitalares;
- p) Capacitar os profissionais de saúde para o controle das Infecções Hospitalares.

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	--	---	---

	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)				
	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CCIH. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 23.01.2024	Página: 08 de 08

- o Artigo 15º – A Farmácia do PAPRB subsidiará a CCIH nos seguintes quesitos:
- a) Monitorar o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros;
  - b) Elaborar relatórios sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos;
  - c) Elaborar rotinas para uso de antimicrobianos, em comum acordo com a CCIH e o corpo clínico, especialmente antibiótico profilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados;
  - d) Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos do hospital, em conjunto com a CCIH;
  - e) Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por Soluções Parenterais e outros;
  - f) Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;
  - g) Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral.

## CAPITULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- o Artigo 16º – As reuniões da CCIH são realizadas trimestralmente, com agendamento anual, convocadas pelo Presidente da CCIH.
- o Artigo 17º – As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderá ser solicitado por qualquer membro da CCIH.
- o Artigo 18º – As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Administrativa, para os encaminhamentos necessários.
- o Artigo 19º – Será solicitado à exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.
- o Artigo 20º - 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.

Arujá, 30 de novembro de 2022.

### REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR		VERSÃO: 01	
FASE	DATA INÍCIO	FECHAMENTO	FUNCIONÁRIO
<b>ELABORAÇÃO</b>	21/11/2022	23/11/2022	Roberta Alessandra Camilo
<b>REVISÃO</b>	24/11/2022	25/11/2022	Ione das Gracias Martins Erculiani
<b>APROVAÇÃO</b>	28/11/2022	28/11/2022	Rogério Silva
<b>PADRONIZAÇÃO</b>	29/11/2022	30/11/2022	CAA Consultoria



Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracias Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	--	--	--



# REGIMENTO INTERNO

## CFT



	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REL. CFT. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 02 de 07

## CAPÍTULO I

### DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A CFT é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa e educativa, de caráter permanente, cujas ações devem estar voltadas para a seleção e promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

Art. 2º - A CFT tem a finalidade de assessorar a Direção Técnica do Hospital e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros insumos farmacêuticos, por meio da seleção e padronização de medicamentos, do estabelecimento de critérios para seu uso e avaliação dos itens selecionados.

Art. 3º - A CFT estará imediatamente subordinada à Diretoria Administrativa do Hospital.

## CAPÍTULO II

### DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - A CFT terá composição multiprofissional, sendo composta pelos representantes das áreas abaixo:

- Divisão Médica;
- Administração;
- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Art. 5º - Grupos técnicos de apoio poderão ser convocados pela coordenação da Comissão de acordo com os assuntos abordados nas reuniões.



Art. 6º - A representação dos integrantes relacionados deverá ocorrer através da indicação da Diretoria para um período de dois anos.

Art. 7º - Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer em três reuniões consecutivas, sem justificativas relevantes, devendo sua liderança, nesta circunstância, indicar novo membro.

Art. 8º - Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como competência técnica, habilidades e perfil.

Art. 9º - A finalização do mandato dos membros efetivos poderá ocorrer por interesse do membro ou da instituição.

Elaboração: Jéssica Reis de Noronha (Farmacêutica)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REL. CFT. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 03 de 07

Art. 10º - A designação dos membros da Comissão será precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento do Termo de Compromisso e de Nomeação.



Art. 11º - Os membros da CFT não poderão receber brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionados pela indústria farmacêutica e/ou por distribuidoras de medicamentos.

### CAPÍTULO III DOS OBJETIVOS

Art. 12º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema da saúde nos três níveis de atenção. Além disso, a CFT assessora a Diretoria Técnica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro das instituições da saúde. Com essa finalidade, uma CFT deve adotar critérios para seleção e padronização dos medicamentos/produtos farmacêuticos, como:

- a) Registro no país em conformidade com a legislação sanitária;
- b) Necessidade segundo aspectos clínicos e epidemiológicos;
- c) Valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência científica em seres humanos, destacando segurança, eficácia e efetividade, com algoritmo de escolha (fluxograma) de tratamento definido;
- d) Informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas;
- e) Preço de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- f) Menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardando segurança, eficácia, efetividade e qualidade de vida;
- g) Concentração, forma farmacêutica, esquema posológico e apresentação, considerando a comodidade para a ministração aos pacientes, faixa etária, facilidade para cálculo de dose a ser ministrada e de fracionamento ou multiplicação de doses, bem como perfil de estabilidade mais adequado às condições de armazenamento e uso;
- h) Normatizar a inclusão e exclusão de medicamentos, materiais e OPMES na Relação de Medicamentos, Materiais e OPMES padronizados na Instituição;
- i) Revisar periodicamente junto com a CCIH a Relação de Antimicrobianos Padronizados, considerando a eficácia, segurança, custo e perfil de sensibilidade e resistência;
- j) Elaborar e difundir o guia farmacoterapêutico e as normas para seu uso nas unidades de internação e serviços;
- k) Implementar junto com a CCIH a política de uso antimicrobianos e germicidas.
- l) Verificar o monitoramento de eventos adversos relacionados a nova tecnologia incorporada.
- m) Promover estudos de utilização de medicamentos, farmacoeconômicos, gerenciamento de riscos e *farmacovigilância*.

Elaboração: Jéssica Reis de Noronha (Farmacêutica)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REL. CFT. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 04 de 07

n) Implementar atividades de educação continuada para promover o uso racional de medicamentos, materiais e OPMES.

o) Elaborar e divulgar instrumentos educativos.

## CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º - Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica as ações de assessoramento farmacoterapêutico, investigação científica e educação permanente.

a) Assessoramento farmacoterapêutico

- Seleção e padronização dos medicamentos;
- Elaboração e atualização do Guia Farmacoterapêutico;
- Definição de diretrizes para o uso racional dos medicamentos;
- Elaboração de normas para prescrição, dispensação e uso de medicamentos;
- Avaliação para incorporação de novas tecnologias;
- Promoção e elaboração de Protocolos Clínicos de tratamento.

b) Investigação científica



- Promoção de estudos de utilização de medicamentos e de farmacoeconomia para analisar o perfil farmacoepidemiológico e de impacto econômico dos medicamentos nas instituições da saúde;
- Atividades voltadas ao gerenciamento de riscos e *farmacovigilância* (queixas técnicas, reações adversas ao medicamento e erros de medicação).

c) Ações educativas

- Desenvolvimento e apoio às ações de promoção do uso racional de medicamentos;
- Colaboração e participação em atividades de educação permanente da equipe da saúde;
- Elaboração e divulgação de instrumentos educativos, utilizando os meios de comunicação;
- Incentivo e realização de campanhas para práticas seguras do uso do medicamento.

Art. 14º - Neste contexto, a CFT desempenha papel consultivo, científico e educativo, propondo na instituição, as boas práticas de prescrição, dispensação, ministração e controle de medicamentos, além de analisar estudos de utilização dos medicamentos padronizados, com foco no uso racional.

Elaboração: Jéssica Reis de Noronha (Farmacêutica)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	---

	<b>REGIMENTO INTERNO</b>				
	<b>COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)</b>				
	<b>POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO</b>				
Código: REL. CFT. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 05 de 07

## CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 15º - São atribuições do Presidente:

- Solicitar convocação e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;
- Representar a CFT em suas relações internas e externas;
- Promover a convocação das reuniões e estabelecer a pauta;
- Designar membros executivos da Comissão para emissão de pareceres técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à execução dos objetivos necessários da Comissão;
- Propor planos e metas para gestão;

Art. 16º - São atribuições do Vice-Presidente:

- Representar e desenvolver as atividades do Presidente na ausência deste;
- Colaborar com o Presidente no cumprimento dos objetivos da CFT e no exercício de suas funções.

Art. 17º - Dos membros executores:

- Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
- Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;
- Coordenar os grupos técnicos de trabalho de apoio.



## CAPÍTULO VI DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS, MATERIAIS E OPMES

Art. 18º - A seleção de medicamentos, materiais e OPMES deve objetivar:

- a) Uma maior eficiência administrativa;
- b) Uma resolutividade terapêutica adequada;
- c) A racionalização na prescrição;
- d) A racionalização dos custos dos tratamentos.

Elaboração: Jéssica Reis de Noronha (Farmacêutica)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	---



	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REL. CFT. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 06 de 07

Art. 19º - Os critérios de Seleção de medicamentos, materiais e OPMES são:

Para Inclusão:

- a) Selecionar apenas medicamentos e materiais com valor terapêutico comprovado, com base no melhor nível de evidência científica em seres humanos;
- b) Selecionar medicamentos e materiais eficazes e seguros, preferindo os de menor toxicidade, e com registro na ANVISA;
- c) Considerar o perfil epidemiológico e clínico da Instituição;
- d) Evitar multiplicidade de princípios ativos ou materiais para a mesma indicação terapêutica;
- e) Evitar especialidades que sejam associações medicamentosas, dando preferência à monodrogas;
- f) Selecionar medicamentos e materiais de menor custo de aquisição (custo tratamento/dia e custo total do tratamento), armazenamento, dispensação e controle, considerando segurança, eficácia, efetividade e qualidade de vida;
- g) Padronizar medicamentos em formas farmacêuticas, apresentação e dosagem que considerem a comodidade de administração, faixa etária, facilidade para cálculo de dose ou fracionamento, favorecendo a administração dos mesmos e estimulando a adesão do paciente ao tratamento.

Para Exclusão

- a) Eliminar da padronização os medicamentos e materiais que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional);
- b) Substituir medicamentos que têm outro, correspondente, com vantagens terapêuticas, de custo ou aquisição;
- c) Despadronizar medicamentos e materiais que, em período de tempo determinado, não apresentem consumo que justifique sua manutenção em estoque como padronizado.

## CAPÍTULO VII

### DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 20º - O trabalho será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão.



Art. 21º - Taxa de reuniões realizadas.

Art. 22º - O número de medicamentos/materiais incluídos e excluídos na padronização do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto, trimestralmente.

Taxa de reuniões realizadas =  $\frac{\text{n}^\circ \text{ de reuniões realizadas no período}}{\text{n}^\circ \text{ reuniões programadas no período}} \times 100$

Taxa de itens incluídos =  $\frac{\text{n}^\circ \text{ de itens incluídos no período}}{\text{n}^\circ \text{ de itens padronizados}} \times 100$

Elaboração: Jéssica Reis de Noronha (Farmacêutica)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	--

	<b>REGIMENTO INTERNO</b>				
	<b>COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)</b>				
	<b>POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO</b>				
Código: REL. CFT. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 07 de 07

Taxa de itens excluídos =  $\frac{\text{n}^\circ \text{ de itens excluídos no período}}{\text{n}^\circ \text{ de itens padronizados}} \times 100$

## CAPÍTULO VIII DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 23º - As reuniões serão realizadas bimestralmente, com agenda prévia para todo o ano. Quando necessário, podem ser convocadas reuniões extraordinárias.

Art. 24º - As decisões da comissão serão tomadas com a participação de um número mínimo de 4 membros, sendo necessário para a aprovação 50% + 1 dos votos.

Art. 25º - Todas as reuniões terão ata registrada, e posteriormente, no prazo de uma semana, enviada por meio eletrônico aos participantes da mesma, com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas.

Art. 26º - As solicitações de inclusão, exclusão e ou alteração de medicamentos e materiais da Relação de Medicamentos, Materiais e OPMES Padronizados deverão ser encaminhadas à Comissão através de formulário padrão.

Art. 27º - A critério da Comissão, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

Art. 28º - Uma vez emitido o parecer pela Comissão e homologado pela Direção Administrativa do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

## CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 29º - Toda e qualquer política interna relativa ao uso de medicamentos, inclusive os casos omissos serão deliberados pela referida Comissão.

