VOLUME 1
PROPOSTA TÉCNICA

PROPOSTA TÉCNICA PARA GERENCIAR, OPERACIONALIZAR E EXECUTAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL DA CRIANÇA DR. JOSÉ MACHADO SOUZA, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025 -SES/SE – PROCESSO Nº 41158/ 2025

OPERADOR NACIONAL DO REGISTRO DE TITULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DAS PESSOAS JURIDICAS

CNPJ: 51.366.708/0001-00

Endereço: SCS Q.8, bl B50, sala 303 Venâncio Shopping - Asa Sul, Brasília/DF

CEP: 70333-900

Central ONRTDPJ

Nº Protocolo: 20250409203710428

Data de Envio: 09/04/2025

Cartório Registrador

OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DA COMARCA DE TUPÃ

Rua Piratinins 503 Esquina com Rua Guaranis, Centro 17600-100, Tupã / SP (CNPJ/CPF: 51.507.101/0001-94 Razão Social/Nome: Tupã Cartório de Registro de Imóveis e Anexos Email: regimoveiscnpj@terra.com.br Inscrição Municipal: 01941260)

CNPJ: 51.507.101/0001-94

Telefone: (14) 3404-3030

Apresentante			
Nome	Rubens Sinsei Tanabe	Documento	93290578887
Endereço	Dom Pedro II 162 Centro 17650-000, Herculândia / SP (CNPJ/CPF: 932.905.788-87 Razão Social/Nome: Rubens Sinsei Tanabe Email: rubenstanabe@gmail.com Inscrição Municipal: 000)		
Estado	SP	Cidade	Herculândia
E-mail	rubenstanabe@gmail.com	Telefone	(16) 99109-6997
Informações adicionais			
Ata do Conselho de Administração autorizando a participação no Chamamento Público 001/2025 da SES/SE			
Detalhes do documento			
Status do documento	Orçamento Pedido em andamento		
Id Documento	novo documento.pdf	Data Análise Cartório	09/04/2025
Nº do Pedido	20250409203710428	Data de Pagamento	
Nº do Registro		Data de Registro	
Detalhes do Pedido			
Nº do Registro	Cartório Registrador		Valor
	Registro (digitalização)		
	Taxa de entrega		
		Total	**R$ 0,00**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quinta-feira, 10 de abril de 2025 11:41:42 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

ONRTDPJ
Operador Nacional do Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas

SCS Q.8, bl B50, sala 303
Venâncio Shopping - Asa Sul, Brasília/DF - CEP 70333-900

@centralonrtdpj

+55 61 98377-7353

atendimento@onrtdpj.org.br (mailto:atendimento@onrtdpj.org.br)
atendimento.cartorio@onrtdpj.org.br
(mailto:atendimento.cartorio@onrtdpj.org.br)

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quinta-feira, 10 de abril de 2025 11:41:42 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

1 B

[redacted]

ILUSTRÍSSIMO SENHOR OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE TUPÃ/SP

RUBENS SINSEI TANABE, portador do RG nº 8.711.319-3 e CPF/MF nº 932.905.788-87, residente e domiciliado na Avenida Com. Antônio Paiva Sampaio, nº 418, Parque Vitória, São Paulo/SP – CEP 02.269-000, na qualidade de Presidente do Conselho de Administração do Hospital Beneficente São José de Herculândia, inscrito no CNPJ sob o nº 72.551.799/0001-15, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência requerer o registro da Reunião Extraordinária do Conselho de Administração, realizada para aprovação do Plano de Trabalho, custeio e minuta contratual referente ao Chamamento Público nº 001/2025-SES/SE. Dessa forma, o referido chamamento tem por objeto a seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão, com vistas ao gerenciamento, à operacionalização e à execução das ações e serviços de saúde no **Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza**.

Presidente

[redacted]

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quinta-feira, 10 de abril de 2025 11:41:42 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

I-C

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

HOSPITAL BENEFICENTE SÃO JOSÉ DE HERCULÂNDIA, representada por seu Presidente, nos termos do art. 16, do Estatuto Social, convoca os interessados nas atividades da associação, bem como da comunidade para a reunião extraordinária que se realizar no dia 07 de abril 2025, com primeira chamada para as 09h00, segunda chamada as 09h30, no endereço Rua Dom Pedro II, nº 162, na cidade de Herculândia, para deliberarem sobre seguintes assuntos:

a) Definição e aprovar trabalho **Plano de Custeio, Trabalho e minuta contratual do Chamamento Público nº 001/2025-SES/SE**
b) Demais assuntos pertinentes a associação.

Herculândia, 03 de abril 2025

Presidente

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quinta-feira, 10 de abril de 2025 11:41:42 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA

Aos sete dias do mês de abril de dois mil e vinte e cinco (07/04/2025), às 09h00min em primeira chamada e às 09h30min em segunda chamada, reuniu-se, conforme edital de convocação previamente publicado e lista de presença anexa, no endereço situado na Rua Dom Pedro II, nº 162, Herculândia/SP, CEP 17650-000, o Conselho de Administração, sob a presidência do **Sr. Rubens Sinsei Tanabe**. Verificado o quórum regimental, o presidente convocou para secretariar a reunião o **Sr. Hélio Menezes Venturin**, que aceitou a função e procedeu com os registros necessários. Dando início aos trabalhos, passou-se à leitura da ordem do dia, cujo objeto foi a análise e aprovação do Proposta de Trabalho referente ao Chamamento Público nº 001/2025-SES/SE. O Conselho procedeu com a avaliação detalhada do referido plano, elaborado pela Organização Social, verificando-se que este atende integralmente aos requisitos exigidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Foi constatado que o modelo de gestão proposto contempla metas operacionais voltadas à melhoria da eficiência e qualidade dos serviços prestados, além de contemplar os aspectos econômico-financeiros, operacionais e administrativos de forma adequada. Os prazos e formas de execução foram considerados corretos, assim como os indicadores de desempenho, qualidade, produtividade, sustentabilidade econômica e expansão dos serviços. Diante da análise realizada e não havendo manifestação contrária, o Proposta de Trabalho foi aprovado por unanimidade pelos presentes, sendo deliberado e aprovado participação da Organização Social no Chamamento Público nº 001/2025-SES/SE. Após detida análise do teor da referida minuta contratual, que detalha as obrigações, responsabilidades e metas a serem observadas na execução do Proposta de Trabalho previamente aprovado, o Conselho de Administração deliberou sobre sua adequação aos interesses da Organização Social e à legislação pertinente. Em face do exposto e não havendo quaisquer objeções ou ressalvas apresentadas pelos conselheiros, a minuta do Contrato de Gestão foi aprovada por unanimidade pelos membros presentes. Outrossim, restou expressamente deliberado e aprovado que, em sendo a Organização Social declarada vencedora no Chamamento Público nº 001/2025-SES/SE, fica autorizado a proceder com a assinatura do Contrato de Gestão, nos termos da minuta. Na sequência, o Presidente apresentou para conhecimento e análise o Plano de Custeio referente à execução do Proposta de Trabalho aprovado para o Chamamento Público nº 001/2025-SES/SE. O referido plano detalha as projeções de receitas e despesas necessárias para a consecução das metas e objetivos propostos, abrangendo os aspectos financeiros, operacionais e administrativos. Após exame minucioso do Plano de Custeio, o Conselho de Administração reconheceu a sua compatibilidade com o Proposta de Trabalho e sua adequação aos princípios da economicidade e eficiência na gestão dos recursos. Não havendo manifestações contrárias, o Plano de Custeio foi aprovado por unanimidade pelos presentes, sendo considerado parte integrante da estratégia de participação da Organização Social no referido Chamamento Público. Nada mais havendo a tratar, a presente ata foi lavrada e, após lida e aprovada, segue assinada pelos presentes.

JULIANO APARECIDO FIDELIS
DIRETOR PRESIDENTE

RUBENS SINSEI TANABE
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Scanned with CamScanner

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quinta-feira, 10 de abril de 2025 11:41:42 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

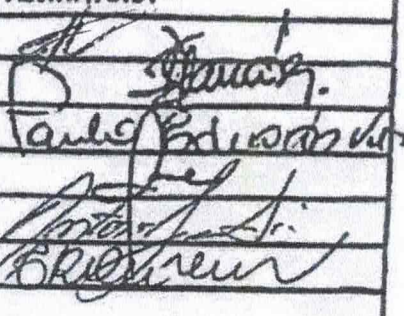
LISTA DE PRESENÇA

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA: 07/04/2025

EDITAL DE CONVOCAÇÃO: 03/04/2025

Primeira chamada: 09h00 min

Segunda chamada: 09h30 min

NOME	CPF	ASSINATURA
Ricardo Mesquita	163.861.098-06	
Rubens Sinsei Tanabe	932.905.788-87	
Paulo Eduardo Venturin	132.967.418-95	
Roselene Silva	061.242.458-84	
Antonio Ferreira dos Santos	586.583.358-87	
Cleber Ricardo de Oliveira	166.687.218-00	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quinta-feira, 10 de abril de 2025 11:41:42 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

SUMÁRIO

TÍTULO 8

APRESENTAÇÃO 8

1. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DAS UNIDADES (F1) . 12

1.1 MODELO GERENCIAL 12

1.1.1 A caracterização do modelo gerencial que será implantado 12

1.1.1.1 Modo de Fazer a Gestão 12

1.1.1.2 Caracterização do Modelo Gerencial 15

1.1.2 As estratégias que serão adotadas para o sucesso da implantação do modelo, considerando o impacto da mudança de paradigma do atual modelo existente, a mudança de clima e cultura organizacional, a gestão de pessoal, a melhoria na eficiência, eficácia e efetividade.....25

1.1.2.1 Mudança de Paradigma do Modelo Existente 45

1.1.3 Os modelos e certificações de qualidade que serão implantados 58

1.1.4 Os indicadores de impacto propostos pela instituição 66

1.1.5 A descrição sumária das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial adotados pela instituição 75

1.1.6 Modelo de relacionamento entre o parceiro privado e Secretaria de Estado de Saúde.....82

1.1.7 Limites de responsabilidades, considerando o objeto de negócio, que a instituição proponente demonstra estar disposta a assumir no processo de publicização 84

1.1.8 Descrição do funcionamento do modelo de regulação assistencial.....86

1.1.9 Descrição de como será gerenciado o transporte inter-hospitalar dos pacientes da Unidade.....89

1.1.10 Cronograma com prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto 93

1.1.11 Descrição do modelo de gestão da informação, informando as tecnologias da informação que serão alocadas na Unidade 93

1.1.12 Descrição de modelo de gerenciamento eletrônico de prontuários e sua relação com os sistemas de informação do SUS, em especial, o Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SAI.....95

1.1.13 Descrição da Organização de Serviços - serviços assistenciais, diferentes clínicas, atividades de urgência/emergência, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT, centro cirúrgico, UTI, unidade de internação (enfermarias).....96

1.1.13.1 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DAS UNIDADES.96

1.1.13.1.1 Unidade de Internação Clínica 97
1.1.13.1.2 Unidade de Internação Cirúrgica 100
1.1.13.1.3 Unidade de Cuidados Intermediários 103
1.1.13.1.4 Unidade Ambulatorial 107
1.1.13.1.5 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) 111
1.1.13.1.6 Centro Cirúrgico para Cirurgias de Urgência/ Emergência em Pediatria 113
1.1.13.1.7 Central de Material Esterilizado (CME) 115
1.1.13.1.8 Unidade de Pronto Socorro (PS) 119
1.1.13.1.9 Sala de Solicitação, Recebimento, Registro e Controle Documental de Hemoderivados 134
1.1.13.1.9 Classificação Internacional de Doenças e Outras Afecções Relacionadas à Saúde – CIDOT 134
1.14 Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais e a carga horária de trabalho, por perfil de profissional. Neste tópico, solicita-se um quadro resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar na Unidade, que estejam ou não contratados, e com a expressão da carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o enunciado do horário de trabalho 140
1.15 Descrição do sistema de qualificação profissional: treinamento, capacitação, educação em saúde 143
1.16 Descrição dos critérios de remuneração direta e indireta, identificação pessoal e uniformização dos recursos humanos 148
1.17 Poderão ser acrescidas informações importantes não abordadas nos itens anteriores ou outras iniciativas e programas de qualidade que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Nesse caso, deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto etc. 149
1.2 IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS 150
1.2.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, não restritas e externas 150
1.2.2 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados 151
1.2.3 Fluxo unidirecional para roupas 156
1.2.4 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde 162
1.3 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 170
1.3.1 Proposta para Regimento Interno do Hospital 170
1.3.2 Proposta para Regimento do Corpo Clínico 183
1.3.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem 200

1.3.4 Proposta de implantação de serviços de registros eletrônico de atividades assistenciais da unidade *222*

1.3.5 Proposta de integração gerencial das unidades *226*

1.4 Implantação dos Processos 230

1.4.1 Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos *230*

1.4.2 Proposta de manual de rotinas para administração financeira *250*

1.4.3 Proposta de manual de rotinas administrativas para o almoxarifado e patrimônio *260*

2. QUALIDADE OBJETIVA (F2) 269

2.1 Comissões 269

2.1.1 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários *269*

2.1.2 Comissão de Verificação de Óbitos *276*

2.1.3 Comissão de Ética Médica *285*

2.1.4 Comissão de Ética em Enfermagem *295*

2.1.5 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar *305*

2.1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes *318*

2.1.7 Serviço de Engenharia, Medicina e Segurança no Trabalho *326*

2.1.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica *331*

2.1.9 Comissão de Resíduo de Serviços de Saúde *333*

2.1.9.1 Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde ... *334*

2.1.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente *336*

2.1.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar *350*

2.1.12 Núcleo Interno de Regulação *353*

2.1.13 Outras Comissões *355*

2.1.13.1 Comissão de Documentação Médica e Estatística – CDME 355

2.2 Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco: equipe necessária a sistemática de trabalho, horário de funcionamento 356

2.3 Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil das unidades. Caso o protocolo não tenha sido elaborado pelo proponente, deverá ser apresentada declaração de profissional médico e de enfermeiro que os protocolos atendem ao perfil das unidades 363

2.4 Outras iniciativas e programas de QUALIDADE que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Neste caso, deve-se apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto etc. 363

3. F3. QUALIDADE SUBJETIVA 369

3.1 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO AO PASSAR PELA UNIDADE DE SAÚDE 369

3.1.1 Como estruturará a Informação aos usuários (usuários e familiares) acerca do processo de Atenção, tanto em aspectos prévios (em quantos serviços implantará o consentimento informado) e, especialmente, a informação durante o processo de atenção (lugares onde se efetuará a informação; horários e frequência da informação, para cada uma das Clínicas). 369

3.1.2 Como pesquisará a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas 378

3.1.3 Políticas de Humanização: como desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para Gestão de leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros..... 385

4. F4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA 387

4.1 CONTRATO DE GESTÃO COM O PODER PÚBLICO DE UNIDADES HOSPITALARES 387

4.1.1 Até 1 ano de contrato firmado ou executado..... 387

4.1.2 De 2 a 3 anos de contrato firmado ou executado..... 387

4.1.3 Mais de 3 anos de contrato firmado ou executado 387

4.2 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 387

4.2.1 Experiência em gestão de UPA PORTE I com mais de 1 ano de contrato firmado ou executado 387

4.3 ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE 388

4.3.1 Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva 388

4.3.2 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 388

4.4 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS 397

4.4.1 Descrição da organização das diferentes clínicas 397

4.4.2 Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade 397

4.4.3 Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso). 404

4.4.4 Especialmente descrever as unidades de salas de Cirurgia; Urgências e Ambulatórios 406

4.4.5 Descrição da organização das unidades de Internação (enfermaria)..... 408

4.4.6 Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde. *410*

4.4.7 Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra–Referência com a Atenção Primária e com outros hospital *410*

4.5 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS 413

4.5.1 A organização de serviços administrativos, financeiros e gerais, o ente interessado deverá apresentar, entre outras, as seguintes informações: descrição de funcionamento do serviço, bem como horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com a unidade. *413*

4.6 RESPONSABILIDADE SOCIAL 446

4.6.1 Ações de responsabilidade social a ser desenvolvida pela proponente. *446*

5.7 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS 448

5.7.1 Na organização dos Recursos Humanos, a organização social interessada deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de cada profissional e a forma de contratação, esclarecendo se será celetista, por pessoa jurídica interposta ou terceirizado, inclusive apresentando as políticas de gestão de recursos humanos e proposta de regulamento próprio de seleção e contratação de pessoal *448*

5. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS (F5) 462

5.1 ALOCAÇÃO POR TIPO DE DESPESA 462

5.2 ALOCAÇÃO PARA ATIVIDADE DE QUALIDADE E SEGURANÇA 462

6. METODOLOGIA DA PROPOSTA (F6) 463

ANEXOS

ANEXO 1 - MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

ANEXO 2 **-** CONTRATO DE GESTÃO COM O PODER PÚBLICO DE UNIDADES HOSPITALARES: ATÉ 1 ANO DE CONTRATO FIRMADO OU EXECUTADO

ANEXO 3 **-** CONTRATO DE GESTÃO COM O PODER PÚBLICO DE UNIDADES HOSPITALARES: DE 2 A 3 ANOS DE CONTRATO FIRMADO OU EXECUTADO

ANEXO 4 **-** CONTRATO DE GESTÃO COM O PODER PÚBLICO DE UNIDADES HOSPITALARES: MAIS DE 3 ANOS DE CONTRATO FIRMADO OU EXECUTADO

ANEXO 5 **-** EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UPA PORTE I COM MAIS DE 1 ANO DE CONTRATO FIRMADO OU EXECUTADO

ANEXO 6 - COMPROVAÇÃO, PELOS PROFISSIONAIS COMPONENTES DA ESTRUTURA DIRETIVA, DIRETORIA GERAL,

TÉCNICA, ADMINISTRATIVA/FINANCEIRA, ASSISTENCIAL/GERÊNCIA DE ENFERMAGEM, DE TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITAL OU SAÚDE COLETIVA

ANEXO 7 – PLANILHA DE DIMENSIONAMENTO DE RH

ANEXO 8 - PROPOSTA FINANCEIRA

TÍTULO

PROPOSTA TÉCNICA PARA GERENCIAR, OPERACIONALIZAR E EXECUTAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL DA CRIANÇA DR. JOSÉ MACHADO SOUZA, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025 -SES/SE – PROCESSO Nº 41158/ 2025

TIPO: MELHOR TÉCNICA E PREÇO, E SEUS ANEXOS

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta proposta técnica é apresentar o modelo de gestão do Sociedade Beneficente São José (SNSJ) para o gerenciamento, operacionalização, e execução de atividades e serviços de saúde no HOSPITAL DA CRIANÇA DR. JOSE MACHADO SOUZA (HOSPITAL DA CRIANÇA DR JOSÉ MACHADO SOUZA), localizado a Rua: Recife, 271 – Bairro: José Conrado de Araujo- Aracaju/Sergipe – CEP: 49085-310, em conformidade com o Edital de Chamamento Público Nº 001/2025-SES/SE.

Ao longo deste projeto, apresentamos um conjunto de elementos necessários e suficientes para caracterizar, com precisão adequada, o perfil da unidade e o trabalho técnico e gerencial proposto no objeto da seleção, com base nas diretrizes e estudos preliminares fornecidos no Edital. A proposta também demonstra a viabilidade técnica da execução das atividades, incluindo uma estimativa detalhada das despesas, além de definir claramente os métodos e prazos para sua implementação.

A proposta é apresentada de forma objetiva e clara, destacando os benefícios econômicos, as adequações nos serviços, a implementação de novos serviços e ou projetos e os impactos sociais esperados para a comunidade. Além disso, são evidenciados os resultados a serem alcançados com a execução das atividades propostas.

INFORMAÇÕES CADASTRAIS SBSJ

Sociedade Beneficente São José

CNPJ: 72.551.599/0001-15

Atividade Econômica Principal: Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Endereço: Rua Dom Pedro II, 162, Centro, Herculândia-SP, CEP 17650-000

APRESENTAÇÃO SBSJ

Em 15 de maio de 1958, foi fundada a Sociedade Beneficente São José de Herculândia, uma instituição dedicada à prestação de serviços sociais e humanitários. Desde 1970, sua administração está sob a responsabilidade das Irmãs Missionárias de Nossa Senhora de Fátima, cuja atuação se alicerça em sólidos valores, como confiabilidade, ética, excelência, geração de conhecimento, respeito, responsabilidade social e transparência.

Esses princípios orientam a relação da instituição com a sociedade civil, consolidando seu compromisso com a promoção do bem-estar coletivo e a construção de um legado de confiança e impacto positivo na comunidade.

Nessa perspectiva, o compromisso da organização social em oferecer serviços de excelência à comunidade levou à formação de uma equipe multidisciplinar altamente qualificada. Cada profissional desempenha um papel essencial na garantia de um atendimento eficiente, humanizado e integral.

Entre os membros da equipe destacam-se o Administrador Hospitalar, responsável pela gestão estratégica e operacional das atividades, o Biomédico, que assegura a qualidade dos procedimentos laboratoriais, e o Assistente Social, que promove a integração entre os pacientes e os serviços disponíveis.

Os Psicólogos atuam no suporte emocional e mental dos pacientes, enquanto os Médicos garantem atendimento contínuo e especializado. A equipe de Enfermagem, composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares, é indispensável para o cuidado direto aos pacientes, assegurando práticas seguras e eficazes.

Complementam a estrutura profissionais como o Nutricionista, que desenvolve planos alimentares personalizados, Cozinheiras, que asseguram refeições balanceadas, e Faxineiras, responsáveis por manter um ambiente limpo e seguro.

Além disso, os Recepcionistas garantem um atendimento inicial acolhedor, enquanto Radiologistas e Técnicos em RX oferecem suporte diagnóstico por imagem.

A atuação dos Médicos Oftalmológicos e do Farmacêutico também é essencial, proporcionando, respectivamente, cuidados especializados em visão e manejo seguro de medicamentos.