Art. 30º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento serão dirimidas pelo Presidente da CFT ao Diretor Administrativo do Hospital.

Art. 31º - O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

Arujá, 30 de novembro de 2022.

REGIMENTO INTERNO			
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)		VERSÃO: 01	
FASE	DATA INÍCIO	FECHAMENTO	FUNCIONÁRIO
<b>ELABORAÇÃO</b>	21/11/2022	23/11/2022	Jéssica Reis de Noronha
<b>REVISÃO</b>	24/11/2022	25/11/2022	Ione das Gracias Martins Erculiani
<b>APROVAÇÃO</b>	28/11/2022	28/11/2022	Rogério Silva Barbosa
<b>PADRONIZAÇÃO</b>	29/11/2022	30/11/2022	CAA Consultoria



Elaboração: Jéssica Reis de Noronha (Farmacêutica)	Revisão: Ione das Gracias Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	--	--	---



# REGIMENTO INTERNO

## CGRSS



	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REL. CGRSS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 02 de 07

## CAPÍTULO I

### DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º – A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (CGRSS) do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto, vinculada, respectivamente, Diretoria Administrativa, Gerência Operacional e Coordenação Assistencial, tem por finalidade acompanhar e auxiliar o Gerenciamento de Resíduos, por meio da definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, RCD Nº 306/04 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e CONAMA Nº 358/05.

## CAPÍTULO II

### DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 2º – Esta Comissão está diretamente ligada à autoridade máxima da Instituição, gestão Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde - IBRAGAS, e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta.



## CAPÍTULO III

### DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º – Compete à CGRSS do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto:

- I - Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;
- II - Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- III - Desenvolver, juntamente com as Gerências Operacional e Assistencial, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;
- IV - Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde do PAM Barreto;
- V - Contribuir nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao Gerenciamento de Resíduos;
- VI - Trabalhar em conjunto com as Gerências Operacional e Assistencial, a atualização anual do PGRSS do PAM Barreto;

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	--

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REL. CGRSS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 03 de 07

- VII - Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- VIII - Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- IX - Auxiliar os diversos setores do PAM Barreto em todas as questões que envolvam o Gerenciamento de Resíduos;
- X - Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Gerência de Resíduos;
- XI - Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
- XII - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS do PAM Barreto e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS e demais normas do PAM Barreto.

#### CAPITULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º – A CGRSS será nomeada em portaria pela Diretoria Administrativa do PAM Barreto, para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, e composta pelos seguintes membros:

I – Enfermeiro (a) RT

II - Enfermeira do SCIH;

III - Líder do setor de Higienização;

IV - Líder do setor de Hotelaria;

V - Enfermeira CME;

VI – Demais integrantes, representando as diversas áreas da Instituição, indicados por suas respectivas chefias.



§ 1.º O Vice-presidente e Secretário da comissão serão eleitos por maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e terão mandato de dois anos, permitida a recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 2.º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a três reuniões consecutivas ou a seis alternadas em um período de um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 3.º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um Comunicado Interno (CI) e encaminhada ao presidente da comissão.

§ 4.º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo trinta dias.

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	--	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CGRSS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 04 de 07

§ 5.º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso este prazo expirar sem a indicação.

## CAPITULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º – São atribuições do presidente da CGRSS e do vice-presidente, nas ausências e impedimentos legais do presidente:

- I - Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II - Coordenar os trabalhos da comissão;
- III - Votar e emitir voto de qualidade, no caso de empate;
- IV - Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;
- V - Representar a CGRSS ou indicar representantes;
- VI - Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos;
- VII - Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
- VIII- Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- IX - Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º – São atribuições do secretário da comissão:

- I - Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- II - Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;
- III - Expedir ato de convocação, conforme indicação do presidente;
- IV - Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- V - Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
- VI - Auxiliar o presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- VII - Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
- VII - Elaborar os atos decorrentes das deliberações da comissão;
- VIII- Substituir o vice-presidente da comissão em suas ausências e impedimentos legais.

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	--

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REL. CGRSS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 05 de 07

Art. 7º – Compete aos integrantes da CGRSS:

- I - Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II - Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de quinze dias;
- III - Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues ao secretário da Comissão com antecedência mínima de doze horas da reunião;
- IV - Requisitar aos demais membros da comissão informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- V - Justificar ausência com antecedência;
- VI - Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- VII - Propor à presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;
- VIII - Auxiliar na implementação do PGRSS;
- IX - Substituir o secretário da Comissão nas ausências e impedimentos legais.

## CAPITULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º – A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

Art. 9º – A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes e as deliberações serão tomadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes à reunião.

Parágrafo único. Para alterações neste regimento, serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes.



Art. 10º – As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de quarenta e oito horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1.º A antecedência de quarenta e oito horas poderá ser abreviada para até vinte e quatro horas, em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2.º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos vinculados à sua apreciação.

§ 3.º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quórum”, em segunda chamada, a serem iniciadas após 15 (quinze) minutos do horário de início previsto.

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	--

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CGRSS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 06 de 07

§ 4.º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de “quórum”, uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 11º – De cada reunião será lavrada ata que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo presidente e assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 12º – Se houver quórum mínimo de integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a ata será considerada aprovada.

Art. 13º – Na ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I - Natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II - Os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III - O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

Art. 14º – Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.

§ 1.º O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária;

§ 2.º Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).



## CAPITULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15º – Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados, em grau de hierarquia, a Diretoria Administrativa, Gerência Operacional e Coordenação Assistencial.

Art. 16º – O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS.

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	--	--



	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO					
Código: REI. CGRSS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página: 07 de 07

Art. 17º – Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Arujá, 30 de novembro de 2022.