Essa equipe diversificada e especializada é a base para o cumprimento da missão da organização, que busca aliar competência técnica e humanização para atender às demandas da comunidade de forma plena e responsável, oferecemos atendimentos 100% SUS em uma ampla gama de serviços, incluindo manutenção de

clínica médica e cirúrgica, atendimento de pronto-socorro, gestão de leitos hospitalares, exames laboratoriais e de Raios-X. Além disso, somos referência em oftalmologia para 61 municípios.

A Sociedade Beneficente São José é uma associação civil de direito privado, sem fins econômicos ou lucrativos, dotada de autonomia administrativa e financeira. Constituída em 15 de maio de 1958 e registrada no CNPJ sob o nº 72.551.799/0001-15, a instituição rege-se por seu estatuto social e pela legislação aplicável. Sua sede está localizada na Rua Dom Pedro II, 162, Herculândia/SP – CEP: 17650- 000.

Com uma visão empreendedora e foco na expansão dos serviços de saúde, a Sociedade Beneficente São José, impulsionada por dinamismo, determinação e profissionalismo, consolidou-se como uma Organização Social. Além de manter o crescimento contínuo de seu hospital, a instituição busca ampliar seu impacto na comunidade através de suas finalidades estatutárias.

Objetivos e Atuação:

A Sociedade Beneficente São José possui vasta experiência em contratos de gestão e administrativos firmados com instituições públicas. Ao assumir a operação de complexos de saúde, a organização garante a rigorosa execução dos planos aprovados pela gestão contratante.

Com estrutura para atuação imediata em ambientes de qualquer porte, âmbito e complexidade administrativa hospitalar, a Sociedade Beneficente São José atende plataformas públicas, oferecendo as seguintes soluções: Parcerias e Convênios: Firma convênios, contratos (inclusive de gestão), termos de compromisso, cooperação e fomento, buscando a melhor forma de articulação com órgãos e entidades públicas.

Desenvolvimento de Soluções: Desenvolve sistemas diagnósticos e soluções para hospitais e redes de atenção básica, além de ferramentas de gestão para saúde pública.

Gestão e Operação de Unidades de Saúde:

Administra e mantém hospitais, clínicas, prontos-socorros e Unidades Básicas de Saúde.

Gestão de Suprimentos e Logística: Realiza a gestão de operacionalização, gerenciamento e execução de ações e serviços nas áreas de assistência farmacêutica, fornecimento, controle de estoque e almoxarifado, logística, distribuição e dispensação de medicamentos e materiais médico-hospitalares e de consumo de enfermagem.

Gestão de Custos:

Criação, revisão e acompanhamento da gestão de contratos.

Disseminação da cultura de controle de custos nos diversos setores:

Implantação de políticas de segurança da informação e comunicação, gestão de equipamentos e manutenção, segurança do paciente (protocolos assistenciais, riscos, auditoria clínica, linhas de cuidado) e qualificação de fornecedores.

Implantação de gestão de qualidade:

Contratação de mão de obra complementar de pessoas com deficiência.

Coordenação e Integração:

Coordena e integra diferentes competências entre seus associados para atender projetos que demandem inovação (tecnológica ou metodológica), assegurando prazos e padrões de qualidade.

Desenvolvimento de Programas e Projetos:

Desenvolve atividades de atendimento em pronto-socorro com assistência médica 24 horas, com leitos de observação, e em unidades hospitalares para atendimentos de urgência.

Desenvolve programas de saúde da família, da terceira idade, da comunidade, dos trabalhadores e seus dependentes, e programas de apoio aos profissionais do setor de saúde.

Desenvolve atividades educativas para a comunidade.

Desenvolve programas de capacitação de mão de obra para o desenvolvimento econômico e social, com ênfase na geração de emprego e renda.

Estimula trabalhos de pesquisa, ensino e assistência, oferecendo apoio material e remuneração adequada aos profissionais envolvidos, e integra- se com programas oficiais do setor governamental.

MISSÃO

Prover e gerir recursos financeiros com justiça e equilíbrio fiscal, promovendo o desenvolvimento e a excelência nos atendimentos de saúde, atendendo com responsabilidade e compromisso as necessidades do município de Herculândia e de toda a região.

VISÃO

Ser referência na assistência médico-hospitalar a toda região

VALORES

Confiabilidade; Ética; Excelência; Geração de conhecimento; Respeito; Responsabilidade Social; Transparência.

1. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DAS UNIDADES (F1)

1.1 MODELO GERENCIAL

1.1.1 A caracterização do modelo gerencial que será implantado

A caracterização do modelo gerencial a ser implantado pela SBSJ, envolve a definição e a implementação de práticas, estratégias e estruturas organizacionais que guiarão a administração e a tomada de decisões dentro da instituição. Esse modelo é crucial para garantir a eficiência, a produtividade e a adaptação contínua às mudanças do mercado e do ambiente interno, sendo o norteador do Plano de Trabalho.

1.1.1.1 Modo de Fazer a Gestão

Para definirmos o modelo de gestão é fundamental mantermos a conscientização na mudança de conceito em saúde através da sanção da Lei nº 8.080/ 1990, representou um marco decisivo para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao regulamentar os dispositivos constitucionais relativos à saúde, especialmente os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. O principal

objetivo dessa lei foi estabelecer as diretrizes para a organização e funcionamento do SUS, que visa garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para toda a população brasileira. A partir de seus conceitos fundamentais, a Lei nº 8.080 propõe um sistema de saúde que assegura a todos os cidadãos o direito ao cuidado integral, incluindo promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

A lei se baseia em princípios essenciais como universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação social, e regionalização e hierarquização. A universalidade garante que todos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica. A equidade implica que o sistema de saúde deve atuar de forma a atender desigualmente os desiguais, priorizando as populações mais vulneráveis. A integralidade assegura que o cuidado seja completo, abordando todas as dimensões da saúde do indivíduo.

A descentralização garante que a gestão do SUS seja compartilhada entre os diferentes níveis de governo — federal, estadual e municipal —, permitindo que as decisões sejam mais alinhadas com as necessidades e realidades locais de cada região. Além disso, a participação social fortalece a ideia de que a população tem direito a influenciar as políticas públicas de saúde, por meio dos Conselhos de Saúde, garantindo maior transparência e controle social.

Por fim, a regionalização e hierarquização organizam o SUS em uma rede de serviços que vai desde a atenção básica até os cuidados de alta complexidade, distribuindo-os de forma estratégica nas diversas regiões do país para atender as especificidades locais e garantir um atendimento eficiente.

Em suma, a Lei nº 8.080, ao regulamentar o SUS, estabelece um sistema de saúde organizado e acessível, que visa atender a população de forma integral, equitativa e descentralizada, respeitando as diversidades regionais e garantindo a participação ativa da sociedade na construção das políticas de saúde pública.

Essas são as abordagens metodológicas que deram base ao modelo de gestão, e que por conseguinte foram incorporadas a este projeto, foram escolhidas por sua ampla adoção e eficácia no meio corporativo. Tais abordagens são amplamente abordadas em fontes acadêmicas e especializadas nos campos da administração e da saúde. Os diversos recursos e ferramentas aplicadas no projeto foram elaboradas e criadas pela SBSJ, visando atender de maneira eficaz aos requisitos específicos do

projeto, a legislação e assegurar o sucesso na implementação das estratégias de gestão.

O SBSJ é uma organização social que se destaca pela sua gestão inovadora e eficaz na área hospitalar. Baseada em valores fundamentais, a instituição não só assegura a eficiência operacional, mas também se estabelece como uma referência de boa governança no setor de saúde. O modelo de gestão do SBSJ é orientado por princípios que promovem soluções criativas e adaptáveis, contribuindo para a transformação da saúde no país.

Sua abordagem é centrada na excelência em todos os níveis de operação, priorizando a valorização humana, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, e investindo continuamente em tecnologia de ponta. A organização busca oferecer um atendimento de altíssima qualidade, onde o cuidado com a saúde vai além do físico, refletindo também no bem-estar emocional e social dos pacientes.

Além disso, o SBSJ tem como foco a melhoria contínua e a inovação, com uma gestão que integra conhecimento técnico e humano, assegurando uma experiência hospitalar que prioriza o cuidado integral e a satisfação do usuário. Esse compromisso com a excelência coloca o SBSJ como um modelo de gestão hospitalar, reconhecido pela qualidade dos serviços prestados e pelos impactos positivos na saúde da comunidade.

A melhoria na qualidade proposta pela SBSJ inclui a valorização e o respeito tanto ao paciente quanto ao profissional, promovendo um atendimento humanizado. Além disso, busca adotar estratégias que atendam às crescentes demandas e necessidades da população.

O modelo de gestão sugerido pela SBSJ para as unidades de saúde visa a descentralização das decisões, o compartilhamento de autoridade e a criação de uma estrutura dinâmica, com forte interdependência entre os serviços. Essa abordagem implica a necessidade de mudanças contínuas e adaptações para atender às exigências do ambiente.

A assistência na unidade de saúde é, por sua natureza, multidisciplinar, exigindo a colaboração de diferentes profissionais de saúde. O cuidado, portanto, resulta de uma série de ações complementares e acordadas entre os diversos profissionais envolvidos, que juntos formam a rede de assistência que compõe o cuidado em saúde. Esse processo envolve uma complexa combinação de atos, procedimentos, fluxos e saberes, estruturados de maneira coordenada.

A qualidade do atendimento não se limita à eficiência técnica, mas também envolve a percepção do usuário, sendo refletida, entre outros aspectos, pela humanização no atendimento, pela eficácia administrativa, pela adequação das instalações físicas e pela agilidade e pontualidade no atendimento.

Para o gestor de saúde, um elemento essencial para alcançar a qualidade no atendimento é a capacidade de resolver as demandas dos usuários de maneira eficiente.

1.1.1.2 Caracterização do Modelo Gerencial

O **modelo de gestão** instituído na Sociedade Beneficente São Jose (SBSJ), está baseado como estrutura fundamental para as práticas administrativas, decisões estratégicas, forma como os recursos são alocados e coordenados para alcançar os objetivos estabelecidos. Com reflexos na interação das lideranças e os profissionais, sobretudo, como a organização se adapta aos desafios dos processos externo e interno.

Fundamentado no modelo de gestão, a eficiência e eficácia são pilares essenciais para melhorar resultados financeiros, garantir um ambiente de trabalho harmonioso e produtivo, desenvolvendo os talentos, inovação e mantendo a cultura organizacional preservada. De acordo com seu porte, especificações, área de atuação e objetivos estratégicos, mas todos devem ser adaptados às necessidades específicas da Unidade de Saúde e seus usuários de maneira eficaz e humanizada.

A gestão e operacionalização de um hospital infantil exige um modelo gerencial específico ao seu perfil e que se adapte às necessidades das crianças, das famílias e dos profissionais de saúde. As características desse modelo gerencial devem estar projetadas para garantir o atendimento de qualidade, humanizado e eficiente. A seguir, está descrito algumas das principais características do modelo gerencial para a gestão conforme os princípios da OSS SBSJ, que se consolida em:

1 - Gestão humanizada e focada no paciente centrado no bem-estar das crianças, considerando suas necessidades emocionais, psicológicas e sociais. Isso implica em:

A gestão humanizada no contexto hospitalar é uma abordagem que prioriza o cuidado integral dos pacientes, levando em consideração não apenas suas necessidades físicas, mas também emocionais, psicológicas e sociais. O modelo SBSJ de gestão busca promover um ambiente acolhedor, empático e respeitoso, no qual

os profissionais de saúde se dedicam a tratar o paciente como um ser humano completo, e não apenas como um caso clínico, refletindo na forma como os profissionais interagem com os pacientes e suas famílias, criando vínculos de confiança e proporcionando um atendimento de qualidade, que vai além do simples tratamento assistencial, por estabelecer uma comunicação clara, respeitosa e atenta às necessidades de cada pessoa, desde o primeiro contato, seja na recepção ou nas consultas iniciais, até o acompanhamento contínuo, o objetivo é que todos se sintam valorizados, compreendidos e seguros em todo o processo.

Um dos principais pilares da gestão humanizada é a empatia, profissionais devem ser capazes de se colocar no lugar do paciente e de seus familiares, compreendendo suas angústias, medos e necessidades. Isso envolve, por exemplo:

- O cuidado com a forma de transmitir diagnósticos, sempre explicando de maneira clara e simples, respeitando o momento emocional de quem está recebendo a notícia.
- Empatia também deve estar presente na maneira como o paciente é tratado durante os procedimentos e nas interações diárias com a equipe hospitalar.
- Valorização do paciente como protagonista de sua própria saúde.

Na visão da OSS SBSJ a gestão humanizada busca envolver a criança e familiar no processo de decisão sobre o tratamento, oferecendo-lhe informações completas sobre as opções disponíveis e respeitando suas escolhas. Essa participação ativa não só fortalece o vínculo com a equipe de saúde, mas também contribui para uma recuperação mais eficaz, pois o estará mais seguro, confiante e responsável pelo seu próprio cuidado.

A qualidade da comunicação deve ser um elemento central da gestão humanizada, a partir da confiança mútua poderemos manter um canal aberto e transparente entre os profissionais de saúde e os familiares, sendo fundamental para criar um ambiente harmonioso e seguro. Entendemos que as informações sobre o estado de saúde do paciente, as etapas do tratamento e os cuidados necessários devem ser compartilhadas de forma contínua, e os profissionais devem estar disponíveis para esclarecer dúvidas e prestar apoio emocional sempre que necessário.

Profissionais deve desenvolver o domínio técnico e cientifico, como também serem capacitados em habilidades emocionais e sociais, como a comunicação não

violenta, a escuta ativa e a gestão do estresse, para lidar com as situações desafiadoras que surgem em um ambiente hospitalar, como estratégia essencial para garantir que a gestão humanizada seja efetivamente implementada.

Para implementarmos nosso modelo de gestão humanizada, algumas ações devem ser priorizadas no cuidado integral dos pacientes e a valorização dos profissionais de saúde. Algumas ações essenciais incluem:

- Promoção de treinamentos regulares sobre empatia, comunicação eficaz e escuta ativa, para que todos os profissionais estejam preparados para lidar com as necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes e familiares.
- Tratar cada paciente com respeito e dignidade, considerando suas necessidades físicas, emocionais, culturais e sociais.
- Estabelecer canais de comunicação transparentes e acolhedores com os pacientes e familiares, garantindo que as informações sobre o tratamento sejam transmitidas de maneira clara, simples e sensível.
- Oferecer apoio psicológico para os pacientes e seus familiares, ajudando a reduzir a ansiedade e o estresse durante o tratamento e a internação.
- Criar um ambiente hospitalar confortável, acessível e livre de barreiras, que favoreça a recuperação emocional e física dos pacientes, com espaços que promovam a privacidade e o bem-estar.
- Reconhecer o trabalho dos profissionais, promovendo uma cultura de colaboração e respeito dentro da equipe hospitalar, para que todos se sintam motivados e comprometidos com a qualidade do atendimento.
- Implementar práticas de acolhimento imediato e sensível, principalmente em emergências, para que o paciente se sinta seguro e cuidado desde o primeiro contato.

Essas ações ajudam a criar um ambiente hospitalar mais humano, onde o cuidado vai além do tratamento físico, promovendo o bem-estar integral de todos os envolvidos.

2 - Integração multidisciplinar é um modelo de trabalho que visa promover uma abordagem colaborativa entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, com o objetivo de oferecer um cuidado mais completo, eficiente e humanizado ao paciente. Neste modelo de trabalho valorizamos a contribuição de diferentes especialidades, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e outros profissionais da saúde.

Cada um desses profissionais traz uma visão única e uma abordagem específica para o cuidado, mas, quando atuam de forma integrada, suas competências se complementam, resultando em uma assistência mais eficaz e centrada no paciente.

A integração multiprofissional inicia-se no momento do diagnóstico, onde os diversos especialistas discutem os casos de forma colaborativa para traçar o melhor plano terapêutico para o paciente, ou seja, cada profissional contribui com seu conhecimento específico para oferecer uma visão holística do quadro clínico.

Uma das principais vantagens desse modelo é a comunicação contínua e o compartilhamento de informações entre os membros da equipe. Isso reduz o risco de falhas no tratamento, evita redundâncias e conflitos entre diferentes abordagens e melhora a coordenação geral. A troca de informações permite que cada membro da equipe tenha um panorama mais completo sobre o paciente e sua patologia, garantindo decisões mais precisas, alinhadas as melhores estratégias para o cuidado.

Além disso, a integração multiprofissional contribui diretamente para o bem-estar do paciente e sua família. Esse envolvimento familiar, quando bem conduzido, também pode acelerar o processo de recuperação do paciente, já que os familiares se tornam aliados ativos no cuidado.

Outro ponto importante está em trabalhar de forma colaborativa em uma equipe diversificada oferece aos profissionais de saúde a oportunidade de aprender uns com os outros, aprimorando suas habilidades técnicas e emocionais. Isso também cria um ambiente de trabalho mais motivador e enriquecedor, promovendo o desenvolvimento de uma cultura de aprendizado constante e respeito mútuo.

Facilita a implementação de protocolos de cuidado mais eficientes e fundamentados nas melhores práticas. Ao reunir diferentes perspectivas, é possível criar estratégias de atendimento mais bem estruturadas, que atendem não só às necessidades clínicas do paciente, mas também às suas necessidades emocionais, sociais e até espirituais, especialmente em ambientes de cuidados complexos, como hospitais pediátricos ou unidades de terapia intensiva.

Para obtermos uma implementação eficaz na integração multiprofissional, algumas ações são essenciais, como:

- Realizando encontros regulares entre profissionais de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros), estabelecendo a

visita multiprofissional, para discutir casos clínicos, alinhar e planejar as estratégias de tratamento e garantir uma abordagem coordenada.

- Promovendo canais de comunicação eficientes, como plataformas digitais ou reuniões interativas, para facilitar o compartilhamento de informações entre os membros da equipe e garantir que todos estejam atualizados sobre o estado do paciente.
- Estabelecendo claramente as funções e responsabilidades de cada profissional no cuidado do paciente, evitando sobrecarga de tarefas e garantindo que todas as necessidades do paciente sejam atendidas.
- Desenvolvendo protocolos clínicos referenciados pelo perfil epidemiológica da instituição, que envolvam diferentes especialidades e garantam que o atendimento seja contínuo e de qualidade, com a participação ativa de todos os membros da equipe.
- Propagando uma cultura de respeito mútuo e colaboração entre os profissionais, valorizando o conhecimento e as contribuições de cada área para o tratamento do paciente.
- Fornecendo treinamentos conjuntos, promovendo a integração das equipes e melhorando a compreensão sobre o papel de cada profissional, facilitando a colaboração interdisciplinar.

Acreditamos que estas ações ajudam a criar uma equipe multiprofissional coesa, onde o cuidado é holístico e centrado no paciente, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados clínicos.

3 - A tecnologia e a inovação têm transformado profundamente o setor de saúde, proporcionando novas formas de diagnóstico, tratamento e gestão hospitalar. No contexto hospitalar, essas áreas não apenas melhoram a eficiência e a qualidade dos serviços prestados, mas também ajudam a criar uma experiência mais personalizada e humanizada para os pacientes. A integração de novas tecnologias, quando bem implementada, pode revolucionar a maneira como os cuidados de saúde são oferecidos, promovendo um ambiente mais seguro, rápido e acessível.

- Avanços no diagnóstico e tratamento, uma das maiores contribuições da tecnologia à medicina é o avançado diagnóstico, com ferramentas que têm permitido aos médicos analisar grandes volumes de dados e identificar padrões que muitas vezes não são percebidos na análise humana.

- A automação de processos tem se expandido dentro dos hospitais, desde a administração até os cuidados diretos com os pacientes. Ferramentas como sistemas de prontuário eletrônico (PEP) e gestão de estoque automatizada têm facilitado o gerenciamento hospitalar, tornando-o mais eficiente e reduzindo erros humanos. Sistemas de gestão hospitalar (HIS - Hospital Information System) permitem que hospitais integrem informações de diferentes áreas — desde o agendamento de consultas e exames até a gestão de pacientes internados, médicos e equipe de enfermagem. Isso resulta em uma visão global e centralizada da saúde do paciente, melhorando a coordenação de cuidados, a alocação de recursos e a comunicação entre os profissionais de saúde.
- A tecnologia também tem contribuído para melhorar a experiência do paciente durante sua jornada hospitalar.
- A segurança dos dados dos pacientes é uma preocupação crescente com a digitalização dos processos de saúde. A tecnologias inovadoras que tem sido explorada para garantir a integridade e a segurança das informações médicas
- A inovação tecnológica não se limita à melhoria da qualidade do atendimento, mas também à sustentabilidade e redução de custos no ambiente hospitalar, como uso de energia renovável, sistemas de reciclagem de materiais médicos e tecnologias para otimização do consumo de energia e recursos tem permitido que os hospitais se tornem mais ecológicos e sustentáveis.

Para implementar inovação tecnológica no hospital, inicialmente precisamos entender as necessidades imediatas, para que sejam planejadas as ações, que em muitas vezes depende de investimentos e liberação de recursos financeiros ainda não planejado, abaixo segue algumas ações:

- Identificação das áreas que podem ser beneficiadas pela tecnologia, como gestão de dados, comunicação entre equipes ou melhoria no atendimento ao paciente.
- Investimentos em tecnologias como prontuários eletrônicos, telemedicina, inteligência artificial para diagnósticos e sistemas de gestão hospitalar, alinhadas às necessidades do hospital.
- Capacitação da equipe para usar novas ferramentas tecnológicas, garantindo que todos os profissionais saibam como operar os sistemas de forma eficaz.

- Integração de sistemas, garantindo que diferentes tecnologias no hospital (como sistemas de gestão, diagnósticos e prontuários eletrônicos) sejam integradas, facilitando o fluxo de informações entre os profissionais.
- Desenvolver uma cultura organizacional que valorize a inovação, permitindo a implementação gradual de novas tecnologias e o acompanhamento dos resultados para melhorias contínuas.
- Definição e criação de protocolos rígidos de segurança cibernética e privacidade de dados para proteger as informações dos pacientes.

4. Foco na Qualidade e Segurança do Paciente, para as crianças são pilares da gestão que deve estar centrada na criação de protocolos e na implementação de medidas de segurança que protejam as crianças durante todo o processo de internação. Estes protocolos devem conter embasamento criteriosos, específicos e objetivos o atendimento pediátrico, incluindo a administração de medicamentos, cuidados pós-cirúrgicos e prevenção de infecções hospitalares.