REGIMENTO INTERNO			
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)		VERSÃO: 01	
FASE	DATA INÍCIO	FECHAMENTO	FUNCIONÁRIO
<b>ELABORAÇÃO</b>	21/11/2022	23/11/2022	Roberta Alessandra Camilo
<b>REVISÃO</b>	24/11/2022	25/11/2022	Ione das Gracas Martins Erculiani
<b>APROVAÇÃO</b>	28/11/2022	28/11/2022	Rogério Silva
<b>PADRONIZAÇÃO</b>	29/11/2022	30/11/2022	CAA Consultoria

Elaboração: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	--	---	---



# REGIMENTO CH



## **CAPÍTULO I**

### **DA NATUREZA E FINALIDADE**

A Comissão de Humanização tem por finalidade definir nova cultura de humanização e melhorar a qualidade dispensada aos usuários desta instituição.

Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção, implantando novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.

Fortalecimento e articulação de todas as iniciativas de humanização e estimular a realização de parcerias e intercâmbios de conhecimentos e experiências nesta área.

## **CAPÍTULO II**

### **DA COMPOSIÇÃO**

A comissão é composta pelo:

Presidente;

Vice-presidente;

Secretário;

E demais membros da equipe.

## **CAPÍTULO III**

### **DA SELEÇÃO DOS MEMBROS**

O mandato deverá ser de acordo com a Resolução pertinente ou 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 a 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.

## **CAPÍTULO V**

### **DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO**

A Comissão de Humanização deverá ser constituída de maneira voluntária. A Comissão de Humanização do Posto de Atendimento Médico Parque Rodrigo Barreto – direcionada pela Instituto Brasileiro de Gestão e Assistência à Saúde - IBRAGAS, será um instrumento deliberativo constituído por uma equipe multidisciplinar, com gestão participativa, tendo como competência:

Apresentar, difundir, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização (PNH), com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário interno e externo.

## CAPÍTULO VI DAS REUNIÕES E ATAS

Deverão ocorrer reuniões mensais, com data e horário, previamente definidos em cronogramas.

A convocação das reuniões deverá ocorrer em 48 horas antes da data de realização das mesmas;

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

As reuniões deverão ser registradas em ATA como modelo padrão disponível no setor de Educação Permanente e arquivadas contendo: data e hora da mesma, nome, cargo, setor e assinatura dos membros presentes, e registro dos ausentes, decisões tomadas, planos de ações realizadas e a serem realizados. Caso não seja cumprido o cronograma de reuniões e justificativa deverá ser registrada em ATA comunicada a todos os membros com antecedência de no mínimo de 24 horas; para alteração do cronograma.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam, discussões emergentes e urgentes, podendo ser convocadas pela Diretoria Administrativa, Coordenação Assistencial e demais Gestores, pelo Presidente ou Vice-presidente. Deverão ser registradas em ATA. Somente poderão ocorrer reuniões, quer ordinária ou extraordinária, com a presença de seu Presidente ou Vice-presidente. Sempre relatar em ATA a justificativa do Presidente.

## CAPÍTULO VII DAS ATRIBUIÇÕES E PRAZOS

São atribuições da Comissão:

- o Garantir o cumprimento de suas resoluções e regimentos;
- o Elaborar o Regimento Interno;
- o Comunicar a Diretoria Administrativa, Coordenadora da Educação Permanente e Coordenação Assistencial, todas as reuniões, plano de ações, atividades e campanhas;
- o Estabelecer estratégias e mecanismo que tornem os serviços mais humanizados;
- o Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;
- o Buscar estratégias de comunicação e integração das atividades de humanização a serem desenvolvidos;
- o Promover o fluxo de propostas e deliberação das atividades de humanização a serem desenvolvidas;

- o Promover o fluxo de propostas e deliberação das atividades de humanização a serem propostas;
  - o Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
  - o Avaliar se os projetos propostos estão de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
  - o Estimular a participação da comunidade, usuários e funcionários nas ações de humanização dos serviços;
- As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos membros presentes ou indicadas pela Presidência da Comissão.

## CAPÍTULO VIII

### DAS ATRIBUIÇÕES DO PRESIDENTE E DEMAIS MEMBROS

São atribuições do Presidente:

- o Indicar seu Vice-presidente;
- o Presidir as reuniões;
- o Elaborar pautas para reunião;
- o Coordenar as atividades de promoção de humanização;
- o Fazer cumprir o cronograma de reuniões;
- o Representar a Comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- o Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, equipes interdisciplinares e Comitê previamente aprovados pelos membros deste;
- o Fazer cumprir este Manual;
- o Elaborar relatórios de prestações de contas mensal, registrando todas as atividades da Comissão de Humanização e seus respectivos indicadores, anexar cópia das ações realizadas com lista de presença e encaminhar à Coordenadora da Educação Permanente e Coordenadora Assistencial até o 5º dia de cada mês, via e-mail e cópia assinada pelo Presidente e Vice-presidente;
- o Alimentar indicadores e mantê-los atualizados;
- o Registrar em ATA a nomeação ou exclusão de algum membro ou presidente com carta de desligamento e encaminhar à Coordenadora da Educação Permanente;
- o Manter atualizado o Regimento da Comissão de Humanização, caso tenha mudança, encaminhar ato de designação/nomeação do novo membro à Diretoria Administrativa e Coordenação Assistencial;
- o Nas faltas e impedimentos legais do Presidente, assumirá seu vice;

São atribuições do Vice-presidente:

- o As atribuições do Vice serão assumir as atividades do Presidente na sua ausência.



Código: REL. HUM. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 24.01.2024	Página 05 de 05
-----------------------	-------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------

São atribuições e competência da Secretária da Comissão:

- o Convocar os membros e demais profissionais para reuniões e avisá-los sobre o possível cancelamento de reuniões;
- o Organização: Reserva do local para reunião: sala de reunião, Datashow, lista de presença e todo o material a ser usado na reunião;
- o Responsável por escrever a ATA de reunião e coletar as assinaturas;
- o Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- o Encaminhar as ATAS e Relatórios com as devidas assinaturas, convocação e lista de presença das reuniões à Coordenação da Educação Permanente para arquivo obrigatório;

São atribuições dos Membros da Comissão:

- o Comparecer às reuniões convocadas e realizar ações definidas pela Comissão e equipes multiprofissionais.

## CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Humanização, equipes multiprofissionais em conjunto com a Diretoria Administrativa e Coordenação Assistencial.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Arujá, 30 de novembro de 2022



REGIMENTO INTERNO			
COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR		VERSÃO: 01	
FASE	DATA INÍCIO	FECHAMENTO	FUNCIONÁRIO
ELABORAÇÃO	21/11/2022	23/11/2022	Jéssica Aparecida Souza Pires
REVISÃO	24/11/2022	25/11/2022	Ione das Graças Martins Erculiani
APROVAÇÃO	28/11/2022	28/11/2022	Rogério Silva Barbosa
PADRONIZAÇÃO	29/11/2022	30/11/2022	CAA Consultoria

Elaboração: Jéssica Aparecida Souza Pires (Psicóloga)	Revisão: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	--	---	---



# REGIMENTO CRO



	<b>REGIMENTO INTERNO</b>				
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO (CRO)</b>				
	<b>POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO</b>				
Código: REI. CRO. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 24.01.2024	Página: 02 de 05

## **CAPÍTULO I**

### **DA DENOMINAÇÃO**

A Comissão de Revisão de Óbitos do PAPRB, foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM Nº 2.171/2017.

## **CAPITULO II**

### **DA NATUREZA E FINALIDADE**

Importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares para o conhecimento das causas da morte e contribuição no aprimoramento da assistência à saúde.

A Comissão de Revisão de Óbitos é instância de caráter consultivo e de assessoria, vinculada a Diretoria Técnica e Diretoria Administrativa, cujas ações devem estar voltadas à investigação e análise sobre as causas de óbitos. Sua finalidade consiste em atender a resolução CFM Nº 2.171/2017, analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como qualidade de informações dos atestados de óbitos.

## **CAPITULO III**

### **COMPOSIÇÃO**

A composição mínima da comissão deverá ser de 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo e dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica e Administrativa, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

## **CAPITULO IV**



### **MANDATO**

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica.

Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da Instituição. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser informados através de Termo de Nomeação atualizado.

Elaboração: Adriano de Ávila Santos (Diretor Técnico)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	---	--	---



	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO (CRO)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REI. CRO. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 24.01.2024	Página: 03 de 05

## CAPITULO V

### FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar 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, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, 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 resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora dela, 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 poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assunto que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico ou pelo Presidente ou Vice-presidente.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Técnica.



## CAPITULO VI

### ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos do PAPRB:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- b) 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) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

Elaboração: Adriano de Ávila Santos (Diretor Técnico)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	---	--	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO (CRO)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REI. CRO. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 24.01.2024	Página: 04 de 05

- g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- i) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- k) Assessorar a Direção Técnica da Instituição em assuntos de sua competência;
- l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação da Educação Permanente;
- m) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- 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 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;

Elaboração: Adriano de Ávila Santos (Diretor Técnico)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	---	--	---

	<b>REGIMENTO INTERNO</b>				
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO (CRO)</b>				
	<b>POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO</b>				
Código: REI. CRO. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 24.01.2024	Página: 05 de 05

i) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

## CAPITULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o Diretor Técnico e Administrativo da Instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O presente regimento entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Arujá, 30 de novembro de 2022.

<b>REGIMENTO INTERNO</b>			
<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO (CRO)</b>		<b>VERSÃO: 01</b>	
<b>FASE</b>	<b>DATA INÍCIO</b>	<b>FECHAMENTO</b>	<b>FUNCIONÁRIO</b>
<b>ELABORAÇÃO</b>	21/11/2022	23/11/2022	Adriano de Ávila Santos
<b>REVISÃO</b>	24/11/2022	25/11/2022	Ione das Gracias Martins Erculiani
<b>APROVAÇÃO</b>	28/11/2022	28/11/2022	Rogério Silva Barbosa
<b>PADRONIZAÇÃO</b>	29/11/2022	30/11/2022	CAA Consultoria



Elaboração: Adriano de Ávila Santos (Diretor Técnico)	Revisão: Ione das Gracias Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	--	--	--



# REGIMENTO INTERNO

## CRP



	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REI. CRP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2023	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 24.01.2024	Página: 02 de 05

## CAPÍTULO I

### DA NATUREZA E FINALIDADE

Esta Comissão foi criada para atender a Resolução CFM n. 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

A Resolução 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.

A CRO é um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição, que deve:

1. Zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas subsidiando o ensino e a pesquisa;
2. Zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico;
3. Verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes;
4. Apreciar os resultados das diferentes condutas;
5. Analisar a eficiência do Serviço Médico;
6. Sugerir medidas para a melhoria do padrão;
7. Orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais;
8. Analisar impressos e sugerir modificações;
9. Levantar e propor parâmetros de resultados.


## CAPÍTULO II

### DA COMPOSIÇÃO

A composição da comissão deverá ser de:

- o Presidente;
- o Vice-presidente;
- o Secretário;
- o Membros Executores e Consultores.

Elaboração: Adriano de Ávila Santos (Diretor Técnico)	Revisão: Ione das Gracias Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REI. CRP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2023	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 24.01.2024	Página: 03 de 05

Os profissionais deverão ser representantes das seguintes categorias:

- o Divisão Médica;
- o Representante da Enfermagem;
- o Representante da Recepção;
- o Representante do Setor de Faturamento;
- o Representante da Administração;
- o Representante do SCIH.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser liberados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa da Unidade.