A implementação de sistemas de monitoramento e avaliação de desempenho, permite a melhoria contínua dos serviços prestados, com foco na redução de erros médicos e aumento da satisfação dos pacientes e seus familiares.

Ao desenvolver processos para a implementação de qualidade e segurança do paciente, através de:

- Criar e seguir protocolos clínicos baseados nas melhores práticas e diretrizes, garantindo que os cuidados sejam padronizados e seguros.
- Oferecer treinamentos regulares sobre segurança do paciente, prevenção de erros e boas práticas de atendimento, garantindo que todos os profissionais estejam atualizados.
- Implementar sistemas de auditoria e indicadores de qualidade, como taxas de infecção, eventos adversos e satisfação do paciente, para avaliar e melhorar continuamente o atendimento.
- Estimular uma cultura organizacional que priorize a segurança do paciente, incentivando a comunicação aberta, a notificação de erros e a aprendizagem com eventos adversos.
- Adotar tecnologias, como prontuários eletrônicos e sistemas de alerta, para monitorar o estado de saúde do paciente e evitar erros médicos, como interações medicamentosas perigosas.

- Incentivar o paciente e seus familiares a participarem ativamente de seu cuidado, garantindo que compreendam o plano de tratamento e se sintam seguros no ambiente hospitalar.

Com estas ações poderemos criar um ambiente hospitalar seguro, com um foco constante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na proteção dos pacientes.

5. Atenção à Saúde Mental das crianças, especialmente por tratar-se de um ambiente hospitalar, a inserção de profissionais capacitados para lidar com as necessidades psicológicas dos pequenos pacientes é de grande importância.

Apoio psicológico para crianças e familiares, oferecendo suporte emocional, tanto para as crianças quanto para os pais, considerando o impacto psicológico que a internação pode gerar.

Desenvolver um ambiente terapêutico, que promovam o bem-estar psicológico das crianças, como áreas de lazer, brinquedotecas, apoio escolar e a adaptação de espaços, é essencial para a recuperação da criança, algumas ações são fundamentais:

- Inclusão psicólogos e assistentes sociais na equipe multidisciplinar, garantindo acompanhamento adequado para pacientes com necessidades emocionais e psicológicas.
- Planejamento e execução de treinamentos para todos os profissionais sobre a identificação de sinais de transtornos mentais, abordagem empática e manejo de crises emocionais.
- Implementando serviços de acolhimento e suporte psicológico tanto para pacientes quanto para seus familiares, proporcionando um ambiente seguro e de escuta ativa.
- Utilizando ferramentas de triagem para identificar e monitorar pacientes com risco de desenvolver problemas de saúde mental durante o tratamento hospitalar.
- Desenvolvendo áreas tranquilas e espaços de relaxamento, promovendo o bem-estar psicológico dos pacientes, especialmente aqueles em tratamento de longo prazo.

- Implementando programas de apoio psicológico e gestão do estresse para os profissionais de saúde, garantindo que cuidem de sua própria saúde mental e bem-estar.

6. Treinamento e capacitação contínua dos profissionais de saúde é crucial para a qualidade do atendimento, deve garantir que todos os profissionais estejam atualizados com as melhores práticas e protocolos. Investir em treinamentos especializados para o cuidado pediátrico, incluindo manejo de doenças raras, uso de tecnologias específicas para crianças e gestão emocional no atendimento, com simulações regulares de situações emergenciais, como parada cardiorrespiratória infantil, para manter a equipe bem-preparada.

Para desenvolvemos os processos de treinamento e capacitação contínuos, faz-se necessário:

- Identificar as necessidades de formação para cada área e elaborar um plano de treinamento que aborde novas técnicas, tecnologias e melhores práticas em saúde.
- Organizar cursos, workshops e palestras periódicas sobre temas relevantes, como segurança do paciente, uso de novas tecnologias, e abordagens humanizadas de atendimento.
- Incentivar a realização de estágios, simulações clínicas e grupos de estudo para que os profissionais possam aplicar o conhecimento adquirido no ambiente de trabalho.
- Realizar avaliações contínuas do desempenho dos colaboradores e identificar gaps de conhecimento para direcionar os treinamentos de maneira personalizada.
- Implementar cursos online para garantir que todos os profissionais, independentemente de sua carga horária, possam se atualizar de maneira flexível.
- Criar um ambiente onde os profissionais possam fornecer feedback sobre os treinamentos e sugerir melhorias, promovendo uma cultura de aprendizado constante.

7. Parcerias com comunidade e instituições, atuando de forma integrada com outras instituições e programas comunitários, como escolas, unidades de saúde pública e organizações não-governamentais. Ao estabelecer parcerias para promover a saúde infantil, o cuidado preventivo e a reabilitação social. Como também interagir

e auxiliar em ações comunitárias de prevenção e educação em saúde, voltadas para a prevenção de doenças e promoção do bem-estar infantil.

- Firmando parcerias com escolas, ONGs, associações de bairro e outras organizações comunitárias para promover ações educativas e de prevenção à saúde.
- Estabelecendo parcerias com entidades públicas e privadas para obter recursos e apoio em projetos de saúde e bem-estar social.
- Criando programas de voluntariado que permitam à comunidade colaborar com o hospital, seja em ações educativas, apoio emocional aos pacientes ou outros serviços auxiliares.

8. Gestão de fluxo de pacientes, deve ser bem estruturada para garantir a eficiência nos atendimentos e reduzir o tempo de espera, algo essencial para a boa operacionalização do hospital. A classificação de risco (este tópico está descrito no processo assistencial do Pronto Socorro – PG xxx) deverá ser bem definida, garantindo que crianças em estado grave sejam atendidas com rapidez e eficiência, estabelecimento de fluxo eficiente par o atendimento, desde a classificação de risco até a alta hospitalar, é fundamental para otimizar os recursos e reduzir a sobrecarga da equipe.

O desenvolvimento da gestão de fluxo de pacientes, ao ser estruturado devera desenvolver algumas ações fundamentais, conforme descrição abaixo:

- Analisarmos e identificar todas as etapas do atendimento (admissão, triagem, exames, internação, alta) para otimizar o processo e reduzir gargalos.
- Utilizarmos tecnologia para agendar consultas, exames e procedimentos, evitando congestionamento e otimizar o tempo dos profissionais e pacientes.
- Adotarmos a classificação de risco (como o sistema de triagem de PNH) para garantir que pacientes em situações mais graves recebam atenção imediata.
- Implementarmos sistemas de gestão de leitos, monitoramento de pacientes e dados de fluxo para acompanhar a ocupação, liberar leitos de forma eficiente e melhorar a alocação de recursos.
- Capacitar a equipe para atuar de maneira coordenada, garantindo que o atendimento siga o fluxo de forma eficiente e sem interrupções.

- Estabelecer protocolos claros de comunicação entre os diversos setores (emergência, exames, internação) para assegurar que as informações sejam compartilhadas rapidamente e de forma precisa.
- Monitorar métricas como tempo de espera, tempo de internação, taxa de ocupação e tempo de alta para identificar pontos de melhoria e tomar decisões estratégicas.

1.1.2 As estratégias que serão adotadas para o sucesso da implantação do modelo, considerando o impacto da mudança de paradigma do atual modelo existente, a mudança de clima e cultura organizacional, a gestão de pessoal*, a melhoria na eficiência, eficácia e efetividade*

As abordagens metodológicas que definem as estratégias como base ao modelo de gestão, e que por conseguinte foram incorporadas a este projeto, foram escolhidas por sua ampla adoção e eficácia no meio corporativo. Tais abordagens são amplamente abordadas em fontes acadêmicas e especializadas nos campos da administração e da saúde. Os diversos recursos e ferramentas aplicadas no projeto foram elaboradas e criadas pela SBSJ, visando atender de maneira eficaz aos requisitos específicos do projeto e assegurar o sucesso na implementação das estratégias de gestão, das quais nossos valores são inseridos, como:

- Oferecer e promover assistência nas áreas de educação, saúde e serviços médico-hospitalares a todas as pessoas que busquem seus serviços, sem discriminação de nacionalidade, etnia, religião, ideologia política ou qualquer outra condição, tanto no regime de internação quanto ambulatorial;
- Prestar assistência social por através de iniciativas que contribuam para o desenvolvimento e bem-estar da comunidade;
- Promover, direta ou indiretamente, a pesquisa, tanto científica quanto aplicada, especialmente dentro de seus próprios estabelecimentos, com o intuito de aprimorar as atividades na área da saúde, além de apoiar ou participar de campanhas relacionadas a temas de interesse da entidade e da comunidade que atende;
- Realizar atividades de saúde comunitária, focando na prevenção de doenças, orientação sanitária e campanhas de imunização.

Para alcançar uma gestão estratégica e operacional eficaz, adotamos ferramentas amplamente testadas e desenvolvidas, que, quando implementadas corretamente, não apenas aprimoram a gestão da instituição, mas também promovem uma mudança cultural significativa. Nessas ferramentas, os processos não estão atrelados às pessoas, mas sim à maneira como a instituição opera, reforçando o conceito de melhoria contínua. Isso resulta em maior eficiência, efetividade e qualidade nas atividades realizadas. Entre essas ferramentas, destacam-se:

- Gestão por Processos: A utilização de metodologias como para mapear, analisar e otimizar os processos internos, visando maior eficiência e qualidade no atendimento.
- Planejamento Estratégico: Adoção de modelos de gestão estratégica para alinhar ações e metas a longo prazo com a missão e visão da entidade.
- Gestão de Projetos: Utilização de práticas de gestão de projetos, como o PMBOK ou metodologias ágeis para garantir a implementação eficaz de novas iniciativas e campanhas de saúde e assistência social.
- Sistema de Gestão de Qualidade: Implementação de um sistema integrado de qualidade, para garantir a excelência nos serviços prestados, promovendo melhorias contínuas.
- Gestão de Pessoas: Desenvolvimento e acompanhamento de programas de capacitação e avaliação de desempenho para garantir que os colaboradores estejam alinhados com os objetivos da organização e preparados para prestar o melhor atendimento.

Para alcançar os resultados esperados com a aplicação dessas ferramentas de gestão e aprimorar as operações da entidade, contribuindo para o cumprimento de suas finalidades e um atendimento de excelência à comunidade, será fundamental realizar um diagnóstico situacional da instituição. Esse diagnóstico permitirá identificar os processos que já estão em conformidade e aqueles que necessitam de maior atenção, possibilitando a criação de bases mais sólidas e consistentes para o desenvolvimento das ações.

O sucesso de uma organização está diretamente relacionado à sua capacidade de identificar e atender às necessidades e expectativas de seus clientes. Essas necessidades devem ser reconhecidas, compreendidas e aplicadas estrategicamente para criar valor, promovendo a conquista e fidelização dos clientes.

Além disso, para garantir a continuidade das operações, a organização deve também compreender e atender às demandas da sociedade e das comunidades com as quais se relaciona, sempre agindo de forma ética, cumprindo as leis e respeitando o meio ambiente.

Com base nessas informações, a liderança estabelece os princípios que orientarão a organização, incorporando os valores da excelência e promovendo uma cultura organizacional pautada por esses valores, exemplificando-os em sua conduta. Os líderes monitoram o desempenho da instituição e adotam as medidas necessárias para melhorias contínuas, garantindo o aprendizado constante da organização.

As estratégias da organização são formuladas pela liderança para otimizar seu desempenho e fortalecer sua posição competitiva no mercado. Essas estratégias são detalhadas em planos de ação de curto e longo prazo, aplicados em todos os níveis da organização, com a devida alocação de recursos para sua implementação. A empresa realiza um acompanhamento constante da execução dessas estratégias, monitorando os planos e ajustando rapidamente as ações conforme as mudanças no ambiente interno e externo.

A equipe de trabalho deve ser bem treinada e satisfeita, operando em um ambiente que promova o desenvolvimento e a consolidação da cultura de excelência.

Dessa maneira, a organização consegue gerenciar seus processos de forma eficiente, agregando valor aos clientes e fortalecendo os relacionamentos com seus fornecedores. A gestão de custos e investimentos é feita de forma cuidadosa e controlada, com os riscos financeiros sendo avaliados e monitorados regularmente. O impacto das práticas de gestão e as influências externas são constantemente comparados com as metas estabelecidas, possibilitando ajustes rápidos e reforço das ações quando necessário.

Essas informações constituem a inteligência organizacional, fundamental para avaliar o desempenho e implementar as ações corretivas em todos os níveis. A gestão eficaz das informações e dos ativos intangíveis é um fator determinante para alcançar a excelência.

METODOLOGIA DE GESTÃO

A metodologia adotada em nosso modelo de gestão é fundamentada no princípio da gestão por processos, que visa otimizar a eficiência operacional e garantir

a melhoria contínua. Esse modelo envolve uma série de etapas e práticas voltadas para o controle, aprimoramento e monitoramento dos processos organizacionais.

Objetivo Geral:

O objetivo principal da nossa metodologia de gestão por processos é garantir a eficiência operacional da organização, promovendo a melhoria contínua e a excelência no atendimento aos clientes e à comunidade, por meio do gerenciamento adequado de todos os processos internos, maximizando o valor agregado a cada etapa e buscando a redução de desperdícios e a melhoria dos resultados.

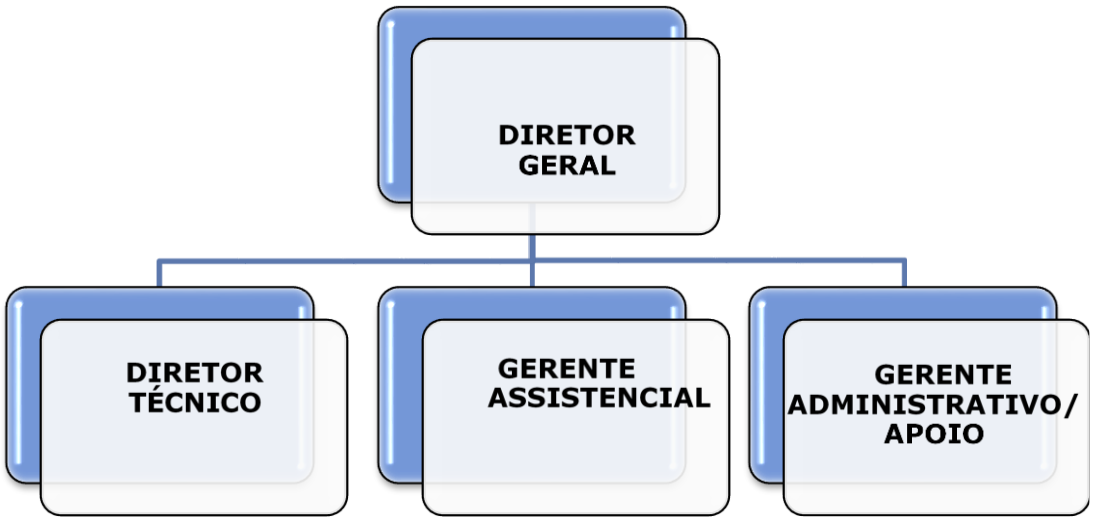
Objetivos Específicos:

- Mapear e documentar todos os processos organizacionais, identificando os pontos críticos e as oportunidades de melhoria.
- Otimizar os fluxos de trabalho, garantindo que cada etapa dos processos seja executada de maneira eficiente e alinhada aos objetivos da organização.
- Estabelecer indicadores de desempenho (KPIs) para monitorar a eficácia de cada processo, possibilitando a tomada de decisões baseadas em dados.
- Promover a capacitação contínua da equipe, garantindo que todos os colaboradores compreendam e implementem as práticas de gestão por processos em suas atividades diárias.
- Realizar ajustes e melhorias contínuas nos processos, com base no monitoramento e nas avaliações constantes, para garantir que a organização se mantenha competitiva e capaz de atender às necessidades dos clientes e da sociedade.

Estrutura Organizacional

Fundamentada pelo organograma, sendo a representação visual que ilustra a estrutura organizacional desenvolvida para cada unidade de saúde sob nossa gestão. Considerando seu porte, especificidade, atividade fim, classificando por departamentos e os níveis hierárquicos de autoridade e responsabilidade de cada área funcional, o que facilita a compreensão das interações entre as diferentes unidades e o fluxo de decisões dentro da instituição, garantindo uma gestão eficiente e eficaz.

A seguir, apresentamos uma proposta de organograma que abrange o primeiro nível hierárquico da instituição. Este modelo pode ser ajustado conforme necessário, de acordo com o crescimento, novas áreas de atuação ou ajustes nas estratégias de gestão do hospital.



Esta organização foi projetada de maneira a assegurar uma governança transparente e uma distribuição clara e eficiente de responsabilidades de acordo com a posição hierarquia, conforme descrito abaixo

Diretoria Geral:

- Responsável liderança estratégica e operacional de uma instituição de saúde diretamente envolvida na definição de políticas, metas, estratégias e no acompanhamento do desempenho da instituição, incluindo os aspectos administrativos, financeiros, controle orçamentário, governança, compliance e a interação com o contratante.
- Desenvolver e implementar planos estratégicos de longo prazo, promovendo crescimento sustentável, melhoria da qualidade do atendimento e inovação nos serviços ofertados.
- Promover e implementar políticas e diretrizes estabelecidas, assegurando a aderência aos padrões éticos e legais. Manter comunicação eficiente, internamente com seus liderados e setores, quanto externamente com pacientes, contratante, fornecedores, comunidade e mídia.

Gerencia administrativa/Apoio:

- Responsável pelos serviços administrativos e de apoio da instituição de saúde ocorram de maneira eficiente e eficaz.
- Coordenar a logística, os recursos humanos, as finanças, a infraestrutura e a comunicação dentro da organização, sempre com foco na melhoria contínua e no suporte às áreas clínicas e operacionais diárias da organização, garantindo que as atividades administrativas fluam de maneira eficiente e que todos os processos de apoio ao funcionamento da instituição sejam bem gerenciados, que abrange várias áreas, desde a gestão de recursos humanos até a supervisão de processos financeiros e logísticos.
- Implementar e monitorar fluxos de trabalho de acordo com regras e prazos estabelecidos.
- Gerenciar e controlar documentações, bem como acessibilidade e arquivamento. Interação e avaliação de fornecedores internos e externos, bem como a pontualidade, qualidade e o cumprimento das cláusulas contratuais e ajustando quando necessário.
- Garantir o cumprimento das normas legais e regulamentações pertinentes.
- Assessorar a Direção Geral nas questões técnicas, bem como propor ações para melhorias.

Gerencia Assistencial:

- Responsável pela gestão dos serviços de enfermagem e equipes multiprofissionais, assegurando a qualidade e o atendimento humanizado aos pacientes, equipes de enfermagem e de outros profissionais de saúde.
- Assessorar a Direção Geral nas questões técnicas, bem como propor ações para melhorias.
- Assegurar a assistência integral e multidisciplinar ao paciente. Participar do processo de recrutamento, seleção e desenvolvimento contínuo, assegurando quantitativos essenciais para cada turno de trabalho. Implementar, monitorar e promover capacitação de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e Protocolos Assistenciais e de Segurança do Paciente.

- Implementar, monitorar, indicadores de qualidade assistenciais e gestão de riscos e estabelecendo ciclos de melhorias continua, com a finalidade de ajustar os processos com foco na prevenção de erros e complicações.
- Assegurar que a equipe de enfermagem e multiprofissionais sigam as normativas legais, éticas e regulamentações pertinentes à profissão, conforme estabelecido pelos Conselhos Classe e outras entidades.

Diretoria Técnica Médica:

Responsável pelas equipes médicas, assessorar a direção geral nas questões técnicas, garantir cumprimento das diretrizes e normas éticas, implementar, monitorar e promover a capacitação dos protocolos e práticas clínicas, promover a segurança do paciente, estabelecer e avaliar indicadores clínicos. Participar e validar o processo de contratação, avaliação e desligamento de médicos.

A gestão do Hospital Da Criança Dr. José Machado Souza, será conduzida de maneira direta pela equipe de líderes responsáveis, que terão o poder executivo para implementar as decisões tomadas pela Diretoria da SBSJ. Progressivamente, serão integrados processos de Planejamento e Gestão Estratégica, com foco em otimizar as operações hospitalares. A equipe de gestão terá as seguintes responsabilidades:

- Nomear profissionais com experiência em administração hospitalar para liderar diretamente as operações da unidade de saúde, garantindo que a gestão seja conduzida com competência e visão estratégica.
- Manter uma equipe de apoio, composta por médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, contadores e advogados, que estarão à disposição para fornecer consultoria e suporte sempre que solicitado pela contratante.
- Fornecer toda a infraestrutura técnica necessária para assegurar o bom desempenho das atividades, incluindo assessoria jurídica, financeira, contábil, médica e de enfermagem.
- Administrar a unidade de saúde com total autonomia, implementando sistemas administrativos e operacionais que estejam alinhados às normas modernas de administração hospitalar, garantindo eficiência e qualidade no atendimento.
- Organizar a estrutura necessária para o funcionamento adequado da unidade de saúde, assegurando que todos os recursos sejam alocados de forma eficiente.

- Desenvolver os instrumentos administrativos e jurídicos que atendam às necessidades do hospital e garantam conformidade com a legislação aplicável.
- Orientar sobre a criação de novos serviços, bem como a adequação ou expansão dos serviços já existentes, de acordo com as demandas da comunidade e as necessidades da unidade de saúde.
- Assessorar na elaboração, celebração e revisão dos contratos necessários ao funcionamento da unidade de saúde, garantindo que estejam de acordo com os objetivos da gestão.
- Estabelecer as metas e as estratégias operacionais na Instituição, alinhando-as aos objetivos do contrato de gestão firmado.
- Preparar e apresentar a prestação de contas mensal, detalhando todas as atividades realizadas no período, com informações sobre os aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros, para uma avaliação completa do desempenho.
- Fornecer explicações sobre as atividades de gestão sempre que solicitado pela contratante, garantindo transparência e clareza nas operações.

O foco da equipe de gestão será garantir a excelência na administração, promovendo uma gestão eficiente, transparente e adaptada às necessidades da população atendida.