### CAPITULO III MANDATO

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Administrativa. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Diretoria Administrativa. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

### CAPITULO IV FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO


São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários:

I – Padronização da Documentação Necessária que formará o Prontuário, com recomendação de inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

II – 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 diagnosticas, 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;

Elaboração: Adriano de Ávila Santos (Diretor Técnico)	Revisão: Ione das Gracias Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REI. CRP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2023	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 24.01.2024	Página: 04 de 05

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição medica consignando data e hora;

d) Tipo de Alta.

III - Assessorar a Direção Técnica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Medica 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, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- 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 secretária da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões de acordo com modelo determinado pela Qualidade;
- 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 SAME (Serviço de Arquivo Medico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Elaboração: Adriano de Ávila Santos (Diretor Técnico)	Revisão: Ione das Gracias Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO PARQUE RODRIGO BARRETO				
Código: REI. CRP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2023	Nº de Revisão: 00	Data da Revisão: 24.01.2024	Página: 05 de 05

## CAPITULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O presente regimento entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Arujá, 30 de novembro de 2022.

REGIMENTO INTERNO			
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)		VERSÃO: 01	
FASE	DATA INÍCIO	FECHAMENTO	FUNCIONÁRIO
<b>ELABORAÇÃO</b>	21/11/2022	23/11/2022	Adriano de Ávila Santos
<b>REVISÃO</b>	24/11/2022	25/11/2022	Ione das Gracas Martins Erculiani
<b>APROVAÇÃO</b>	28/11/2022	28/11/2022	Rogério Silva Barbosa
<b>PADRONIZAÇÃO</b>	29/11/2022	30/11/2022	CAA Consultoria

Elaboração: Adriano de Ávila Santos (Diretor Técnico)	Revisão: Ione das Gracas Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
--	---	--	---







# REGIMENTO INTERNO

## NEPS



	REGIMENTO INTERNO			
	<b>NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)</b>			
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO				
Código: REI. NEPS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024
				Página: 02 de 05

## CAPÍTULO I

### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS do Posto de Atendimento Médico Barreto, encontra-se estruturado conforme Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

## CAPÍTULO II

### DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO



Art. 2º O Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS do Posto de Atendimento Médico Barreto terá composição multiprofissional, sendo um Presidente, um Vice-presidente e demais membros, nomeados pelas Gerências/Coordenadores, com o consentimento e designação do Diretor Administrativo:

- I. Presidência Educação Permanente
- II. Coordenação Assistencial
- III. Enfermeira SCIH
- IV. Encarregada Operacional
- V. Diretoria Médica
- VI. Enfermeira CME
- VII. Nutricionista
- VIII. Psicóloga
- IX. Assistente Social
- X. Técnico de Segurança do Trabalho
- XI. Farmacêutica
- XII. Enfermeira Assistencial
- XIII. Administrativo
- XIV. Comunicação

Art. 3º Os membros do NEPS que representam os seguimentos do Posto de Atendimento Médico Barreto, terão mandato de 2 (dois) anos, a contar da publicação deste em reunião, podendo ser prorrogado por igual período.

§1º Se necessária, a substituição de membros dar-se-á por indicação dos respectivos Gerentes/Coordenadores e/ou do Diretor Administrativo, para o tempo que restar do mandato.

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO			
	<b>NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)</b>			
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO				
Código: REI. NEPS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024
				Página: 03 de 05

§ 2º O NEPS contará com apoio de um secretário indicado por este Núcleo.

§ 3º A ausência de um membro do NEPS a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará na perda do mandato.

Art. 4º O NEPS reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, quando convocada pelo coordenador ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1º O NEPS reunir-se-á e apreciará os assuntos em pauta com a presença da maioria simples dos seus membros.

§ 2º As decisões tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas à reunião do NEPS para apreciação, na primeira sessão seguinte.

§ 3º As sugestões do NEPS serão sempre encaminhadas Superintendência Geral para apreciação.

Art. 5º A pauta será organizada com os expedientes apresentados para discussão e será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas.

Art. 6º Após o encerramento das discussões e levantamento de sugestões, essas serão lavrados em ata.

Art. 7º Serão admitidos, desde que acordado previamente, participantes convidados nas reuniões, profissionais da Equipe Multiprofissional, que possam enriquecer as discussões.

### CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º São atribuições do coordenador do NEPS, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Presidir suas reuniões;

II - Representar o NEPS em suas relações internas e externas;

III- Encaminhar ao NEPS assuntos que envolvam desenvolvimento e capacitação de pessoal;



IV- Receber e protocolar expedientes que envolvam as ações de capacitação;

V- Encaminhar, quando necessário, ao Diretor Administrativo e às Gerências/Coordenações, os expedientes recebidos e as sugestões apresentadas pelo NEPS;

VI - Participar e promover discussões relativas às atribuições do NEPS;

VII - indicar membros pertencentes ou não ao NEPS para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução de sua finalidade.

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO					
Código: REI. NEPS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024	Página: 04 de 05

Art. 9º Caberá aos membros do NEPS:

- I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas;
- II - Comparecer às reuniões e participar das discussões, apresentando sugestões;
- III - Executar tarefas acordadas previamente;
- IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes às suas atribuições.

Art. 10º Caberá ao secretário do NEPS:



- I - Organizar a pauta;
- II - Receber e protocolar os expedientes;
- III - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos expedientes que devam ser examinados nas reuniões do NEPS;
- IV - Lavrar e assinar as atas de reuniões do NEPS;
- V - Providenciar a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões.

#### CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11º Compete ao NEPS:

- I. Realizar, semestralmente, nos setores/unidades do Posto de Atendimento Médico Barreto, o Levantamento das Necessidades de Treinamento (LNT), junto aos profissionais, coordenadores e gerências;
- II. Propor ações de Educação Permanente no contexto da gestão do cuidado, a serem implementadas no NEPS;
- III. Apreciar as propostas de ações de capacitação a ser implementadas no calendário de eventos do Posto de Atendimento Médico Barreto;
- IV. Analisar as solicitações emergenciais de capacitação a serem implementadas, solicitadas pelos setores/divisões/unidades;
- V. Acompanhar e contribuir com as ações de capacitações promovidas no Posto de Atendimento Médico Barreto, avaliando sua eficácia e efetividade;

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	<b>REGIMENTO INTERNO</b>				
	<b>NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)</b>				
	<b>POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO</b>				
Código: REI. NEPS. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024	Página: 05 de 05

VI. Incentivar o cumprimento das metas de participação pelos colaboradores, relacionadas à participação em capacitações, onde os Coordenadores das Áreas serão responsáveis em encaminhar e organizar a participação de seus colaboradores;

VII. Articular e sistematizar dados relativos aos treinamentos realizados;

VIII. Articular parcerias com a sociedade civil organizada, escolas do governo, entidades privadas, instituições de ensino e/ou empresas de prestação de serviços de desenvolvimento de pessoal, fornecedores de equipamentos que possuem contratos com Posto de Atendimento Médico Barreto, docentes servidores públicos ou pessoa física contratada para ministrar cu/palestras, observada a legislação vigente.

## CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O presente regimento entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Arujá, 30 de novembro de 2022.

<b>REGIMENTO INTERNO</b>			
<b>NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)</b>		<b>VERSÃO: 01</b>	
<b>FASE</b>	<b>DATA INÍCIO</b>	<b>FECHAMENTO</b>	<b>FUNCIONÁRIO</b>
<b>ELABORAÇÃO</b>	21/11/2022	23/11/2022	Ione das Graças Martins
<b>REVISÃO</b>	24/11/2022	25/11/2022	Roberta Alessandra Camilo
<b>APROVAÇÃO</b>	28/11/2022	28/11/2022	Rogério Silva Barbosa
<b>PADRONIZAÇÃO</b>	29/11/2022	30/11/2022	CAA Consultoria

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---





Código: REI. NSP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024	Página: 01 de 06
-----------------------	-------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------------------	------------------

# REGIMENTO INTERNO

## NSP



Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO					
Código: REI. NSP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024	Página: 02 de 06

## CAPÍTULO I

### DA NATUREZA E FINALIDADE

O tema “Segurança do Paciente” vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desde sua criação, cooperando com a missão da vigilância sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado. Entre as regulamentações criadas pela ANVISA no tema, merece destaque a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. A RDC estabelece a obrigatoriedade de implantação do NSP em serviços de saúde.

O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do PSP.

Ainda em 2013, foi publicada a RDC nº. 53, de 14 de novembro de 2013, que alterou o artigo 12 da RDC nº. 36/2013, prorrogando os prazos para a estruturação dos NSP, elaboração do PSP e notificação mensal dos EA, contados a partir da data da publicação da norma.

Segundo a RDC nº. 36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação, de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.



Um dos objetivos específicos do PNSP é promover e apoiar a implementação, de iniciativas voltadas, à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSP nos estabelecimentos de saúde.

É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. Isto é, o paciente necessita estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido.

Ainda, consiste em tarefa do NSP, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente.

O NSP deve ser instituído nos serviços de saúde com o intuito de ser uma instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO					
Código: REI. NSP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024	Página: 03 de 06

## CAPÍTULO II

### PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde:

- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

## CAPÍTULO III

### FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

O funcionamento dos NSP nos serviços abrangidos por essa RDC é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária local (municipal, distrital ou estadual) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes. Segundo o artigo 13 da RDC nº. 36/20137, a não estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária, e nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 197711, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis. O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança.

## CAPÍTULO IV

### DAS COMPETÊNCIAS



De acordo com a RDC nº. 36/2013, as competências do NSP são descritas a seguir.

- o Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores:
- o Os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do MS correspondem às metas internacionais de segurança do paciente.

São instrumentos baseados em evidências científicas e podem contribuir fortemente para tornar o processo de cuidado mais seguro por meio da utilização dos fluxos, procedimentos e indicadores propostos para cada processo. Para subsidiar os profissionais do NSP, foram disponibilizados os protocolos que abordam os seguintes

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---



	REGIMENTO INTERNO				
	<b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO				
Código: REI. NSP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024	Página: 04 de 06

temas: higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera (lesão) por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.



- o Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- o O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.
- o Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP;
- o A elaboração do plano deve observar o que está descrito na RDC 36/20137 e as evidências científicas que colaboram as práticas de segurança e informações existentes da própria instituição sobre riscos e perigos. O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

## CAPÍTULO V ORIENTAÇÕES GERAIS

Toda e qualquer alteração deve ser divulgada no serviço de saúde, conforme orientação abaixo:



- o Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;
  - o A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que:
    - o Existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias;
    - o Houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.
  - o Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde;
  - o Trabalhar na prevenção, detecção precoce e mitigação de EA com ênfase na prevenção de eventos que nunca devem ocorrer em serviços de saúde, ou seja, NeverEvents;
- Tais eventos não devem ocorrer devido à sua gravidade e pela existência de inúmeras evidências quanto à sua evitabilidade;
- o Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para avaliação dos fatores contribuintes e das causas associadas à ocorrência de EA;
  - o A metodologia de identificação do risco pode ser prospectiva (sem necessariamente ter ocorrido algum incidente), em tempo real (quando se identifica o risco durante o processo de trabalho que pode causar dano) ou retrospectivo (depois que ocorreu algum incidente);

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)</b>				
POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO					
Código: REI. NSP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024	Página: 05 de 06