GESTÃO ESTRATÉGICA

A gestão estratégica do Hospital da Criança Dr. José Machado Souza será conduzida de forma direta pela equipe de líderes responsáveis, que terão autoridade executiva para implementar as decisões tomadas pela Diretoria da SBSJ. Esses líderes, com a devida autonomia, serão encarregados de garantir que todas as ações e estratégias adotadas estejam alinhadas com os objetivos e valores da instituição.

Progressivamente, serão integrados processos de gestão por resultados, visando otimizar os fluxos internos, aumentar a eficiência operacional e promover a melhoria contínua. A gestão estratégica será orientada pela análise constante de indicadores de desempenho, possibilitando a tomada de decisões informadas e a adaptação rápida às mudanças no ambiente interno e externo.

A equipe de gestão, em colaboração com as Diretorias, será responsável por desenvolver e implementar as políticas, planos e metas de longo prazo, com foco na excelência no atendimento e na melhoria dos processos. Além disso, a gestão

estratégica envolverá o constante monitoramento dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos, a fim de garantir o uso eficiente e eficaz de todos os ativos da instituição.

A integração dos processos de planejamento estratégico, gestão de qualidade e inovação contínua será fundamental para o sucesso do Hospital da Criança Dr. José Machado Souza. A liderança trabalhará para promover uma cultura de excelência, com foco no bem-estar dos pacientes, na satisfação das famílias e na capacitação constante dos colaboradores.

Ao adotar uma gestão estratégica robusta e integrada, o Hospital da Criança Dr. José Machado Souza buscará não apenas cumprir sua missão de oferecer atendimento de saúde de alta qualidade, mas também estabelecer-se como referência no setor hospitalar. A colaboração entre a Diretoria, a equipe de líderes e todos os profissionais será fundamental para garantir que a instituição continue evoluindo, adaptando-se às necessidades da comunidade e superando os desafios que possam surgir ao longo do tempo.

Planejamento Estratégico:

Processo essencial para a Direção da Instituição, trata-se de um processo gerencial que orienta a Instituição na direção correta, alinhando seus processos e auxiliando na antecipação de ameaças, além de proporcionar um diagnóstico de oportunidades e áreas de melhoria. Ele possibilita o desenvolvimento contínuo, visando o alcance da visão, a incorporação dos valores e a realização da missão institucional.

Segundo Peter Drucker (2010), a estratégia é o alicerce das operações essenciais de uma organização. Para formular uma estratégia eficaz, é fundamental entender o ramo de atuação da empresa e o contexto no qual ela está inserida. Esse conhecimento é a base para a definição clara da ideologia central da organização. Com isso, ao estabelecer o propósito e as convicções que sustentam a Instituição, torna-se possível traçar uma visão de futuro, delineando os objetivos a serem alcançados.

Esse processo exige mudanças significativas e progresso contínuo, além de um direcionamento claro para as ações de cada departamento, com integração entre as áreas. Ao identificar as alterações necessárias e propor ajustes de comportamento,

a organização se prepara para enfrentar desafios futuros, impactando positivamente a cadeia de clientes, fornecedores e a entrega de produtos ou serviços finais.

Um planejamento estratégico bem estruturado é baseado na definição clara de objetivos e nos caminhos a serem seguidos. Esse processo exige um conhecimento aprofundado dos processos internos e externos da organização, o que resulta em decisões mais precisas e eficazes no dia a dia. Além disso, ao analisar a realidade da organização, é possível identificar riscos potenciais e preparar os gestores para contornar situações adversas de maneira eficiente.

Contar com uma equipe bem qualificada é essencial para o sucesso de qualquer negócio, especialmente quando os profissionais se sentem valorizados e parte fundamental da organização. Isso contribui diretamente para um bom ambiente de trabalho e, consequentemente, para a qualidade das operações.

A gestão estratégica, com foco na otimização das operações hospitalares, será desempenhada por uma equipe de gestores com as seguintes responsabilidades:

- Liderança: Nomear profissionais com experiência em administração hospitalar para liderar diretamente as operações da unidade de saúde, garantindo que a gestão seja realizada com competência e visão estratégica.
- Equipe de Apoio: Manter uma equipe de apoio composta por médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, contadores e advogados, sempre disponíveis para fornecer consultoria e suporte à contratante.
- Infraestrutura Técnica: Garantir toda a infraestrutura necessária para o bom desempenho das atividades, incluindo assessoria jurídica, financeira, contábil, médica e de enfermagem.
- Autonomia na Administração: Administrar a unidade de saúde com total autonomia, implementando sistemas administrativos e operacionais alinhados às melhores práticas da administração hospitalar, assegurando eficiência e qualidade no atendimento.
- Organização de Recursos: Estruturar adequadamente a unidade de saúde, garantindo que todos os recursos sejam alocados de forma eficiente e adequada.
- Desenvolvimento de Instrumentos Administrativos: Criar e implementar os instrumentos administrativos e jurídicos necessários para atender às demandas do hospital e assegurar conformidade com a legislação vigente.

- Criação e Expansão de Serviços: Orientar sobre a criação de novos serviços e a adequação ou expansão dos serviços já existentes, conforme as necessidades da comunidade e da unidade de saúde.
- Gestão Contratual: Assessorar na elaboração, celebração e revisão dos contratos necessários ao funcionamento da unidade de saúde, alinhando-os aos objetivos de gestão estabelecidos.
- Definição de Metas e Estratégias Operacionais: Estabelecer metas e estratégias operacionais na Instituição, alinhando-as aos objetivos do contrato de gestão firmado.
- Prestação de Contas: Preparar e apresentar a prestação de contas mensal, com informações detalhadas sobre as atividades realizadas, aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros, permitindo uma avaliação completa do desempenho.
- Transparência na Gestão: Fornecer explicações sobre as atividades de gestão sempre que solicitado, garantindo a transparência e clareza nas operações realizadas.
- Foco na Excelência e Gestão Eficiente: objetivo principal da equipe de gestão será garantir a excelência na administração da unidade de saúde, promovendo uma gestão eficiente, transparente e adaptada às necessidades da população atendida. O planejamento estratégico e a gestão eficaz são fundamentais para o sucesso contínuo da Instituição, assegurando a entrega de serviços de qualidade e a manutenção de um ambiente de trabalho produtivo e harmonioso.

Gestão de Crises:

A gestão de crises é um processo complexo que envolve a preparação antecipada, uma resposta rápida e eficiente, comunicação clara e a capacidade de adaptação. A forma como lidamos com crises impacta diretamente a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes, a moral da equipe e a reputação da instituição. Portanto, é essencial que haja um planejamento contínuo e capacitação constante das equipes, de modo a garantir que estejam preparadas para enfrentar as adversidades que possam surgir, assegurando a continuidade e a confiança nos serviços prestados.

A gestão de crises envolve um conjunto de ações coordenadas e estruturadas para lidar com situações inesperadas ou adversas. As crises podem variar desde

eventos internos, como falhas no sistema de atendimento, até fatores externos, como desastres naturais, pandemias, erros médicos graves ou problemas financeiros. A forma como essas situações são geridas pode determinar o impacto delas sobre a instituição e seus stakeholders.

Diretrizes da Gestão de Crises:

- Planejamento Antecipado e Prevenção: Desenvolver planos de ação para diferentes cenários de crise, antecipando possíveis riscos e ameaças. Esse planejamento deve envolver a criação de estratégias para prevenir ou mitigar impactos negativos, como a identificação de falhas potenciais e a implementação de medidas corretivas antes que se tornem crises.
- Mapeamento de Riscos e Ameaças: Realizar um mapeamento contínuo de riscos internos e externos, identificando os pontos vulneráveis que podem originar uma crise. Isso inclui a análise de sistemas de atendimento, infraestrutura, recursos financeiros e outros fatores que podem afetar a operação da instituição.
- Procedimentos Detalhados e Objetivos Claros: Elaborar procedimentos detalhados para cada tipo de crise, com a definição clara dos objetivos a serem alcançados. Isso deve incluir protocolos específicos para a ação de cada equipe ou profissional envolvido na resposta à crise, garantindo uma atuação coordenada e eficiente.
- Responsabilidade e Atribuição de Papéis: Definir claramente a responsabilidade de cada equipe e profissional em situações de crise, estabelecendo funções e tarefas específicas. A alocação de responsabilidades contribui para uma resposta rápida e eficaz, evitando a duplicação de esforços e falhas na comunicação.
- Comunicação Eficaz e Feedback Contínuo: Manter uma comunicação clara, objetiva e eficiente em todos os níveis da organização durante uma crise. Além disso, garantir que haja um sistema de feedback contínuo, permitindo ajustes rápidos nas estratégias de resposta conforme as situações se desenvolvem.
- Treinamentos Regulares: Implementar treinamentos contínuos para as equipes, simulando cenários de crise e avaliando a eficácia das respostas. Esses treinamentos são essenciais para garantir que todos os colaboradores estejam bem-preparados para lidar com emergências e situações de alto risco, aprimorando a capacidade de resposta da instituição.

- Avaliação e Melhoria Contínua: Após a resolução de uma crise, realizar uma avaliação minuciosa da resposta da organização, considerando a eficácia dos procedimentos adotados. Esse processo de avaliação deve ser seguido de ajustes e melhorias contínuas nos planos de ação, garantindo que a instituição esteja cada vez mais preparada para situações futuras.

A gestão de crises é um componente vital para garantir a resiliência e a sustentabilidade da instituição, especialmente no ambiente hospitalar, onde a segurança dos pacientes e a confiança da comunidade são prioritárias. Ao adotar essas diretrizes, a organização estará não apenas preparada para enfrentar adversidades, mas também fortalecerá sua capacidade de adaptação e aprendizado contínuo. Dessa forma, será possível não apenas superar crises, mas também aprimorar os processos internos e manter a excelência no atendimento, independentemente dos desafios enfrentados.

GESTÃO POR PROCESSOS

Modelo organizacional que enfatiza a gestão através de seus processos, atribuindo responsabilidades claras a cada gestor ao longo de toda a cadeia produtiva. O objetivo central desses gestores é conduzir o desempenho dos processos, assegurando que as necessidades dos clientes e os objetivos institucionais sejam atendidos.

Esse modelo implica que os processos estejam devidamente mapeados, monitorados, avaliados e revisados sempre que necessário. É fundamental destacar que os esforços devem estar voltados para a melhoria contínua e para o alcance dos objetivos estratégicos da organização.

Ao adotarmos a gestão por processos, conseguimos alinhar nossas atividades de maneira mais eficaz, garantindo que cada etapa contribua para a satisfação do cliente e o alcance das metas estabelecidas, promovendo uma visão holística dos processos organizacionais, incentivando a colaboração entre departamentos e a busca incessante por eficiência, eficácia e qualidade. Baseado nestes três conceitos, embora inter-relacionados, têm significados distintos:

- **Eficiência:** Refere-se à capacidade da organização de utilizar seus recursos (tempo, dinheiro, pessoal) da melhor forma possível para alcançar os

objetivos propostos. Uma gestão eficiente maximiza a utilização dos recursos disponíveis, reduzindo desperdícios e otimizando processos.

- **Eficácia:** Está relacionada à capacidade de atingir os resultados esperados, ou seja, de cumprir os objetivos e metas estabelecidos. Ser eficaz significa alcançar o que foi planejado, independentemente de como os recursos foram utilizados.
- **Efetividade:** Vai além da eficácia, referindo-se à capacidade de gerar impactos duradouros e positivos, tanto no curto quanto no longo prazo. A efetividade diz respeito à concretização de resultados que realmente façam diferença para a organização e para as partes interessadas.

A melhoria contínua em eficiência, eficácia e efetividade exige uma análise constante dos processos e a implementação de estratégias de otimização, pode envolver a adoção de tecnologias que automatizem processos, a revisão de fluxos de trabalho para reduzir gargalos e a implementação de práticas de gestão baseadas em dados que ajudem a medir e aprimorar o desempenho.

Para melhorar esses três aspectos, as organizações precisam criar um ciclo de feedback, onde os resultados são constantemente avaliados e as ações ajustadas conforme necessário. Além disso, é importante cultivar uma cultura de inovação e aprendizado, onde os profissionais se sintam incentivados a propor melhorias e a buscar soluções criativas para os desafios organizacionais.

PROCESSOS

Processos são atividades logicamente relacionadas que, usando recursos (pessoas, equipamentos, materiais, entre outros), produzem resultados (produtos ou serviço), adicionando valor a cada etapa. Portanto, não existe um produto ou um serviço oferecido por uma empresa sem um processo, qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-se valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo, descrevemos os processos divididos em:

- Gerenciais: Esses processos têm a função de coordenar os processos administrativos, assistenciais e de apoio, por meio da definição de estratégias, estabelecimento e monitoramento de metas, além de promover melhorias quando necessário, Liderança (Diretoria Geral, Gestão Assistencial e Gestão Administrativa e de Apoio).

- Assistenciais: São os processos que se relacionam diretamente com o atendimento ao cliente. Esses processos são essenciais para garantir a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Internação e Atendimento Cirúrgico.
- Apoio: Esses processos sustentam as atividades assistenciais, fornecendo os produtos e serviços necessários, como equipamentos, tecnologia e informações, Gestão de Estrutura Física e Funcional (manutenção), Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica) e Sistema de Informação ao Paciente (Tecnologia da Informação - TI).

Dentro desta perspectiva a Gestão por Processos, incluímos a elaboração e análise da cadeia de valor, macroprocessos, mapeamento, interação dos processos e monitoramento, oferecendo uma visão estratégica e abrangente da organização. A padronização dos processos deve ser implementada de forma flexível, sem a necessidade de definir um número fixo de processos, sendo crucial que os processos sejam mapeados conforme o perfil e as necessidades específicas de cada instituição, levando em consideração suas particularidades operacionais e estratégicas.

MACROPROCESSO: conjunto de atividades que geralmente envolve mais de uma função organizacional e exerce um impacto significativo sobre o funcionamento da organização como um todo. Trata-se de um processo que integra diferentes áreas da empresa, sendo crucial para alcançar os resultados estratégicos desejados.

CADEIA DE VALOR: composta de atividades de apoio para o desenvolvimento do conjunto de atividades realizadas por uma organização, desde as interações com fornecedores, clientes, passando pelos ciclos de produção, até a entrega final do produto ou serviço ao cliente. Considerando que cada uma deve ser avaliada a possibilidade de melhoria, promovendo a excelência no processo e a eficiência organizacional.

São processos que oferecem uma visão ampla da organização, destacando que, para alcançar o sucesso, é fundamental que esses processos sejam mapeados de acordo com as especificidades do serviço de saúde.

MAPEAMENTO DE PROCESSOS: tem como objetivo demonstrar a sequência lógica das atividades dentro de um processo. Todo desenvolvimento desta etapa, ocorre através de reuniões com os responsáveis pelo processo, mapeando o processo conforme a realidade observada, e não com base no que se imagina ser o cenário ideal.

Para realizar o mapeamento de forma eficaz, são utilizadas algumas ferramentas da qualidade, como o SIPOC e o Fluxograma, permitindo uma análise clara e eficaz, promovendo a melhoria contínua dos processos organizacionais.

- SIPOC (Suppliers, Inputs, Process, Outputs e Customers) — Fornecedores, Entradas, Processo, Saídas e Clientes. Esta ferramenta é utilizada para descrever detalhadamente o processo e suas interações com fornecedores e clientes. Durante essa etapa, é possível identificar pontos críticos que precisam ser monitorados e os riscos associados a cada fase do processo.
- FLUXOGRAMA: Utilizado para representar graficamente as etapas de um processo, facilitando a visualização das atividades e sua sequência lógica.

INTERAÇÃO DE PROCESSOS: com base nos produtos e serviços gerados no mapa de processo, considerando as características que atendem às necessidades dos clientes, tanto internos quanto externos. Alinhadas às expectativas dos clientes, formam os requisitos de qualidade dos produtos e serviços oferecidos.

Os requisitos de qualidade podem ser analisados sob cinco dimensões principais abaixo descritas, que asseguram a qualidade dos produtos e serviços, contribuindo para a satisfação dos clientes e o sucesso da organização:

- Qualidade Intrínseca: Refere-se às propriedades diferenciadoras da qualidade do produto ou serviço, que distinguem o item em termos de desempenho, durabilidade e conformidade.
- Custo: Representa o custo financeiro envolvido na produção ou entrega do produto ou serviço, que deve ser gerenciado para garantir competitividade e viabilidade econômica.
- Atendimento (Entrega): Relaciona-se com a capacidade de fornecer o produto ou serviço dentro dos prazos estabelecidos, no local correto e na quantidade adequada, atendendo de forma eficiente as necessidades do cliente.

- Moral: Refere-se ao nível médio de satisfação das pessoas envolvidas no sistema, como clientes, colaboradores e parceiros, e como essas percepções influenciam a reputação e o ambiente organizacional.
- Segurança: Diz respeito às características de segurança que o produto ou serviço deve oferecer ao usuário, bem como as condições de segurança necessárias para proteger os colaboradores da organização no processo de produção ou entrega.
- Monitoramento de Processo: Após a implantação ou ajuste de um processo, é essencial que ele seja monitorado, avaliado e ajustado regularmente, levando em conta seu desempenho ao longo do tempo, promovendo a melhoria contínua, assegurando que o processo permaneça eficiente e alinhado com as necessidades organizacionais e dos clientes.

Os responsáveis pelos processos devem garantir que os produtos e/ou serviços gerados atendam consistentemente às expectativas dos clientes, buscando sempre a excelência e a satisfação.

GERENCIAMENTO DE RISCOS

A gestão de riscos é essencial para garantir a segurança dos pacientes, a integridade dos profissionais e a sustentabilidade da instituição. Ao implementar um programa de gerenciamento de riscos estruturado, a organização pode não apenas minimizar os efeitos adversos, mas também criar um ambiente de atendimento mais seguro, transparente e eficiente. Com a adoção de medidas preventivas, corretivas e de controle adequadas, a instituição reforça seu compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança, contribuindo para a construção de uma imagem sólida e confiável perante a comunidade.

Neste cenário, a gestão de riscos não se limita apenas aos aspectos operacionais, mas envolve uma abordagem ampla que visa proteger todas as partes envolvidas e assegurar a qualidade do atendimento prestado.

No setor da saúde é uma tarefa complexa que exige a implementação contínua e sistemática de ações, procedimentos e recursos para a identificação, avaliação e controle de riscos e eventos adversos.

É essencial que a gestão de riscos seja incorporada de forma transversal e contínua à cultura organizacional, alinhando-se aos valores e práticas da instituição. Isso permite que os riscos sejam mitigados de maneira proativa e integrada,

garantindo não apenas a redução dos incidentes, mas também a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos. Em uma unidade de saúde, a gestão de riscos deve abranger desde a segurança dos pacientes até a proteção dos dados sensíveis, assegurando que todos os processos estejam alinhados com as melhores práticas e normas regulatórias.

Identificação e Tratamento de Riscos

O gerenciamento de riscos envolve a identificação e a análise cuidadosa dos riscos potenciais, sejam eles operacionais, financeiros, clínicos ou de segurança. Isso inclui riscos relacionados à falta de recursos adequados, falhas tecnológicas, erros médicos, contaminação ambiental, riscos de incêndio e outros incidentes que possam comprometer a integridade das pessoas e a qualidade do atendimento. Além disso, a gestão de riscos deve avaliar os impactos desses eventos no funcionamento da instituição, na experiência do paciente e no bem-estar dos profissionais de saúde.

Com uma abordagem eficiente e inclusão de medidas preventivas, corretivas e de controle, para minimizar a ocorrência de eventos adversos. Essas medidas podem incluir desde treinamentos contínuos para os profissionais de saúde, implementação de protocolos rigorosos de segurança e o uso de tecnologias para monitoramento de riscos em tempo real. A comunicação eficaz sobre os riscos é fundamental para garantir que todos os envolvidos, desde os gestores até os colaboradores e pacientes, estejam cientes das medidas de segurança e saibam como agir em caso de incidentes.

Implantação do Programa de Gerenciamento de Riscos

A implantação de um programa de gerenciamento de riscos é um processo lógico e sistemático. Inicialmente, identificamos todos os riscos potenciais e quantificamos, para determinar quais apresentam maior probabilidade de ocorrência e maior impacto no atendimento. Em seguida, deve-se realizar uma análise detalhada do impacto desses riscos nos processos assistenciais, garantindo que as medidas preventivas sejam eficazes e implementadas de maneira assertiva.

A comunicação e o envolvimento da equipe são cruciais para o sucesso do programa, envolvendo a criação de uma cultura de segurança, onde todos os membros da organização, dos gestores aos profissionais de saúde, são incentivados a identificar e relatar riscos identificando e as ações corretivas de forma transparente

e contínua, assegurando que a organização como um todo esteja comprometida com a segurança e a qualidade no atendimento.

Riscos Institucionais e Imagem da Organização

Além dos riscos operacionais e clínicos, são mapeados também riscos institucionais que afetam diretamente a imagem e a reputação da organização. Esses riscos podem incluir falhas na comunicação com a comunidade, não conformidades com regulamentos de saúde, incidentes que gerem desconforto público, como epidemias ou crises de segurança, e a má gestão de crises internas. A gestão eficaz desses riscos não só assegura um ambiente mais seguro, mas também fortalece a confiança da comunidade na instituição, promovendo a imagem da organização como um centro de excelência e compromisso com a saúde pública.

IMPLANTAÇÃO DE ESG (ENVIRONMENTAL, SOCIAL, AND GOVERNANCE)

A implantação de ESG (Ambiental, Social e Governança) é um processo estratégico fundamental para garantir que a organização atue de maneira sustentável, responsável e transparente, alinhando suas operações às expectativas da sociedade, do mercado e das partes interessadas. A adoção de práticas ESG envolve um compromisso com a proteção ambiental, o impacto social positivo e a governança ética e eficiente, promovendo a criação de valor a longo prazo.

A incorporação de ESG nas práticas de gestão impacta não só a reputação e a responsabilidade corporativa da instituição, mas também sua sustentabilidade financeira, sua capacidade de inovar e sua competitividade. A forma como a organização implementa e gerencia essas práticas tem implicações diretas na atração de investidores, na confiança do consumidor, na motivação da equipe e no relacionamento com os fornecedores e a comunidade.

Diretrizes para a Implantação de ESG:

- Compromisso com a Sustentabilidade Ambiental: Adotando práticas que minimizem o impacto ambiental das operações da instituição. Isso inclui a implementação de políticas para redução do consumo de recursos naturais, gestão eficiente de resíduos, promoção de energias renováveis e a adoção de tecnologias que favoreçam a sustentabilidade. O objetivo é não apenas atender à legislação

ambiental, mas também contribuir ativamente para a preservação do meio ambiente, gerando impacto positivo na sociedade.

- Responsabilidade Social e Inclusão: A organização deverá implementar ações que promovam o bem-estar da comunidade, contribuindo para o desenvolvimento social e a inclusão. Isso envolve práticas que favoreçam a diversidade e a equidade no ambiente de trabalho, ações de apoio à saúde, educação e desenvolvimento local, bem como a promoção de uma cultura organizacional que valorize a ética, a igualdade de direitos e o respeito a todos os indivíduos.
- Governança Transparente e Ética: A governança corporativa deve ser conduzida de forma transparente, com processos decisórios claros, responsáveis e éticos. A implantação de ESG requer o fortalecimento da estrutura de governança, com a definição de práticas para garantir a responsabilidade fiduciária, a integridade nas ações gerenciais e a conformidade com as leis e regulamentos. Isso também envolve a criação de mecanismos de prestação de contas, auditoria interna e controle, assegurando que todas as partes interessadas possam acompanhar o desempenho da organização em relação aos seus compromissos ESG.
- Engajamento das Partes Interessadas: O sucesso da implantação de ESG depende do envolvimento de todas as partes interessadas, incluindo colaboradores, fornecedores, investidores, clientes e a comunidade. A organização deve promover o diálogo constante com esses grupos, compreendendo suas expectativas e necessidades dos usuários e contratante, e incorporando-as nas políticas e práticas gerenciais. A transparência na comunicação e a prestação de contas são essenciais para fortalecer a confiança e o relacionamento com as partes interessadas.
- Integração nas Estratégias e Operações: Para que a abordagem ESG seja eficaz, ela deve ser integrada às estratégias e operações diárias da organização. A adoção de práticas ESG não deve ser vista como um esforço isolado, mas como uma parte essencial da cultura e dos processos organizacionais. Isso inclui a definição de metas claras relacionadas ao desempenho ambiental, social e de governança, com indicadores de acompanhamento e resultados que permitam medir o progresso de forma contínua.
- Monitoramento e Melhoria Contínua: O aprimoramento da gestão de ESG deve ser dinâmico, com constante monitoramento dos indicadores e avaliação de desempenho. A organização deve implementar sistemas de auditoria e relatórios

que permitam acompanhar o impacto de suas práticas ESG e promover melhorias contínuas. Com isso, será possível ajustar as estratégias conforme necessário, garantindo que a organização esteja sempre alinhada às melhores práticas e às expectativas das partes interessadas.

A implantação de ESG é uma estratégia essencial para garantir a sustentabilidade e a longevidade de qualquer organização. Ao integrar práticas ambientais, sociais e de governança no cerne de suas operações, a instituição não apenas fortalece sua reputação e atratividade no mercado, mas também contribui de maneira significativa para o desenvolvimento sustentável e o bem-estar da sociedade. Com um compromisso sério e ações eficazes, a organização poderá liderar a transformação do setor, promovendo um impacto positivo e duradouro para as futuras gerações.

1.1.2.1 Mudança de Paradigma do Modelo Existente

O diferencial entre gestão pública e organização social para os serviços de saúde reflete uma transformação significativa no modelo de administração e prestação de serviços, com implicações tanto para os gestores quanto para os cidadãos. Tem como proposito incorporar melhorar a eficiência, a qualidade e a eficácia do atendimento à saúde, utilizando características da gestão privada, mas com a missão de atender ao interesse público.

Historicamente, os serviços de saúde no Brasil foram predominantemente geridos pelo Estado, por meio de órgãos governamentais, assume a responsabilidade direta pela administração dos hospitais, postos de saúde e demais unidades de saúde, sendo o financiador, o prestador de serviços e o regulador. Marcada por um processo burocrático, com processos e controles rígidos, o que, em muitos casos, pode levar a uma demora na implementação de melhorias e à ineficiência no uso dos recursos públicos.

Em contrapartida as organizações sociais, estabelecida na década de 1990, propôs uma nova forma de gestão. Como entidades privadas sem fins lucrativos contratadas pelo Estado para gerir serviços públicos de saúde. Atuam de forma descentralizada e têm mais flexibilidade administrativa e orçamentária, o que permite uma gestão mais ágil, com a possibilidade de implementar melhores práticas de gestão, focadas em resultados e em maior qualidade de serviço.

Objetivando mais eficiência na administração dos recursos, uma vez que são menos burocráticas e possuem maior capacidade de inovação em relação à gestão pública direta. Como também possibilita ao poder público se concentrar na regulação e fiscalização, enquanto as entidades privadas gerenciam as operações diárias dos serviços de saúde.com maior liberdade para adotar tecnologias de gestão, realizar treinamento contínuo de equipes, implementar práticas de qualidade e utilizar métodos modernos de administração, como a avaliação de desempenho e a satisfação das necessidades da população. Propondo melhorar a transparência em suas ações, que estão sujeitas a processos de auditoria e controle externo, o que contribui para a redução de riscos de corrupção.

A gestão de recursos humanos torna-se um ponto impactante para a gestão dos serviços de saúde, considerando a flexibilização para contratação de profissionais baseado em avaliação profissional, qualificação técnica e avaliação de desempenho.

O grande desafio está em realizar a gestão dos serviços de saúde sem afetar os princípios universais e igualitários do Sistema Único de Saúde (SUS) na priorização da eficiência econômica em detrimento da eficácia e a qualidade do atendimento aos usuários. O Estado continua essencial para garantir que as políticas públicas de saúde sejam cumpridas. O Estado deve ser o responsável por definir as normas e regulamentos que assegurem a equidade e a universalidade no atendimento, além de monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas OSS (Organização Social de Saúde). A parceria entre o setor público e as OSS precisa ser construída com base em um contrato de gestão que estabeleça metas claras e mecanismos de controle rigorosos.

O grande desafio reside em gerenciar os serviços de saúde de forma eficiente sem comprometer os princípios universais e igualitários do Sistema Único de Saúde (SUS), evitando que a busca pela eficiência econômica se sobreponha à eficácia e qualidade no atendimento aos usuários. Nesse contexto, o papel do Estado continua sendo fundamental para garantir que as políticas públicas de saúde sejam efetivamente implementadas. Cabe ao Estado a responsabilidade de definir as normas e regulamentos que assegurem a equidade e a universalidade do atendimento, além de exercer a supervisão contínua sobre a qualidade dos serviços prestados pela organização social A parceria entre o setor público e as OS SBSJ, deve ser pautada por um contrato de gestão claro, que estabeleça metas objetivas e

mecanismos rigorosos de controle e monitoramento, assegurando a prestação, transparência e a responsabilização na execução dos serviços.

Entendemos que a mudança de paradigma entre a gestão pública tradicional e a gestão por organizações sociais no setor de saúde é um reflexo das novas necessidades de administração pública e da busca por maior eficiência e qualidade nos serviços prestados à população.

MUDANÇA DE CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL

A mudança de clima e cultura organizacional é um processo essencial para qualquer instituição que busque se adaptar às novas demandas do mercado e alcançar melhores resultados. O clima organizacional está na percepção coletiva dos profissionais sobre o ambiente de trabalho, as relações interpessoais e a forma como a organização os tratam. Em contrapartida a cultura organizacional abrange os valores, crenças, normas e práticas que orientam o comportamento e as atitudes dos membros da organização.

Ao implementarmos essa mudança de forma eficaz, é fundamental que a liderança compreenda o impacto dessa transformação na motivação, no engajamento e na produtividade dos profissionais. A alteração no clima e na cultura organizacional deve ser encarada como uma estratégia de longo prazo, envolvendo todos os níveis da instituição. Ocorre através de uma comunicação clara, o engajamento das equipes e o desenvolvimento de um ambiente que favoreça a inovação, o respeito à diversidade e a colaboração, ao transformar positivamente a cultura organizacional, cria-se um alinhamento mais forte entre os objetivos da empresa e os valores de seus profissionais, resultando em maior comprometimento e, consequentemente, melhores resultados.

Essas transformações culturais quando bem implementadas, elas geram um ambiente de trabalho mais colaborativo, produtivo e inovador, além de um desempenho organizacional aprimorado. Focando na adaptação da cultura, no desenvolvimento contínuo das pessoas e na busca pela otimização de processos, buscamos alcançar melhores resultados e causar um impacto positivo nos profissionais, usuários e na sociedade como um todo.

Neste processo, a cultura de gestão será alinhada com o desenvolvimento e a motivação dos profissionais, promoção de comunicação aberta, contínua e

transparente. O gestor deve ser visto como um facilitador, criando estratégias rápidas e seguras, além de eliminar desperdícios e retrabalhos.

A mudança de clima organizacional ao ser abordada de maneira holística, ou seja, considerando a instituição como um todo, estará focada na entrega de valor, estimulando a criatividade e adotando práticas de responsabilidade social e ambiental, possibilitando o alcance de uma transformação significativa e sustentável, que beneficie tanto a Instituição quanto seus profissionais e usuários.

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL (PCO)

Ferramenta estratégica essencial para a gestão de pessoas, permitindo mensurar a percepção coletiva dos profissionais sobre diversos aspectos do ambiente organizacional. Ao realizamos esta pesquisa, é possível mapear e analisar o clima interno, identificando as necessidades e os aspectos críticos que influenciam o momento motivacional da empresa, compreende os pontos positivos e negativos que impactam diretamente o clima organizacional, permitindo uma avaliação detalhada sobre o ambiente de trabalho.

Compreendendo os níveis de satisfação dos profissionais possibilita um equilíbrio organizacional saudável, focado na melhoria da qualidade de vida no trabalho, que por sua vez, contribui para o aumento da produtividade e da motivação da equipe, alinhando a cultura organizacional com as ações estratégicas da empresa.

A Pesquisa de Clima Organizacional (PCO) será realizada anualmente com todos os profissionais ativos da Instituição, abrangendo diversos setores. Este processo será conduzido pela equipe de Recursos Humanos, por meio de um cronograma de ações planejadas. O programa será estruturado com a definição das questões a serem abordadas, a periodicidade de aplicação, o processo de coleta de dados, a análise dos resultados e o desenvolvimento de ações baseadas nos resultados obtidos.

O processo incluirá a sensibilização dos profissionais e a divisão deles conforme os turnos de trabalho. Após a coleta de dados, as informações serão tabuladas, conferidas e analisadas pelo RH. Com base nos resultados, serão propostas ações de melhoria, que visem otimizar o ambiente organizacional. Esses resultados serão apresentados aos gestores do SBSJ por meio de relatórios específicos, os quais serão seguidos de reuniões com gestores e profissionais, para discutir as conclusões e buscar soluções de melhorias pontuais.

Em conjunto, gestores e profissionais trabalharão no desenvolvimento de planos de ação que serão implementados e monitorados ao longo do período anual, visando a constante evolução do clima organizacional e o aprimoramento contínuo das práticas e do ambiente de trabalho.

GESTÃO DE PESSOAL

A gestão de pessoal é uma área fundamental para o sucesso de qualquer organização, pois envolve o recrutamento, a formação, o desenvolvimento e a retenção dos profissionais. Para ser uma gestão eficiente de pessoal é necessário atrair talentos, capacitar e engajar os profissionais, promovendo um ambiente de trabalho positivo e produtivo. No entanto se faz necessário adotar práticas de gestão que sejam transparentes, justas e alinhadas com os objetivos estratégicos da organização.

Investir em programas de capacitação e desenvolvimento profissional é essencial para melhorar a qualificação dos profissionais, garantindo que possuam as competências necessárias para enfrentar os desafios do mercado. Além disso, práticas como a promoção de um bom equilíbrio entre vida pessoal e profissional, a adoção de políticas de reconhecimento e a oferta de oportunidades de crescimento contribuem para a retenção destes talentos junto a Instituição, gerando aumento da satisfação e do desempenho organizacional.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Processos organizacionais fundamentais para garantir, atrair, avaliar e escolher os melhores candidatos para preencher uma vaga de trabalho de acordo com as qualificações necessárias e alinhados a cultura organizacional. O recrutamento refere-se à prática de atrair candidatos qualificados, enquanto a seleção envolve o conjunto de atividades realizadas para avaliar esses candidatos e escolher o mais adequado para a posição. Quando bem estruturado e executado, contribui para a construção de equipes produtivas, motivadas e engajadas.

A seguir, detalho as etapas de Recrutamento e Seleção, seguidas pela SBSJ para garantir a contratação do profissional ideal:

Levantamento das necessidades: A primeira etapa do processo de recrutamento e seleção está em identificar a necessidade de preenchimento da vaga.

Para isso, o gestor da área e o departamento de Recursos Humanos (RH) analisam a função e as responsabilidades do cargo, requisitos técnicos e comportamentais necessários para o candidato. Também é importante avaliar se a contratação é realmente necessária ou se é possível preencher a vaga com um remanejamento interno.

São requisitos básicos análise da função e descrição detalhada do cargo; definição de perfil (requisitos técnicos, experiência, habilidades e competências) e planejamento das necessidades para a vaga e aprovação do orçamento (sempre que necessário).

Recrutamento: objetivando atrair candidatos qualificados para a vaga aberta, realizamos por:

Recrutamento Interno oferecendo primeiramente aos profissionais existentes na Instituição, incentivando o crescimento e a promoção de talentos internos.

Recrutamento Externo quando aberta ao público em geral, através de meios de comunicação, através de anúncios em sites de emprego, redes sociais, universidades, agências de recrutamento entre outras, buscando atrair candidatos de fora, externos.

Etapas:

- Elaboração de um anúncio de vaga com as responsabilidades, requisitos e benefícios da posição.
- Divulgação da vaga com as qualificações e requisitos necessárias para o cargo, nos canais apropriados interna e externamente (exemplo: banco de currículos/ talentos, murais na instituição, grupos institucionais, sites de emprego, SINE- Sistema Nacional de empregos, e-mail, entre outros).
- Captação de candidatos qualificados para o processo seletivo, através de currículos.
- Triagem de currículos, analisados e separados pela equipe de Recursos Humanos (RH), selecionando os candidatos que atendem aos requisitos do cargo, filtrando aqueles que possuem as qualificações, experiência e habilidades necessárias para a vaga.
- A entrevista inicial é uma das primeiras interações diretas com os candidatos. Pode ser realizada de forma presencial ou online (videoconferência). O objetivo é conhecer melhor o candidato, avaliar suas motivações, atitudes e como

ele se comporta em uma situação de entrevista. Além disso, é o momento para esclarecer dúvidas sobre a vaga e a Instituição.

- Em geral os candidatos passem por testes técnicos e/ ou dinâmicas de grupo. São importantes principalmente para avaliações de conhecimentos específicos (como testes de informática, lógica, técnica, redação, etc.), enquanto as dinâmicas de grupo servem para observar o comportamento dos candidatos em situações de interação em equipe, resolução de problemas e liderança.
- Entrevista final tem como objetivo aprofundar a avaliação do candidato, pelo líder e ou gestor da área, dependendo do nível do cargo. Este é momento de analisar as qualificações mais específicas, alinhar expectativas, discutir remuneração e condições de trabalho, e avaliar a compatibilidade entre o candidato e a cultura organizacional da empresa.
- Referência em alguns processos seletivos, se faz necessário verificação de referências apresentadas com objetivo confirmar as informações apresentadas pelo candidato no currículo.
- Após a avaliação completa de todos os candidatos, a empresa faz a proposta de contratação ao candidato selecionado. A proposta geralmente inclui, detalhes sobre o salário, benefícios, horários de trabalho e outras condições de emprego. O candidato então tem a oportunidade de aceitar ou negociar as condições.
- Após a aceitação da proposta são solicitadas as documentações de contratação e realizado o agendamento para avaliação com a medicina do trabalho, para que seja finalizada a contratação e definido o início das atividades na Instituição.
- Integração nesta etapa tem o compromisso de facilitar a adaptação do novo profissional à Instituição, suas funções, a cultura organizacional e a equipe de trabalho, orientações, capacitações e treinamentos Institucionais, apresentações e atividades promovendo a receptividade ao novo ambiente de trabalho.

INTEGRAÇÃO DO PROFISSIONAL:

Objetivo: Garantir que os novos profissionais da unidade de saúde compreendam o funcionamento da instituição, conheçam a cultura organizacional, as normas e procedimentos, e se sintam bem-vindos e preparados para exercer suas funções com qualidade e segurança.

É um processo de integração deve ser contínuo e flexível, com acompanhamentos periódicos nos primeiros meses de trabalho. Deve também ser

um espaço para escuta ativa, onde os profissionais possam sugerir melhorias e indicar pontos de dificuldade na adaptação ao ambiente hospitalar.

Roteiro de Integração em Unidade Hospitalar

1. Boas-vindas e Apresentação Institucional

Objetivo: Apresentar a história, missão, visão e valores do hospital. Promover o engajamento dos novos colaboradores com a cultura da instituição.

Apresentação do hospital:

- Breve histórico da instituição.
- Missão, visão e valores.
- Estrutura organizacional.
- Principais especialidades e serviços oferecidos.

Tour pela unidade hospitalar: Apresentação dos principais setores (urgência, emergência, centro cirúrgico, enfermarias, laboratórios, etc.).

Localização de pontos de apoio (refeitório, banheiros, farmácias, etc.).

2. Apresentação das Normas e Procedimentos

Objetivo: Garantir que o novo profissional conheça as normas operacionais, de segurança e os procedimentos padrões da instituição.

Políticas hospitalares:

- Código de ética e conduta.
- Procedimentos administrativos (documentação, relatórios, registros).
- Políticas de segurança do paciente.
- Higiene hospitalar e controle de infecções.

Normas de segurança:

- Protocolos de emergência (incêndio, evacuação, primeiros socorros).
- Equipamentos de proteção individual (EPIs) e uso correto.
- Procedimentos de lavagem das mãos e controle de infecções.

Protocolos de comunicação interna:

- Sistema de comunicação (telefonia, sistemas informatizados, rádio, etc.).
- Comunicação com a equipe de saúde, pacientes e familiares.

3. Introdução ao Papel e Responsabilidades do Colaborador

Objetivo: Explicar as funções e responsabilidades de cada colaborador dentro da equipe de trabalho, alinhando expectativas.

Apresentação do cargo e responsabilidades:

- Explicação detalhada das funções e tarefas a serem desempenhadas.
- Expectativas de desempenho e indicadores de avaliação.

Integração com a equipe:

- Apresentação dos líderes e supervisores da unidade.
- Explicação sobre o trabalho em equipe, interdisciplinaridade e a importância de cada profissional dentro da assistência à saúde.

4. Treinamento de Uso de Sistemas e Ferramentas

Objetivo: Treinar o profissional para o uso das ferramentas necessárias para o seu trabalho diário, como sistemas de registro de pacientes, prescrição médica, agenda de exames e outros sistemas hospitalares.

Treinamento nos sistemas de gestão hospitalar:

- Sistema de prontuário eletrônico.
- Registro de medicações, exames e resultados.
- Agenda de atendimentos e procedimentos.

Treinamento de ferramentas de comunicação e documentação:

- Sistema de comunicação interna (se houver).
- Procedimentos de registro de informações de pacientes.

5. Aspectos Legais e Éticos no Atendimento à Saúde

Objetivo: Orientar sobre a importância da ética e da legalidade nos atendimentos e cuidados com os pacientes.

Direitos dos pacientes:

- Confidencialidade e privacidade (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados).
- Consentimento informado.
- Direitos e deveres dos pacientes.

Ética no trabalho hospitalar:

- Conduta profissional e ética no cuidado ao paciente.
- Como lidar com situações de conflito ou dilemas éticos.

6. Formalização Integração

Objetivo: Momento em que é solicitada a assinatura e formalizando a ciência e participação do processo de integração, como também o fornecimento de senhas de acesso, e-mail, uniformes, etc.

- Documentos Institucionais.
- Interação com os sistemas de informatização da Instituição.
- Entrega de crachás, uniformes, manual do profissional, etc.
- Assinatura da lista de presença.

7. Encerramento e Acompanhamento

Objetivo: Finalizar a integração com uma visão geral, reforçando os pontos principais e estabelecendo canais de comunicação para dúvidas futuras.

Reforço sobre os recursos de apoio:

- Indicação de pessoas ou áreas para tirar dúvidas (supervisores, recursos humanos, TI, etc.).
- Acompanhamento pós-integração.

Feedback sobre a integração:

- Solicitação de feedback sobre o processo de integração.
- Ações para melhoria contínua da integração.

Encerramento:

Agradecimento pela participação.

DESLIGAMENTO E ENTREVISTA DEMISSIONAL

Em casos de solicitação de desligamento, se faz obrigatório o preenchimento do formulário de solicitação de desligamento, que deve ser assinado pelo gestor da área. O processo segue as orientações específicas para a demissão de profissionais, garantindo que todas as etapas sejam cumpridas conforme os procedimentos estabelecidos pela Instituição.

Entrevista demissional é uma metodologia importante para avaliar o nível de satisfação dos profissionais que se desligam, seja por solicitação própria ou por comunicação de demissão. Conduzida por profissional do Recursos Humanos, tem como objetivo obter informações relevantes sobre a experiência do profissional durante seu tempo na Instituição. Este processo permite identificar tanto os pontos

fortes quanto as áreas que precisam de melhoria, contribuindo para o aprimoramento contínuo da gestão de pessoas e do clima organizacional.

Embora a entrevista não seja obrigatória, a abordagem do RH visa esclarecer o objetivo da conversa, destacando que as respostas são sigilosas e que a participação contribuirá para o aprimoramento da gestão e da qualidade do ambiente de trabalho.