- o Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas;
  - o Conhecer o processo de cuidado de forma a permitir a identificação de pontos críticos e o redesenho desses processos; objetivando a prevenção, ou a detecção precoce ou a mitigação de erros. Exemplificando, um ponto crítico bem conhecido é o controle de medicamentos de alta vigilância. Novos problemas derivados da realidade local podem surgir (por incorporação de uma nova tecnologia) e o NSP deve estar preparado para tal;
  - o Acompanhar as ações vinculadas ao PSP;
  - o Caberá ao NSP realizar o monitoramento das ações instituídas no plano, bem como dos indicadores sugeridos nos protocolos (indicadores de processo e de resultado);
  - o Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
  - o Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
  - o O NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA 20.
  - o Analisar e avaliar os dados sobre incidentes decorrentes da prestação do serviço de saúde;
  - o A notificação ao SNVS pelos NSP foi à forma encontrada pelo PNSP para a captação de informações sobre a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde no país;
- No entanto, ressalta-se que uma única fonte de monitoramento e avaliação não é aconselhável. O sistema de informação não é um fim em si mesmo. São necessários mecanismos de captação de informação, como busca ativa em prontuários, walkrounds, auditoria da qualidade e outras. A adoção de um ou mais desses mecanismos deve ser compatível com a infraestrutura e o amadurecimento institucional sobre o tema;
- o Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes relacionados à assistência à saúde decorrentes da prestação do serviço de saúde;
  - o O NSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação e dos outros mecanismos de captação de informação. Essas informações devem ser discutidas no âmbito das equipes de saúde e instâncias de gestão (alta direção, corpo clínico e comissões), servindo ao redesenho de processos de cuidado, à identificação de necessidades de intervenção e ao aprendizado coletivo;

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---

	REGIMENTO INTERNO				
	<b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)</b>				
	POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO BARRETO				
Código: REI. NSP. 001	Versão: 1.0	Data de Emissão: 30.11.2022	Nº de Revisão: 00	Data da Próxima Revisão: 23.01.2024	Página: 06 de 06

- o Notificar ao SNVS os EA decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- o Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os incidentes relacionados à assistência à saúde sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados;
- o O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NotVisa) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da Anvisa [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde;
- o Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EA;
- o Se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês, ausência de EA naquele estabelecimento; neste caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;
- o Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente;
- o Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

## CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES GERAIS


Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O presente regimento entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Arujá, 30 de novembro de 2022.

REGIMENTO INTERNO			
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)		VERSÃO: 01	
FASE	DATA INÍCIO	FECHAMENTO	FUNCIONÁRIO
<b>ELABORAÇÃO</b>	21/11/2022	23/11/2022	Ione das Graças Martins
<b>REVISÃO</b>	24/11/2022	25/11/2022	Roberta Alessandra Camilo
<b>APROVAÇÃO</b>	28/11/2022	28/11/2022	Rogério Silva Barbosa
<b>PADRONIZAÇÃO</b>	29/11/2022	30/11/2022	CAA Consultoria

Elaboração: Ione das Graças Martins Erculiani (Coordenadora Assistencial)	Revisão: Roberta Alessandra Camilo Valentim (Enfermeira SCIH)	Aprovação: Rogério Silva Barbosa (Diretor Administrativo)	Padronização: Assessoria de Gestão da Qualidade (CAA Consultoria)
---	---	---	---



**ANEXO 3**  
HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

## HOMENAGEM AOS ANIVERSARIANTES DO MÊS

*Recebam nossos votos de feliz aniversário carregados de carinho. Parabéns, muitas felicidades e muitos anos de vida com saúde, paz e amor à todos os aniversariantes do mês de **Novembro!***







## DIA MUNDIAL DO DIABETES

O Dia Mundial da Diabetes é comemorado desde 1991, em 14 de novembro, data de aniversário de Sir Frederick Banting, codescobridor da insulina, juntamente com Charles Best.

O tema adotado para as campanhas dos anos de 2021 a 2023 é “Acesso aos Cuidados da Diabetes”.

Globalmente, estima-se que 422 milhões de adultos viviam com diabetes em 2014, em comparação com 108 milhões em 1980. A prevalência global de diabetes quase dobrou desde 1980, passando de 4,7% para 8,5% na população adulta. Isso reflete um aumento nos fatores de risco associados, como sobrepeso ou obesidade.

Novos números da 10ª edição do Atlas de Diabetes da International Diabetes Federation (IDF) revelam que 537 milhões de adultos em todo o mundo vivem com a doença, mostrando um aumento global contínuo na sua prevalência e confirmando o diabetes como um desafio global significativo para a saúde e o bem-estar de indivíduos, famílias e sociedades.

### Tipos:

- **Tipo 1:** causado pela destruição das células produtoras de insulina, em decorrência de defeito do sistema imunológico em que os anticorpos atacam as células que produzem a insulina. Ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos.
- **Tipo 2:** resulta da resistência à insulina e de deficiência na sua secreção. Ocorre em cerca de 90% dos diabéticos.
- **Diabetes Gestacional:** é a diminuição da tolerância à glicose, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Sua causa exata ainda não é conhecida.
- **Outros tipos:** são decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de medicamentos.



Podem ser: defeitos genéticos da função da célula beta; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas (pancreatite, neoplasia, hemocromatose, fibrose cística, etc.); induzidos por drogas ou produtos químicos (diuréticos, corticoides, betabloqueadores, contraceptivos, etc.).

**CONSCIENTIZAÇÃO: PALESTRA - DIA MUNDIAL DO DIABETES – RECEPÇÃO**



14 de Novembro

# Dia Mundial do Diabetes

Todo cuidado começa na prevenção.

NOVEMBRO\*  
AZUL

IBRAGAS PAM-BARRET

The poster features a blue background with a grid pattern. At the top, it says '14 de Novembro'. Below that, 'Dia Mundial do Diabetes' is written in large white letters, followed by the slogan 'Todo cuidado começa na prevenção.' Two circular inset photos show a woman in a pink shirt and a man in a dark suit holding a certificate, with a banner in the background that reads 'NOVEMBRO\* AZUL'. A large image on the right shows a hand holding a blue glucometer displaying '105 mg/dL'.

14 de Novembro

# Dia Mundial do Diabetes

Todo cuidado começa na prevenção.



## ***IDENTIDADE IBRAGAS***



***Excelência na atenção à saúde!***