As informações obtidas são cuidadosamente mensuradas, analisadas e monitoradas como indicadores de RH. Essas análises fornecem subsídios para a correção de desvios, implementação de ações de melhoria contínua e a emissão de relatórios gerenciais. O objetivo é acompanhar os padrões de satisfação dos profissionais e identificar áreas críticas que necessitam de atenção. Esse processo permite à Instituição aprimorar suas práticas de gestão de pessoas, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável, produtivo e alinhado com as necessidades dos profissionais.

DEPARTAMENTO PESSOAL

Área responsável por gerenciar todos os processos relacionados aos funcionários da instituição, como: admissão, gestão de suas condições de trabalho e benefícios. Este departamento é fundamental para desenvolver uma gestão eficiente, pois impacta diretamente no atendimento aos pacientes e no bem-estar dos profissionais de saúde, por ser responsável e garantir que a Instituição opere de maneira eficiente, que os direitos e deveres dos profissionais sejam cumpridos de acordo com a legislação trabalhista e as normas internas, criando um ambiente de trabalho seguro e organizado conforme atividades descritas abaixo:

- Admissão: Orientação e coleta de todos os documentos necessários para formalizar a contratação dos novos profissionais, como CTPS, exames admissionais, entre outros. Redação e controle de contratos, respeitando as particularidades da legislação trabalhista (CLT), acordos coletivos, e leis específicas do setor de saúde.

O processo de contratação será realizado conforme as disposições da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Os candidatos aprovados no processo de Recrutamento e Seleção deverão apresentar a documentação solicitada após a divulgação do exame admissional.

Para formalizar a contratação será necessário apresentação de:

- Laudo de Aprovação dos exames admissional;

- Cópia dos documentos pessoais: carteira de trabalho; CPF, RG, PIS, Título de Eleitor, Carteira do Conselho Profissional (se necessário), foto 3x4 recente e dados bancários.
- Certidões/ Comprovantes: casamento ou nascimento do profissional e ou caso tenha filhos menor de 14 anos, comprovante de endereço, comprovante de vacinação do profissional e filhos menores de 05 anos (caso tenha filhos) atualizados, histórico escolar (diplomas, especializações, etc.).

A admissão será realizada somente após a entrega de todos os documentos solicitados dentro do prazo de uma semana.

Após a entrega de toda a documentação, será elaborado o contrato de trabalho de acordo com as especificidades do cargo e conforme a CLT. O contrato deverá ser assinado durante o processo de Integração de novos profissionais.

Importante: Na assunção do contrato de gestão pela OSS, este processo ocorrerá em processo de transição, pois os profissionais deverão optar ou não a continuar na Instituição, será necessário um período de 45 dias para efetuarmos as contratações, concluirmos o processo seletivo, realizar os exames periódicos, solicitar as documentações e expedir o contrato de trabalho.

- Controle de ponto: Monitoramento da jornada de trabalho, com registro de entradas e saídas dos funcionários, horas extras, banco de horas e faltas (ausências e justificação de faltas), com base na escala de trabalho e nas necessidades da Instituição.
- Escalas de plantões: Organização e acompanhamento das escalas de plantão dos profissionais de saúde, garantindo que a Instituição tenha cobertura adequada em todos os turnos e dias da semana.
- Processamento da folha de pagamento: Cálculo de salários, comissões, gratificações e deduções (como INSS, FGTS, IRRF, etc.). Administração de benefícios, como vale-transporte, vale-alimentação, plano de saúde, e outros oferecidos pela Instituição.
- Pagamento de salários: Garantia de que os salários sejam pagos corretamente e pontualmente, de acordo com os contratos e acordos firmados.
- Gestão de Benefícios: Controle de adesão e manutenção de planos de saúde para os funcionários e seus dependentes, algo essencial no ambiente da Instituição. Administração dos benefícios de transporte e alimentação, ajustando-os conforme a legislação e as políticas internas. Organização de programas de apoio aos

profissionais, especialmente em áreas de alta demanda como das unidades de saúde, onde o estresse é elevado.

- Gestão de Documentos Trabalhistas e Legais: Organizar a realização de exames admissionais, periódicos, demissionais e outros exames exigidos por lei para garantir que os colaboradores estejam aptos a exercer suas funções. Planejamento e controle do período de férias dos funcionários, garantindo que não haja sobrecarga de trabalho e que as escalas sejam respeitadas. Acompanhamento de processos de desligamento, realização de homologações de rescisões contratuais, cálculos de verbas rescisórias, e comunicação com sindicatos, quando necessário.
- Apoio à Gestão de Conflitos e Clima Organizacional: Mediação de conflitos entre funcionários e a gestão, garantindo que questões trabalhistas sejam resolvidas de forma justa e conforme a legislação. Monitoramento do bem-estar e motivação dos profissionais, promovendo um ambiente de trabalho saudável e colaborativo, essencial para a boa prestação de cuidados de saúde.
- Compliance e Normas Trabalhistas: Garantir que o hospital siga as normas trabalhistas, previdenciárias, fiscais e regulamentações específicas do setor de saúde. Acompanhamento do cumprimento das normas internas da Instituição relacionadas à conduta profissional, vestuário, uso de equipamentos, entre outros.

Atividades desenvolvida dos profissionais, de:

Recursos humanos: responsável por atrair, selecionar e contratar os candidatos mais adequados para as diversas funções da instituição. Isso inclui a análise de necessidades de pessoal, divulgação de vagas, triagem de currículos, entrevistas, aplicação de testes, e o acompanhamento do processo seletivo até a contratação. Selecionando profissionais qualificados, alinhados aos valores da instituição e capazes de oferecer um atendimento de qualidade aos pacientes.

Departamento pessoal: é responsável pela gestão administrativa dos profissionais da Instituição, desde a admissão até o desligamento. Suas funções incluem o controle de folha de pagamento, registro de ponto, benefícios, férias, cumprimento da legislação trabalhista e previdenciária, além de garantir a conformidade com as normas de saúde e segurança no trabalho. O departamento também lida com questões de documentação e mantém os registros dos funcionários organizados e atualizados.

*Nota: O quantitativo está disponível na planilha de dimensionamento de profissionais.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo.

1.1.3 Os modelos e certificações de qualidade que serão implantados

Atualmente, as ferramentas de certificação de qualidade e acreditação são fundamentais para que as instituições de saúde possam oferecer serviços de excelência, promovendo a qualidade no atendimento aos pacientes e alcançando os seus objetivos organizacionais. Através desses processos, os hospitais conseguem padronizar procedimentos, reduzir custos, garantir o treinamento contínuo de suas equipes e se destacar no mercado da saúde, entregando confiança e segurança aos pacientes e à comunidade.

A SBSJ desenvolve seus processos estabelecendo ferramentas essenciais para que suas unidades de saúde demonstrem sua conformidade com os padrões de qualidade e segurança. Elas não apenas asseguram a qualidade das práticas de gestão, mas também oferecem uma referência segura para o aprimoramento contínuo das práticas assistências hospitalares.

Através do processo de Acreditação Hospitalar estabelecido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), hoje um dos principais modelos de certificação com a metodologia focada em melhoria contínua da qualidade e segurança, estabelecendo padrões e elevando a cultura de qualidade na área de saúde. Ela acontece em três níveis:

Nível 1 - Acreditado da ONA (Organização Nacional de Acreditação) significa que a organização de saúde cumpre ou supera 80% ou mais dos padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela ONA. A avaliação abrange todas as áreas da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, além dos requisitos CORE. O certificado tem validade de dois anos.

Nível 2 - Acreditado Pleno exige que a organização de saúde atenda a dois critérios:

1. Cumprir ou superar 80% dos padrões de qualidade e segurança, além dos requisitos CORE.

2. Cumprir ou superar 80% dos padrões ONA de gestão integrada, com processos fluídos e comunicação plena entre as atividades, além dos requisitos CORE. O certificado tem validade de dois anos.

Nível 3 - Acreditado com Excelência exige que a organização de saúde atenda a três critérios:

1. Cumprir ou superar 90% dos padrões de qualidade e segurança, além dos requisitos CORE.
2. Cumprir ou superar 80% dos padrões de gestão integrada, além dos requisitos CORE.
3. Cumprir ou superar 80% dos padrões de Excelência em Gestão, demonstrando cultura de melhoria contínua e maturidade institucional, além dos requisitos CORE.

O certificado tem validade de três anos.

*Fonte: Manual ONA/2022.

A aplicação dessa metodologia de acreditação é realizada por iniciativa da própria instituição, ocorrendo de maneira periódica e confidencial, ela se baseia em padrões e normas previamente estabelecidos.

A gestão do HOSPITAL DA CRIANÇA DR JOSÉ MACHADO SOUZA será orientada pelo processo de disseminação da cultura de qualidade, com o objetivo de preparar a unidade para os processos de acreditação hospitalar. Quando a equipe de Qualidade avaliar que o hospital está pronto para a certificação, será adotada a modalidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que possui um caráter essencialmente educativo, focado na melhoria contínua, sem a intenção de fiscalização ou controle oficial.

O processo de preparação da unidade de saúde para a certificação deverá ser iniciado no primeiro ano de gestão. No entanto, será fundamental estabelecer uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde para a condução do processo, uma vez que podem ser necessárias adequações na estrutura física ou investimentos financeiros.

Implantar e implementar um processo de certificação em uma unidade de saúde exige um planejamento estratégico bem estruturado e a colaboração de toda a equipe. Abaixo estão os passos para garantir o sucesso na implantação e implementação desse processo:

Planejamento Inicial e Comprometimento da Liderança, através da identificação dos objetivos no processo essencial para certificação como: qualidade do atendimento, segurança do paciente, eficiência operacional entre outros a serem definidos pela equipe. Sendo fundamental o comprometimento da alta gestão, ou seja, os principais incentivadores da certificação e garantir os recursos necessários. Estabelecer membros da equipe multidisciplinar e para coordenar e compor a equipe.

O modelo de certificação que a SBSJ entende ser factível e alinhado as características deste projeto a metodologia de Acreditação concedida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Por se tratar de requisitos específicos dos quais entendemos que seja possível alinhar estes processos as características do Hospital da Criança Dr. José Machado Souza.

Abaixo descrevemos os principais objetivos da **acreditação**:

Garantir a Qualidade dos Serviços: Assegurar que todos os serviços prestados, desde os cuidados médicos até a gestão administrativa, atendam aos mais altos padrões de qualidade, garantindo a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Melhoria Contínua: Estimular a constante melhoria dos processos internos e da qualidade dos serviços, promovendo a inovação e a adaptação a novas práticas, tecnologias e diretrizes.

Credibilidade e Confiança: Certificar que o hospital segue normas de qualidade reconhecidas internacionalmente, o que aumenta a confiança da comunidade, dos pacientes e dos profissionais de saúde na instituição.

Segurança do Paciente: Acreditação visa assegurar que práticas de segurança do paciente sejam implementadas de forma eficaz, com a minimização de riscos, prevenção de erros médicos e garantia de um ambiente seguro.

Gestão Eficiente de Recursos: Avaliar e otimizar a utilização dos recursos materiais, financeiros e humanos, promovendo a sustentabilidade da instituição e garantindo a eficiência de seus processos operacionais.

Para o desenvolvimento do processo de Certificação ONA, seguimos o roteiro abaixo descrito.

1. **Diagnóstico Situacional** avaliando o estado atual da unidade de saúde, entendendo os pontos fortes, pontos de melhoria e lacunas no atendimento, gestão e processos.

2. **Auditorias internas:** Capacitar profissionais para realizarmos auditorias internas, ou seja, realizar a autoavaliação, entendendo e revisando as práticas existentes, identificar conformidades de acordo com os padrões estabelecidos pela certificação.

3. **Desenvolvimento de Plano de Ação**: Com base nos resultados do diagnóstico e das auditorias internas, desenvolva planos de ação para atender aos requisitos do modelo de certificação. Estabelecendo metas claras e especificas de cada área, com cronograma definindo as ações, responsabilidades, prazos e resultados esperados.

4. **Identificação de processos críticos:** Protocolos clínicos, segurança do paciente, gerenciamento de riscos.

5. **Treinamento das Equipes:** Identificados os processos, desenvolvemos treinamentos, capacitação e campanhas de conscientização aos profissionais sobre a importância da certificação, necessidade de engajamento das equipes, fortalecendo o objetivo da instituição.

6. **Ações de Melhoria**: Com a participação dos envolvidos, começamos a implementar as mudanças planejadas pelas metodologias e ferramentas em gestão por processos, protocolos e práticas de gestão. Garantindo que todos os processos estejam bem documentados, divulgado entre as equipes e, assegurando o acesso aos documentos, seguindo a linha definida pelo serviço de Qualidade da Instituição.

7. **Monitoramento e Avaliação Contínuos**: avaliando as mudanças, identificando que estão implementadas de acordo com os padrões estabelecidos com qualidade, pontos estratégicos a serem observados durante as auditorias internas regulares. Até que seja identificado a maturidade e evolução real dos processos e equipes multiprofissionais na Instituição.

8. **Avaliação externa:** Ao diagnosticar através das auditorias internas que a Instituição está pronta para receber a avaliação de diagnostico, será definida junto pela equipe de gestão SBSJ qual será a Instituição Acreditadora Credenciada (IAC) junto a ONA a ser contratada para realizar o processo de Diagnostico e Certificação ONA. Após esta definição, se faz necessário o envio das documentações e alinhamento de agenda para a realização do Diagnostico, que avaliará as conformidades com os padrões e práticas estabelecidos pelo Manual da ONA.

Após a visita de diagnóstico à IAC, será emitido um relatório que identifica processos e não conformidades em relação aos padrões e requisitos observados, além de destacar os pontos fortes e sugerir áreas para melhoria.

Com base nas informações do relatório, serão desenvolvidos imediatamente planos de ação corretivos, com o objetivo de adequar e aprimorar os processos identificados, além de monitorar a continuidade das conformidades. Uma nova avaliação será agendada para verificar o cumprimento dos requisitos, visando a obtenção da certificação, que representa o reconhecimento formal da excelência na qualidade de atendimento e gestão. Esse processo incentivará a busca pela conquista dos diferentes níveis de acreditação.

Após a obtenção da certificação, o monitoramento contínuo dos processos será mantido, com ênfase na busca constante por melhorias. A certificação é um processo dinâmico, e o hospital deve assegurar a manutenção dos padrões exigidos para garantir a continuidade da acreditação

A divulgação da conquista da certificação para profissionais, pacientes e comunidade reforça o comprometimento da Instituição com a melhoria contínua dos serviços, segurança do paciente e eficiência na gestão mantendo os padrões de qualidade.

CERTIFICAÇÃO AMBIENTAL SUSTENTATVEL:

A certificação ambiental sustentável na área hospitalar busca reconhecer as práticas e iniciativas de gestão ambiental que promovem a sustentabilidade, reduzem os impactos ambientais e contribuem para a melhoria contínua das operações hospitalares. A seguir, ações para o desenvolvimento do modelo de certificação ambiental sustentável que poderá ser adaptado para Hospital da Criança Dr. José Machado Souza:

Diante do compromisso da alta Direção, deveremos estabelecer o comprometimento do hospital com a sustentabilidade e a gestão ambiental, atraves de ações como:

- Nomeação de um responsável ambiental
- Inclusão de práticas ambientais no planejamento estratégico do hospital.
- Política ambiental documentada que abranja o compromisso com a redução de impactos ambientais e a promoção de práticas sustentáveis.

Propostas de sustentabilidade:

1. Gestão de Energia, com objetivo de reduzir o consumo de energia e aumentar a eficiência energética, desenvolvendo as ações:

- Implementação de sistemas de iluminação eficiente (ex. LED) e controle de iluminação.
- Investimento em equipamentos hospitalares com selo de eficiência energética.
- Adoção de fontes de energia renovável (ex. energia solar, eólica).
- Monitoramento contínuo do consumo de energia e identificação de áreas para melhorias.

2. Gestão de Água, redução do consumo de água e tratar efluentes de forma responsável, desenvolvendo as ações:

- Instalação de sistemas de reaproveitamento de água (ex. para irrigação ou limpeza).
- Implantação de dispositivos de economia de água em banheiros e áreas comuns.
- Monitoramento do consumo de água e análise regular de relatórios de uso.
- Capacitação de funcionários para boas práticas no uso racional da água.

3. Gestão de Resíduos, reduzir, reutilizar e reciclar resíduos hospitalares, com ênfase em resíduos perigosos, desenvolvendo as ações:

- Implantação de sistema de segregação e destinação adequada de resíduos hospitalares (incluindo resíduos biológicos, químicos e infectantes).
- Adoção de práticas de redução de resíduos, como o uso de materiais descartáveis e embalagens com menor impacto ambiental.
- Parcerias com empresas especializadas na reciclagem de materiais médicos e hospitalares.
- Criação de programas educativos para funcionários e pacientes sobre a importância do manejo adequado dos resíduos.

4. Uso de Produtos Sustentáveis, promover a compra e utilização de produtos e serviços com baixo impacto ambiental, desenvolvendo as ações:

- Preferência por fornecedores que adotam práticas sustentáveis e oferecem produtos ecologicamente responsáveis.
- Compra de produtos com certificação ambiental (ex. produtos de limpeza ecológicos, materiais hospitalares com baixo impacto ambiental).
- Análise de ciclo de vida (ACV) dos produtos utilizados no hospital para garantir o mínimo impacto ambiental.

5. Educação e Capacitação, promover a conscientização ambiental entre funcionários e pacientes, desenvolvendo as ações:

- Implementação de programas de capacitação contínua para a equipe hospitalar sobre práticas ambientais e sustentabilidade.
- Realização de campanhas educativas para os pacientes e suas famílias sobre o impacto ambiental e a importância de comportamentos sustentáveis (ex. descarte correto de resíduos, uso racional de recursos).
- Criação de um Comitê Ambiental dentro do hospital para fomentar boas práticas e iniciativas sustentáveis.

6. Monitoramento e Avaliação, monitorar o desempenho ambiental do hospital e buscar oportunidades de melhoria, desenvolvendo as ações:

- Implementação de um sistema de monitoramento contínuo de indicadores ambientais (consumo de energia, água, produção de resíduos).
- Realização de auditorias ambientais internas e externas para avaliar a conformidade com as práticas sustentáveis e a eficácia das ações implementadas.
- Relatórios periódicos sobre o desempenho ambiental do hospital, com metas de redução e melhorias contínuas.

7. Certificação e Reconhecimento, obter certificações que validem as práticas ambientais do hospital e compartilhem os resultados com a comunidade, desenvolvendo as ações:

- Buscar certificações ambientais reconhecidas no setor hospitalar, como o ISO 14001 (Sistema de Gestão Ambiental), Green Healthcare Certification (que avalia a sustentabilidade ambiental de hospitais, clínicas e unidades de saúde), entre outras que estão focadas em promover meio ambiente sustentável.
- Participação em programas de premiação ou reconhecimentos ambientais no setor de saúde.

- Publicação de relatórios de sustentabilidade anuais, destacando as ações e os resultados alcançados.

8. Inovação e Melhoria Contínua, estimular a inovação para melhorar continuamente as práticas ambientais, desenvolvendo as ações:

- Implementação de novas tecnologias para otimizar o uso de recursos naturais e reduzir os impactos ambientais.
- Estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento de soluções inovadoras voltadas à sustentabilidade, como novos materiais médicos mais ecológicos ou soluções de economia de energia.
- Avaliação de tecnologias emergentes e sua aplicabilidade no hospital, com foco na melhoria do desempenho ambiental.

A certificação ambiental sustentável para hospitais não é apenas uma estratégia para melhorar a imagem institucional, mas uma ação concreta para promover um ambiente mais saudável e responsável, tanto para os pacientes quanto para a comunidade. A implantação de práticas ESG (ambientais, sociais e de governança) no hospital contribui para a preservação dos recursos naturais, melhoria na qualidade do atendimento e maior eficiência operacional. A obtenção de certificações ambientais reconhecidas também fortalece a confiança do público e das partes interessadas no compromisso do hospital com a sustentabilidade.

Para planejar uma certificação ambiental será necessário estabelecer e desenvolver algumas fases estratégicas, como:

- Identificar qual certificadora e qual padrão é o mais adequado para este hospital, com base em suas necessidades ambientais, de gestão e infraestrutura.
- Realizar uma avaliação diagnostica inicial das práticas ambientais existentes, identificar áreas para melhorias e criar um plano de ação.
- Implementação, após o diagnóstico, a instituição deve adotar as práticas necessárias e modificar processos e sistemas conforme as exigências da certificação escolhida.
- Agendar com a certificadora escolhida o melhor momento de realizar a auditoria para verificar se as práticas adotadas estão em conformidade com as normas estabelecidas.

- Após a auditoria e aprovação, a certificadora concede a certificação ambiental, que pode ser renovada periodicamente, com base em auditorias de acompanhamento.

1.1.4 Os indicadores de impacto propostos pela instituição

São ferramentas essenciais de gestão que facilitam a análise de grandes volumes de dados relacionados às instituições de saúde. Através deles, o gestor consegue acessar informações complexas de forma simplificada, permitindo uma tomada de decisão mais assertiva e estratégica para ajustes nas operações e nas práticas institucionais.

Esses indicadores possibilitam uma avaliação detalhada do desempenho da instituição, refletindo com clareza a situação real, incluindo métricas diretas e indiretas de áreas com maior complexidade.

Após definir os indicadores relevantes, determinamos a melhor forma de abordar e organizar os dados, podendo ser por índice, percentual, número absoluto, taxa ou evento. Em seguida, é designamos um setor responsável pela coleta, cálculo e análise desses dados, garantindo a precisão e o acompanhamento contínuo.

Nesse cenário, a gestão envolve a análise constante dos processos internos da instituição por meio dos indicadores, com o objetivo de avaliar o desempenho e garantir o cumprimento das metas contratuais.

Os principais instrumentos para essa gestão de indicadores, destacamos:

- Foco no desempenho global institucional, abrangendo dados de produção, informações contábil-financeiras e indicadores.
- Foco na produção setorial, servindo como base para a coleta de dados.
- Foco corporativo nas diretrizes estratégicas da gestão.
- Foco no acompanhamento das metas estabelecidas no contrato de gestão.

Esses elementos contribuem para o desenvolvimento contínuo da qualidade na gestão da instituição e a excelência no atendimento à saúde.

Entendemos a necessidade de instituir a padronização de indicadores representativos fortalecendo a gestão da Instituição, bem como manter serie históricas para monitoramento da evolução.

Gestão de Indicadores de Processos é a maneira de avaliarmos a realidade Institucional e com informações que viabilizam a melhoria Contínua e avaliação de desempenho.

Os indicadores de processos são ferramentas essenciais de gestão, que possibilitam a análise eficaz e o acompanhamento do desempenho das instituições de saúde. Através desses indicadores, podemos acessar dados complexos de forma simplificada, permitindo decisões mais assertivas e estratégicas, fundamentais para ajustes nas operações e melhorias nas práticas institucionais.

Esses indicadores oferecem uma visão detalhada do desempenho da instituição, refletindo com clareza a situação real, e incluem métricas tanto diretas quanto indiretas, abrangendo áreas de maior complexidade. Após a definição dos indicadores mais relevantes, é necessário determinar a forma de organizar e abordar os dados, que podem ser apresentados por meio de índices, percentuais, números absolutos, taxas ou eventos. Em seguida, é designado um setor responsável pela coleta, cálculo e análise dos dados, garantindo a precisão e acompanhamento contínuo.

No contexto de gestão, o uso desses indicadores visa a análise constante dos processos internos da instituição, com o objetivo de avaliar o desempenho e assegurar que as metas contratuais sejam cumpridas. Para uma gestão eficaz, destacamos os seguintes focos principais:

- Desempenho global da instituição, abrangendo dados de produção, informações contábil-financeiras e indicadores.
- Produção setorial, que serve como base para a coleta de dados.
- Diretrizes estratégicas corporativas, que orientam as ações de gestão da SBSJ.
- Acompanhamento das metas contratuais, estabelecidas de acordo com o contrato de gestão.

Esses focos ajudam a garantir a melhoria contínua da gestão da instituição e a excelência no atendimento à saúde. Além disso, entendemos a importância de padronizar os indicadores representativos, fortalecendo a gestão da instituição e mantendo séries históricas que possibilitem o monitoramento da evolução ao longo do tempo.

Definições:

- Indicador: Informação quantitativa ou fatos relevantes que refletem o desempenho de um processo, em termos de eficiência, eficácia ou satisfação. Permite acompanhar a evolução do processo ao longo do tempo.
- Índice: Razão entre duas grandezas que não estão incluídas uma na outra.
- Meta: Nível de desempenho desejado para um determinado período.
- Taxa: Coeficientes multiplicados por uma potência de dez (10, 100, 1000).
- Tendência: Comportamento dos resultados ao longo do tempo. A ONA exige a apresentação de pelo menos três resultados consecutivos para análise de tendência.

1. Objetivo da Gestão de Indicadores

Acreditamos na busca pela melhoria contínua dos processos, gestão eficaz e no compromisso social com a comunidade, com foco na qualidade da assistência prestada. Todos os esforços da instituição estão voltados para a gestão da qualidade, e isso é alcançado por meio da verificação dos processos hospitalares através de indicadores.

A padronização de indicadores de processos para comparação de desempenho, quantidade e abrangência dos indicadores estão definidas para atender nosso propósito. A padronização proposta não limita a quantidade ou o tipo de indicadores, mas destaca a obrigatoriedade da incorporação dos indicadores padronizados no sistema de medição de cada hospital.

2. Padronização de Indicadores de Processos

Para cada hospital o planejamento deve ser específico para desenvolver sua gestão e aprimorar a qualidade dos serviços prestados. Dentre os instrumentos aplicados à gestão do hospital, destacamos os seguintes:

- Relatório de Atividades: Foca no desempenho global da instituição, incluindo dados de produção, informações contábil-financeiras e indicadores.
- Plano Estatístico: Foca na produção setorial e é a base para a coleta de dados.

- Indicadores e Objetivos Estratégicos: Relacionados às diretrizes estratégicas da gestão.
- Controle de Metas Contratuais: Foca no acompanhamento das metas do contrato de gestão.

Para desenvolver a gestão da qualidade, a necessidade de padronizar um conjunto de indicadores de processos hospitalares foi identificada, com especial foco nos indicadores diretamente ligados à assistência, realizando a seleção dos indicadores mais representativos para a padronização da Instituição.

A gestão deve estar fundamentada em um plano de desenvolvimento de estratégias que alinhem todos os processos internos às necessidades da comunidade e dos pacientes, garantindo a qualidade no atendimento. A utilização de indicadores possibilita a verificação da eficácia das estratégias e objetivos traçados, refletem a performance dos processos e indicam as ações de melhoria implementadas no hospital.

Para que a gestão seja eficaz, é fundamental que toda a organização tenha conhecimento das estratégias e metas estabelecidas. Isso garante que todas as áreas se envolvam no alcance de resultados sustentáveis e na melhoria contínua. Como afirmam Kaplan e Norton (1997), "o que não é medido não é gerenciado", o que torna a implementação de indicadores uma prática indispensável, mesmo em hospitais que ainda não têm um planejamento estratégico formalizado.

3. Registros e Monitoramento

Os indicadores devem ser levantados mensalmente em todos os serviços de saúde administrados pela unidade, conforme as seguintes diretrizes:

- Cada indicador de processo possui uma ficha técnica correspondente, que define como deve ser apurado.
- Os dados devem ser alimentados mensalmente.
- Os indicadores devem ser alimentados e analisados em uma ficha de análise crítica

A utilização de indicadores desempenha um papel crucial no desenvolvimento contínuo da qualidade da gestão hospitalar. Ao identificar oportunidades de melhoria e favorecer a criação de um banco de boas práticas institucionais, os indicadores contribuem diretamente para o aprimoramento dos processos. Para uma

compreensão mais clara, apresentamos abaixo a estruturação das informações necessárias para a mensuração dos indicadores:

Nome do Indicador: O título do indicador deve refletir de forma precisa o que está sendo medido, garantindo clareza e objetividade na sua interpretação.

Objetivo: Esta seção define a relevância do indicador dentro do processo, esclarecendo sua contribuição para o alcance de metas e para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Dados que compõem o indicador: A fórmula que descreve a equação matemática com a qual o indicador será calculado. Caso existam indicadores semelhantes já monitorados, é possível verificar possíveis desvios locais. Importante ressaltar que o uso de fórmulas divergentes pode gerar dados inconsistentes, prejudicando análises e comparações confiáveis.

Definição: Apresenta a explicação detalhada da fórmula utilizada, facilitando o entendimento. Cada componente da fórmula deve ser explicado separadamente, garantindo clareza. É fundamental observar as especificações relevantes que influenciam o resultado do indicador, identificando gaps de dados que não devem ser considerados no cálculo.

Fonte de dados: Indica a origem dos dados utilizados para calcular o indicador. Exemplos incluem livros, relatórios gerados por sistemas informatizados, tabelas de dados, entre outros.

Meta: O hospital deve observar seu sistema de gestão e definir metas específicas para cada indicador, alinhando os objetivos estratégicos com as metas locais que se deseja alcançar.

Período: Define o intervalo de tempo em que o indicador será analisado. Esse período também deve ser estipulado pelo hospital para que as metas possam ser ajustadas e os resultados, avaliados.

A elaboração da ficha técnica de cada indicador estabelece as orientações de forma clara e objetivas definindo a padronização da metodologia formulada para cada dado relevante, por tratar-se de ação contínua, não poderão ser alteradas, motivo pelo qual deve ser criteriosamente seguida.

4. Análise crítica

O conceito de Análise Crítica é definido como: "Verificação profunda e global de um projeto, produto, serviço, processo ou informação quanto a requisitos, objetivando identificar problemas e propor soluções" (Glossário FNQ, 2006).

Estruturação de reunião periódica para realização de análise crítica deve ser realizada em três etapas: Gestores e sua equipe; Gestores e partes envolvidas e Gestores e diretoria, onde deve ser analisado o desempenho dos processos com relação ao alcance das metas previamente determinados de acordo com a missão e planejamento estratégico da instituição.

A periodicidade da reunião dos gestores com sua equipe deve ser mensais, as demais, conforme definido pela diretoria.

5. Descrição do processo de análise crítica

- O processo de análise crítica deve iniciar com a determinação de coleta de indicadores, que deve ser sistematizada conforme o fechamento do Plano Estatístico da organização, assim todos tem a mesma fonte de dados e informações para compor o cálculo dos seus indicadores.
- Comparar o resultado dos indicadores com as metas e tendências estabelecidas para o mesmo e com o desempenho deste em relação ao mesmo período do ano anterior, quando relevante.
- Analisar as causas dos resultados que ficaram fora da meta estabelecida e/ ou com tendência desfavorável.
- Aqueles que foram identificados fora da meta ou tendência devem definir um plano de melhoria.
- Para Análise Crítica recomenda-se utilizar algumas ferramentas da qualidade como: Brainstorming, 5W2H, Ishikawa, dentre outros.

6. Tomada de decisão e definição de ações corretivas e preventivas

O objetivo desta etapa é buscar meios de incorporar o aprendizado obtido na Análise Crítica à prática real da Instituição, minimizando os efeitos indesejados e potencializando os efeitos desejados.

Uma vez conhecidas as causas para o "problema", devem-se determinar, para cada uma destas causas, ações para a manutenção, melhoria ou ajuste do desempenho.

O desafio é desenvolver a criatividade e viabilidade das alternativas, definindo uma sequência de ações sobre as causas, certificando-se de que as ações serão tomadas sobre as causas fundamentais e não sobre seus efeitos. Não há obrigatoriedade de haver uma ação para cada causa, porém não pode haver causa que não tenha ação, sendo assim, pode ser determinada uma ação que se relacione a várias causas.

Estimar prazos e custos envolvidos nas decisões, buscando sempre a melhor relação custo x benefício.

As ações definidas podem ser: Decisões gerenciais; Ações corretivas ou preventivas; Melhorias de processos e/ou produtos; Necessidade de recursos; Pendências para uma investigação mais profunda sobre a causa raiz do problema; e Necessidade de novas informações; dentre outras.

O Plano de Ação é o produto de um planejamento com o objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas, com total esclarecimento de fatores vinculados a cada uma delas.

7. Aprovação e comunicação das decisões

O gestor responsável pela Análise Crítica deve submeter a análise de causas e o Plano de Ação para aprovação de sua diretoria imediata, explicando claramente as tarefas e a razão de cada uma.

O responsável por esta etapa deve ser criterioso ao avaliar se as ações propostas estão voltadas à solução das causas-raiz do problema ou estão apenas focadas no problema em si. Ações que não atacam as causas-raiz tendem a impedir o surgimento de um novo desempenho.

Após aprovação, o gestor deve divulgar este Plano de Ação a todos os envolvidos, aplicar treinamentos aos profissionais, certificando-se de que todos entenderam as medidas propostas.

8. Implementação e acompanhamento das ações definidas

As ações definidas devem ser registradas, por onde os gestores poderão acompanhar os registros referentes à implantação de cada ação.

Deve ser observado o cumprimento de prazos, investimentos previstos e outros itens de controle de cada ação.

9. Verificação

Nesta etapa, deve-se verificar se os resultados obtidos a partir da implementação das ações foram efetivos, ou seja, se os dados coletados antes e após a ação melhoraram.

Devem-se monitorar os processos, por meio dos indicadores de processo de gestão e assistenciais, referentes a análises críticas anteriores.

10. Conclusão da análise crítica

O objetivo principal do processo de Análise Crítica é a melhoria contínua, ou seja, elevar o nível da qualidade e segurança dos serviços prestados, os indicadores passem a ser analisados e registrados sistematicamente pelos seus responsáveis, conforme sugerem as boas práticas de gestão.

Análise Crítica é definida como uma revisão aprofundada e global de processos, produtos ou informações para verificar se estão cumprindo com os requisitos estabelecidos, identificar problemas e propor soluções. De acordo com o Glossário FNQ (2006), a análise crítica busca identificar pontos de melhoria e possibilitar a tomada de decisões que visem à solução de problemas.

Os indicadores de maior impacto na gestão do projeto estão apresentados a seguir:

1) Unidades de internação
   Média de permanência
   Taxa de mortalidade institucional
   Índice de queda
   Incidência de flebite
   Taxa de reinternação pela mesma CID em até 72 horas após a alta hospitalar

2) Pronto-Socorro
Média de permanência nos leitos de observação
Tempo de atendimento após a classificação de risco, de acordo com a cor

3) Clínica Cirúrgica e Centro Cirúrgico

Taxa de cancelamento de cirurgias por motivos administrativos

Número de intercorrências em procedimentos cirúrgicos

Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura

Taxa de cirurgias classificadas como urgentes

4) Assistência Equipe Multiprofissional

Taxa de avaliação em nutrição clínica

Taxa de reconciliação medicamentosa

Taxa de participação da equipe multiprofissional no processo da alta responsável

5) SADT

Taxa de liberação dos resultados de urgência liberados em até 2 horas

Índice de recoletas de exames de sangue

Tempo médio para a disponibilização dos exames de imagem do paciente internado

6) SCIH

Índice de infecção de sítio cirúrgico

Densidade de incidência das pneumonias hospitalares associadas à ventilação mecânica

Densidade de incidência de ITU associada a cateter vesical

Taxa de infecção hospitalar geral

Taxa de infecção – UCI Pediátrica

7) Central de Material Esterilizado

Índice de processamento por tipo: esterilização interna e externa, desinfecção química.

Taxa de lotes interditados de material estéril

8) Hotelaria e Higiene Hospitalar

Índice de resíduos infectados por paciente-dia

Índice de consumo de preparação alcoólica para mãos

Índice de consumo de sabonete

9) Núcleo Interno de Regulação

Índice de transferência para hospital de complexidade superior

Taxa de ocupação dos leitos por clinicas

Índice de rotatividade dos leitos por clinicas

Outros Indicadores:

Taxa de absenteísmo

Taxa de rotatividade (Turnover)

Taxa de aprovados no período de experiência

Evolução de treinamento global

Evolução de treinamento assistencial

Taxa de médicos com título de especialista

Índice de acidentes de trabalho

Taxa de contratos com pendências

Taxa de contas de internação não faturadas

Giro de estoque

Taxa de compras de urgência

Taxa de fornecedores qualificados

Número de não conformidades de interação de processo

Número de eventos notificados

Taxa de eventos adversos associados à falhas na comunicação

Taxa de eventos adversos relacionados à falhas na identificação do paciente

Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente

Taxa global de satisfação do usuário

1.1.5 A descrição sumária das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial adotados pela instituição

FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL

A modernização gerencial no contexto hospitalar é uma prática fundamental para aprimorar a eficiência, qualidade e sustentabilidade das operações de uma

instituição. No caso da nossa organização, diversos instrumentos e ferramentas gerenciais foram implementados com o objetivo de otimizar processos, melhorar o atendimento ao paciente, e garantir uma gestão estratégica alinhada às melhores práticas do setor de saúde. A seguir, apresentamos uma descrição sumária das principais ferramentas e instrumentos adotados para promover a modernização gerencial na instituição.

1. Sistema de Gestão Integrada (SGI): Um dos pilares da modernização gerencial na instituição é a implementação de um Sistema de Gestão Integrada (SGI). Esta plataforma permite a centralização e automação de processos administrativos, financeiros e assistenciais, facilitando o monitoramento em tempo real e a tomada de decisões com base em dados precisos. O SGI integra informações de diferentes setores, promovendo uma visão holística da instituição e garantindo que as áreas envolvidas possam trabalhar de maneira coordenada. A ferramenta também permite a geração de relatórios analíticos, a gestão de estoques, e o acompanhamento do fluxo de pacientes, entre outras funções essenciais.

2. Balanced Scorecard (BSC): O Balanced Scorecard (BSC) é utilizado como uma ferramenta estratégica para alinhar as ações da instituição com os objetivos de longo prazo. Por meio de uma visão abrangente, o BSC possibilita o monitoramento do desempenho da organização em quatro perspectivas fundamentais: financeira, clientes (pacientes), processos internos e aprendizado e crescimento. Essa ferramenta ajuda a transformar a estratégia organizacional em ações concretas e mensuráveis, assegurando que todos os níveis da instituição compreendam as metas e objetivos e possam contribuir para sua realização.

3. Indicadores de Desempenho (KPIs): A adoção de indicadores de desempenho, também conhecidos como KPIs (Key Performance Indicators), permite o acompanhamento contínuo da eficácia e eficiência das operações. A instituição adota KPIs tanto em nível macro (institucional) quanto micro (setorial), abrangendo áreas como qualidade no atendimento, tempo de resposta, custos operacionais, segurança do paciente, e satisfação dos colaboradores e usuários. Esses indicadores oferecem uma visão clara e objetiva sobre o desempenho dos serviços prestados, permitindo ajustes rápidos e precisos em processos que apresentem desvios de performance.

4. Ferramentas de Qualidade (Lean Healthcare e Six Sigma): Na busca pela excelência operacional, a instituição adota metodologias como o Lean Healthcare e o Six Sigma. O Lean Healthcare visa eliminar desperdícios, otimizar processos e melhorar a eficiência, enquanto o Six Sigma foca na redução da variação e no controle de qualidade, garantindo que os processos atendam aos padrões estabelecidos. Ambas as ferramentas são aplicadas em conjunto para promover a melhoria contínua, visando a excelência no atendimento ao paciente e a maximização dos recursos disponíveis.

5. Kanban:

Kanban é uma metodologia ágil que utiliza quadros visuais para organizar e gerenciar o fluxo de trabalho, visando melhorar a eficiência e produtividade da equipe. No contexto hospitalar, o Kanban é empregado na gestão de leitos. Cada cartão visual no quadro representa um leito, com informações sobre a ocupação, tempo de uso, medidas de precaução e outros dados relevantes. O uso do Kanban permite uma visualização clara do status dos leitos, facilitando o gerenciamento do fluxo de pacientes e a avaliação do tempo de internação. Além disso, a ferramenta contribui para a otimização da utilização dos leitos e para a coordenação com a Central de Regulação, garantindo um atendimento eficiente e adequado. Modelo descrito detalhadamente neste projeto no item modelo de gestão assistencial.

6. Sistema de Feedback e Satisfação dos Pacientes: A implementação de um sistema robusto de feedback permite à instituição ouvir diretamente os pacientes sobre a qualidade do atendimento recebido. Este sistema envolve desde pesquisas de satisfação até canais de comunicação abertos, onde os pacientes podem expressar suas opiniões, críticas e sugestões. O feedback contínuo é um instrumento poderoso para a identificação de pontos de melhoria e para o aprimoramento da experiência do paciente. A análise desses dados fornece insights valiosos que direcionam ações de melhoria nas práticas assistenciais e administrativas.

7.Planejamento Estratégico Participativo: A gestão estratégica é baseada em um processo participativo que envolve as lideranças de todas as áreas da instituição. A cada ciclo de planejamento, é realizada uma revisão das metas, desafios e oportunidades, assegurando que a estratégia da instituição esteja alinhada com as necessidades da comunidade, as tendências do setor de saúde e os objetivos de longo

prazo. A participação ativa das equipes assegura um comprometimento maior com a execução das estratégias e resultados.

8.Painel de Gestão à Vista: O Painel de Gestão à Vista tem se mostrado uma ferramenta eficaz para impulsionar o engajamento e a performance das equipes. Esta prática de comunicação permite que as informações sobre o desempenho da organização sejam visíveis a todos os colaboradores, independentemente do nível hierárquico. Dessa forma, todos os setores e equipes podem compreender claramente o status atual do hospital, as metas estratégicas e o progresso em direção aos objetivos estabelecidos. A integração dos sistemas de gestão facilita a visualização das informações e otimiza a tomada de decisões no dia a dia.

9. Capacitação e Desenvolvimento de Lideranças: Reconhecendo a importância das pessoas para o sucesso da gestão, a instituição adota programas contínuos de capacitação e desenvolvimento de lideranças. Através de treinamentos técnicos e comportamentais, os gestores e colaboradores são preparados para atuar de forma proativa e eficaz na gestão dos processos, implementação de mudanças e melhoria do ambiente organizacional. A capacitação contínua também garante que a equipe esteja alinhada com as inovações tecnológicas e metodológicas do setor hospitalar.

10. Tecnologia da Informação: O uso de tecnologias avançadas de informação, incluindo análise de dados, permitindo monitorar em tempo real a ocupação de leitos, a demanda por serviços e a evolução de tratamentos, contribuindo para uma gestão mais ágil e informada. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), a implantação no Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza, com o objetivo de tornar os processos mais ágeis e seguros. O sistema integrado de gestão em saúde oferece controle completo sobre todas as etapas do tratamento, desde a admissão até a alta. Entre as principais vantagens do PEP estão a agilidade na descrição dos atendimentos, a utilização de modelos padrões para prescrições, maior segurança com alertas em tempo real, facilidade de compartilhamento de informações entre os profissionais e uma redução no tempo de faturamento da conta. A centralização das informações em um único prontuário eletrônico promove uma assistência mais precisa e eficiente.

11. Gestão de Crises e Planos de Contingência: A capacidade de resposta a situações adversas é outro aspecto importante da modernização gerencial. A instituição adota planos de contingência e gestão de crises que são constantemente revisados e atualizados, garantindo que a equipe esteja preparada para enfrentar situações inesperadas, como desastres naturais, surtos de doenças, falhas operacionais ou problemas financeiros. A prontidão para a gestão de crises garante a continuidade do atendimento e a segurança dos pacientes, além de preservar a reputação da instituição.

12.Sustentabilidade e Gestão Ambiental: Com a crescente conscientização sobre a importância da sustentabilidade, a instituição adotou práticas ambientais responsáveis em suas operações. Isso inclui a gestão eficiente de resíduos, redução do consumo de energia, uso racional da água e a promoção de práticas de saúde ambientalmente responsáveis. A gestão ambiental está integrada à estratégia institucional, contribuindo para a sustentabilidade financeira e a conformidade com regulamentações ambientais.

Metodologia para Implantação das Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial na SBSJ.

A implantação das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial na SBSJ segue uma metodologia estruturada, que abrange desde o planejamento inicial até a execução e monitoramento contínuo. Essa abordagem visa garantir que as soluções adotadas sejam eficazes, sustentáveis e alinhadas aos objetivos estratégicos da instituição. Abaixo está detalhado o processo metodológico a ser seguido:

1. Planejamento e diagnóstico inicial, a primeira etapa da metodologia consiste em um diagnóstico detalhado da situação atual da SBSJ. Isso envolve a análise dos processos existentes, a identificação de lacunas, dificuldades operacionais e oportunidades de melhoria. Para isso, são realizadas reuniões com as equipes de gestão e departamentos estratégicos para mapear as necessidades e expectativas em relação às ferramentas e sistemas a serem implementados. O planejamento inclui:

- Levantamento das necessidades específicas de cada área hospitalar (administração, enfermagem, atendimento médico, etc.).

- Definição dos objetivos a serem alcançados com a implantação das novas ferramentas (eficiência operacional, melhoria na gestão de leitos, qualidade do atendimento ao paciente, entre outros).
- Definição de prazos, responsáveis e recursos necessários para a execução do projeto.

2. Seleção das ferramentas e sistemas, com base nas necessidades identificadas no diagnóstico inicial, é feita a seleção das ferramentas mais adequadas para a SBSJ. Isso inclui o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), o sistema de gestão hospitalar e outras ferramentas específicas como o Painel de Gestão à Vista e o Kanban. A seleção leva em consideração:

- A integração das ferramentas com os sistemas existentes no hospital.
- A capacidade de personalização para atender às particularidades da SBSJ.
- A facilidade de uso para as equipes e a adaptação às normas de segurança e confidencialidade dos dados.

3. Desenvolvimento e personalização, após a escolha das ferramentas, a próxima fase envolve a personalização e adaptação dos sistemas à realidade da SBSJ. Esse processo pode incluir ajustes nos módulos de gestão, adaptação das telas do prontuário eletrônico, ajustes no layout do painel de gestão e a configuração do quadro Kanban para gestão de leitos. A personalização é realizada de acordo com as especificidades e exigências da instituição, buscando otimizar o uso das ferramentas e garantir sua integração com os demais processos internos.

4. Capacitação das equipes, a capacitação das equipes é uma etapa fundamental para garantir o sucesso da implantação. Durante essa fase, todos os colaboradores que irão utilizar as novas ferramentas passam por treinamentos específicos, com o objetivo de garantir que compreendam o funcionamento dos sistemas e saibam como utilizá-los no dia a dia. A capacitação envolve:

- Treinamento prático sobre o uso das ferramentas e sistemas (como o PEP, Kanban e Painel de Gestão).
- Capacitação em processos de gestão de dados e indicadores de desempenho.

- Simulações de cenários para familiarizar as equipes com o fluxo de trabalho e a utilização das ferramentas em situações reais.
- Orientação sobre as melhores práticas e conformidade com as normas internas e regulatórias (como a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD).

5. Execução e Implementação, com as equipes capacitadas e as ferramentas personalizadas, inicia-se a fase de execução e implementação. Durante essa fase, as ferramentas e sistemas são colocados em operação de forma gradual, com a utilização progressiva para evitar sobrecarga de informações e garantir que as equipes se adaptem corretamente ao novo modelo de gestão. As atividades dessa etapa incluem:

- Implementação do Sistema de Gestão Hospitalar e do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para controle de dados e melhoria da gestão de pacientes.
- Colocação do Painel de Gestão à Vista para comunicação e acompanhamento dos indicadores e metas estratégicas da organização.
- Implantação do Kanban para gestão visual e eficiente dos leitos hospitalares.
- Acompanhamento em tempo real da utilização das ferramentas e suporte técnico para solucionar eventuais problemas operacionais.

6. Monitoramento e acompanhamento, após a implementação, é fundamental realizar o monitoramento contínuo das ferramentas e dos processos. O acompanhamento permite avaliar o impacto das mudanças na eficiência operacional, na qualidade do atendimento e no cumprimento das metas estratégicas da SBSJ. As ações dessa etapa incluem:

- Avaliação do desempenho das ferramentas implantadas através dos indicadores definidos (taxa de ocupação de leitos, tempo de internação, satisfação dos pacientes, entre outros).
- Realização de reuniões periódicas com as equipes para identificar dificuldades, ajustes necessários e oportunidades de melhoria.
- Coleta de feedback dos usuários sobre a utilização das ferramentas e realização de ajustes conforme necessário.

- Revisão constante dos processos e implementação de ações corretivas ou de melhoria com base nos resultados do monitoramento.

7. Ajustes e melhoria contínua, a última etapa envolve a análise dos resultados obtidos após a implantação, com o objetivo de promover ajustes e garantir a melhoria contínua. Essa fase se baseia nos princípios da gestão da qualidade, que buscam não apenas resolver os problemas imediatos, mas também otimizar os processos e as ferramentas de forma contínua, atividades que incluem:

- Identificação de falhas ou dificuldades que possam ter surgido durante a implementação ou que ainda estejam afetando o desempenho.
- Revisão dos indicadores de performance para garantir que estão alinhados com os objetivos estratégicos da SBSJ.
- Atualização das ferramentas e dos sistemas conforme a evolução das necessidades da instituição.
- Formação de novos ciclos de capacitação e treinamento, garantindo que a equipe esteja sempre preparada para utilizar as ferramentas de forma eficiente.

A metodologia de implantação das ferramentas de modernização gerencial da SBSJ é um processo estruturado e contínuo, que visa integrar tecnologia e boas práticas de gestão para melhorar a eficiência operacional, a qualidade do atendimento ao paciente e o engajamento das equipes. Com foco em planejamento, capacitação, execução gradual e monitoramento, a SBSJ busca garantir que a implementação de novas ferramentas seja bem-sucedida e traga benefícios sustentáveis para a instituição.

1.1.6 Modelo de relacionamento entre o parceiro privado e Secretaria de Estado de Saúde

O modelo de colaboração entre o parceiro privado e a Secretaria de Estado de Saúde (SES) pode ser estabelecido através de Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou contratos de gestão, com o intuito de aprimorar os serviços de saúde, otimizar recursos e aumentar o acesso da população. A contratação de OSS na área da saúde visa integrar a experiência, inovação e eficiência do setor privado com as metas e responsabilidades do setor público, que é encarregado da gestão e regulamentação

do sistema de saúde. É essencial destacar os principais aspectos dessa parceria.

Esse modelo de relacionamento entre o parceiro privado e a SES/SE define uma parceria com a OSS na forma de contrato de gestão, onde o parceiro privado auxilia na administração de unidades de saúde públicas ou participa da gestão de recursos, garantindo maior eficiência na prestação dos serviços. O objetivo dessa colaboração é melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde, com o parceiro privado sendo contratado para otimizar processos e assegurar a qualidade do atendimento, ampliando a oferta de serviços e atendendo os pacientes de maneira eficaz, utilizando inovações tecnológicas para a gestão de recursos e atendimento, além de promover a otimização dos recursos públicos, a redução de custos e desperdícios, e uma maior sustentabilidade financeira.

A implementação de um modelo de governança, que envolva tanto a SES/SE quanto o parceiro privado, estabelece integração, responsabilidade e transparência entre as partes. Esse modelo deve ser criado para monitorar e avaliar o desempenho da parceria, garantindo que os objetivos e requisitos sejam atendidos. É importante ressaltar que a OSS é responsável pela operação da unidade de saúde, enquanto a SES/SE mantém o controle regulatório e define as políticas públicas de saúde.

Ao firmar um contrato detalhado, a SES e a OSS definem as responsabilidades de cada parte, os recursos financeiros, as metodologias de repasse, as metas de desempenho, os critérios de avaliação e as penalidades por descumprimento, com uma vigência pré-determinada que pode ser renovada com base nos resultados e nas necessidades públicas contínuas. Durante a vigência da parceria, ajustes no contrato podem ser necessários para adequar os serviços às mudanças nas necessidades da população ou ao contexto econômico e político.

Portanto, a manutenção do relacionamento entre a OSS e a SES/SE é crucial para a melhoria da gestão dos serviços de saúde, assegurando maior eficiência e qualidade no atendimento.

1.1.7 Limites de responsabilidades, considerando o objeto de negócio, que a instituição proponente demonstra estar disposta a assumir no processo de publicização

Neste contexto o processo de **publicização**, em que a instituição privada (OSS) assume a gestão de serviços públicos de saúde ou outros serviços, torna-se fundamental que haja uma clara definição dos **limites de responsabilidades**. Esses limites referem-se às áreas e atividades que a **instituição proponente** (a parte privada ou parceira) estará disposta a assumir durante o período de gestão, bem como aquelas que permanecerão sob a responsabilidade do **setor público**. Este tipo de delineamento visa garantir transparência, eficiência e o cumprimento das normativas legais.

A instituição proponente, ao assumir a gestão do serviço público de saúde objeto deste plano de trabalho, está disposta a assumir as seguintes responsabilidades, como:

- **Gestão operacional** em que instituição privada se compromete a gerir a operação diária do serviço, assegurando a prestação contínua e de qualidade dos serviços de saúde, incluindo atendimento médico, hospitalar, administrativo e logístico. A gestão também envolverá a **organização de recursos humanos**, **aquisição de insumos e medicamentos**, **controle financeiro** e **monitoramento de qualidade**.
- **Gestão de infraestrutura** assume a responsabilidade pela **manutenção e modernização de acordo com os recursos destinados da infraestrutura** necessária para garantir que o serviço público oferecido seja adequado às necessidades da população.
- Assegurar o **desempenho** e o cumprimento **de metas** estabelecidos previamente, como índices de satisfação, tempo de espera, quantidade de atendimentos e qualidade dos serviços, que serão monitorados periodicamente.
- **Compromisso com inovação e eficiência**, implementando **melhores práticas de gestão** para otimizar o uso de recursos públicos, aumentar a eficiência operacional e a qualidade dos serviços prestados.

Embora a instituição privada assuma a gestão operacional e outras responsabilidades especificadas no contrato, há limites claros para sua atuação. O processo de publicização não implica em uma transferência total de responsabilidades

do poder público para o setor privado. Assim, as responsabilidades do setor público permanecem nos seguintes aspectos:

- A **SES/ SE** mantém a **responsabilidade pela regulação** dos serviços de saúde prestados, assegurando que a instituição privada cumpra todas as **normas legais e regulamentares**; fiscalização contínua da qualidade e da conformidade dos serviços prestados será realizada pelo poder público.
- A **definição de orçamentos anuais** ou a **aprovação de investimentos extraordinários** para serviços públicos de saúde continuará sendo de responsabilidade da administração pública. A instituição privada poderá sugerir investimentos, mas a decisão final recairá sobre o poder público.

A OSS estará **responsável por todas as obrigações legais** relacionadas à execução dos serviços, incluindo o cumprimento das leis trabalhistas, contratuais e regulatórias. No entanto, a **responsabilidade jurídica sobre questões legais** envolvendo a política de saúde pública (como decisões de saúde pública em nível de gestão nacional ou estadual) será de competência do poder público.

A natureza do modelo de **publicização** pressupõe um **compromisso compartilhado** entre a instituição proponente e a administração pública, sendo:

- A instituição privada deverá fornecer informações detalhadas e transparentes à SES sobre a execução das atividades, incluindo relatórios financeiros, operacionais e de desempenho, a fim de garantir o controle público sobre o uso dos recursos e a qualidade dos serviços.
- A responsabilidade pelo **risco financeiro e operacional** será compartilhada, com a instituição privada assumindo os riscos relacionados à **gestão eficiente dos serviços** e ao **cumprimento das metas de desempenho**, enquanto o poder público continuará assumindo riscos macroeconômicos ou sociais, como variações na demanda ou políticas públicas.

O modelo de **publicização** exige uma clara divisão de responsabilidades entre o **setor público** e o **setor privado**. Em que a **instituição proponente** assume a gestão operacional dos serviços de saúde, enquanto o **poder público** mantém a responsabilidade pela regulação, fiscalização e definição de políticas públicas. As responsabilidades são cuidadosamente delineadas no contrato de publicização, com mecanismos de monitoramento, avaliação e ajustes, visando garantir a eficiência e a transparência no uso dos recursos públicos. Esta parceria deverá sempre ser

orientada para a melhoria contínua dos serviços prestados à população, respeitando os direitos do cidadão e as obrigações legais de ambos os lados.

1.1.8 Descrição do funcionamento do modelo de regulação assistencial

O modelo de **Regulação Assistencial** é um sistema organizado e estruturado de gestão e controle do fluxo de pacientes dentro de uma instituição de saúde, com o objetivo de garantir o acesso adequado e eficiente aos serviços, otimizando os recursos disponíveis e promovendo uma assistência de qualidade e dentro dos padrões estabelecidos. Este modelo visa coordenar e regular o atendimento em diversos níveis de complexidade, desde as situações mais simples até os casos mais críticos, assegurando que o paciente seja encaminhado para o serviço mais adequado à sua necessidade.

Processo de regulação assistencial inicia com o acesso do paciente ao sistema de saúde, que pode ocorrer através de diferentes canais, como pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde ou serviços de emergência. A triagem inicial, realizada por profissionais capacitados, é fundamental para classificar o grau de urgência e definir o tipo de atendimento necessário. Pacientes com necessidades urgentes ou complexas têm prioridade no atendimento, enquanto casos de baixa complexidade pode ser direcionados para serviços menos especializados.

Após a triagem, a regulação assistencial determina o local e o tipo de atendimento mais adequado, levando em consideração a disponibilidade de leitos, recursos humanos e materiais nas unidades de saúde. Para isso, é fundamental que exista uma comunicação eficiente entre os diferentes níveis de atendimento (atenção primária, secundária e terciária), além de um banco de dados que possibilite o monitoramento da ocupação de leitos e a distribuição de recursos.

A regulação assistencial também abrange a gestão e alocação de leitos hospitalares, baseado nas necessidades dos pacientes e na capacidade de atendimento da instituição, os profissionais de regulação decidem a distribuição de leitos entre os diversos setores, priorizando os pacientes com maior gravidade.

O paciente ao ser encaminhado e atendido, a regulação assistencial deve garantir que ele tenha continuidade no atendimento, monitorando o progresso e possíveis transferências entre unidades, caso necessário. Isso inclui o acompanhamento de pacientes em situações críticas e a coordenação entre serviços

de referência e unidades secundárias, sempre com foco na qualidade e segurança do paciente.

A integração entre a equipe de regulação e os diferentes serviços e unidades de saúde é crucial para o sucesso do modelo, mantendo comunicação clara e eficiente entre os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e gestores, permite que as decisões de regulação sejam tomadas de forma rápida e acertada.

A tecnologia fornece ferramentas como sistemas informatizados de regulação, que irá facilitar o acesso às informações e o acompanhamento do fluxo de pacientes.

A avaliação constante do modelo de regulação assistencial permite identificar pontos de melhoria. Envolvendo o monitoramento de indicadores de desempenho, como tempo de espera, taxa de ocupação de leitos, índices de satisfação dos pacientes e eficiência no fluxo de encaminhamentos. A partir desses dados, são implementadas melhorias contínuas para otimizar a gestão dos recursos e a qualidade do atendimento, visando a redução de custos e a maximização da eficiência do sistema de saúde.

Uma ferramenta usual neste processo de gerenciamento assistencial e a metodologia kanban.

A metodologia Kanban, originária do Japão e utilizada predominantemente em ambientes industriais e de gestão de projetos, tem ganhado destaque no setor da saúde devido à sua capacidade de melhorar a eficiência, otimizar fluxos de trabalho e promover uma gestão mais visual e dinâmica. A implantação dessa metodologia para o gerenciamento de leitos em uma unidade de saúde pode transformar significativamente a gestão do atendimento e a experiência dos pacientes.

Objetivos da implantação a aplicação do Kanban no gerenciamento de leitos pediátricos visa:

- **Reduzir o tempo de espera** para internação e alta, melhorando a ocupação dos leitos.
- **Aumentar a visibilidade** do processo de movimentação de pacientes (internações, transferências, altas).
- **Melhorar a comunicação** entre as equipes médicas, de enfermagem e administrativas.
- **Garantir a organização e a eficiência** na utilização dos leitos, evitando sobrecarga ou subutilização.

- **Otimizando o fluxo de pacientes**, minimizando a ociosidade dos leitos e garantindo que os pacientes recebam os cuidados necessários no tempo adequado.

Etapas de Implementação

- **Mapeamento e diagnóstico inicial, a**ntes de iniciar a implantação, é essencial entender o fluxo atual de pacientes e leitos dentro da unidade de saúde. A equipe deve mapear as principais etapas do processo, desde a admissão de pacientes até as altas, identificando gargalos e áreas de melhoria.
- **Treinamento das equipes**, Kanban exige a participação de todos os envolvidos no processo. Equipes médicas, de enfermagem e administrativas precisam ser treinadas para compreender como a metodologia funciona e como ela será aplicada para o gerenciamento de leitos. O foco é no uso de quadros Kanban (físicos ou digitais) para organizar e monitorar as movimentações de pacientes.

O desenvolvimento do quadro kanban é a ferramenta central da metodologia. No contexto de saúde, ele pode ser uma versão digital (software) ou física (em formato de quadro branco). O quadro será dividido em colunas, representando as diferentes fases de ocupação do leito, tais como:

- **Disponível**: Leito livre e pronto para ocupação.
- **Em Aguardando Internação**: Paciente esperando a disponibilidade de leito.
- **Internação**: Paciente internado e em tratamento.
- **Alta Programada**: Paciente pronto para alta e aguardando a liberação.
- **Leito Desocupado**: Leito que foi desocupado e está disponível novamente.

A movimentação dos cartões (representando pacientes) entre essas colunas permite uma visão clara e em tempo real do estado de cada leito.

Com base na demanda e na disponibilidade de leitos, é necessário estabelecer limites máximos de leitos em cada fase (exemplo: quantidade máxima de pacientes aguardando internação). Além disso, deve-se definir as prioridades de admissão e alta dos pacientes, considerando as necessidades clínicas e a urgência.

A metodologia Kanban depende de um ciclo contínuo de monitoramento e ajustes, a cada movimentação de paciente, os dados do quadro são atualizados e as equipes devem revisar regularmente o quadro para identificar possíveis gargalos ou ineficiências. A análise periódica também ajuda na tomada de decisão sobre ajustes nos limites de leitos e na priorização de pacientes.

A implementação do Kanban no gerenciamento de leitos deve ser acompanhada por métricas de desempenho, como:

- **Tempo médio de espera** para internação e alta.
- **Taxa de ocupação de leitos**.
- **Número de leitos ociosos** ou sobrecarregados.
- **Satisfação dos pacientes e familiares**, medindo a percepção do atendimento.

Essas métricas ajudam a avaliar a eficácia da implementação e a identificar áreas de melhoria contínua.

Os benefícios da implantação do kanban no gerenciamento de leitos intensifica a v**isibilidade e transparência** por oferecer uma visão clara do estado de cada leito e paciente, permitindo que a equipe hospitalar tenha informações rápidas e precisas para tomar decisões, melhorando a eficiência operacional da Instituição, otimizado da utilização dos espaços disponíveis, reduzindo tempos de espera e aumentando a capacidade de atendimento. Com a otimização dos processos de internação e alta, os pacientes são atendidos de forma mais ágil e eficaz, o que reflete diretamente na sua satisfação

1.1.9 Descrição de como será gerenciado o transporte inter-hospitalar dos pacientes da Unidade

O **transporte inter-hospitalar de pacientes** da unidade será um processo estruturado e cuidadosamente gerenciado para garantir a segurança, conforto e agilidade no deslocamento dos pacientes entre diferentes unidades de saúde, conforme necessário. A coordenação entre as equipes, a logística de transporte e as unidades de destino será fundamental para proporcionar o melhor cuidado durante o transporte e assegurar que todos os protocolos de segurança e atendimento sejam cumpridos.

O objetivo do transporte inter-hospitalar de pacientes é garantir a **transferência segura e eficiente** dos pacientes entre diferentes unidades de saúde, quando necessário, seja para realização de exames especializados, procedimentos médicos, tratamentos de urgência ou internações em unidades com recursos específicos.

O gerenciamento do transporte inter-hospitalar deverá estar estruturado pelo planejamento **e logística** no setor transporte, incluindo a definição de rotas, horários, c**omunicação contínua** entre as equipes envolvidas na transferência, garantindo que todas as informações sobre o estado clínico do paciente sejam compartilhadas com a unidade de destino.

Ao planejarmos a transferências devemos avaliar os riscos para determinar o nível de cuidados necessários durante o transporte, considerando a gravidade do caso e os cuidados específicos exigidos, com m**onitoramento do processo de transporte**, assegurando a pontualidade, segurança e conforto durante todo o trajeto.

O transporte poderá ser realizado de acordo com a **condição clínica do paciente**, utilizando os seguintes meios:

- **Transporte Simples**: Para pacientes estáveis que necessitam de transporte para consultas ou exames especializados. Esse transporte será feito em ambulâncias padrão, equipadas com os recursos básicos de apoio à saúde, como oxigênio e macas.
- **Transporte Médico Especializado**: Para pacientes que exigem cuidados médicos constantes durante o transporte, como em casos de pacientes críticos ou com risco elevado. Este tipo de transporte será realizado com ambulâncias equipadas com **UTI móvel**, que conta com equipamentos de monitoramento e suporte à vida, além de uma equipe médica qualificada (médico, enfermeiro e condutor).
- **Transporte de Urgência**: Para transferências de urgência e emergência, quando há risco iminente à saúde do paciente. O transporte será realizado com a máxima prioridade, utilizando recursos adequados para garantir a estabilidade do paciente durante o deslocamento.

A solicitação de transporte inter-hospitalar será realizada pelo **médico responsável pelo paciente**, que preencherá uma ficha de transferência, detalhando as condições clínicas do paciente, os exames ou procedimentos necessários no destino, e quaisquer precauções especiais que a equipe de transporte deva seguir.

O serviço de regulação **de transporte** será informado de imediato, organizando a logística para garantir a disponibilidade do transporte adequado no momento solicitado.

A comunicação com a **unidade de destino** será após a central de regulação designar qual unidade receberá o paciente, também será informada com antecedência sobre o transporte, incluindo a condição clínica do paciente e os cuidados necessários, para que a equipe médica e de enfermagem se prepare para receber o paciente de forma eficiente.

A equipe de transporte será formada por profissionais qualificados para garantir o atendimento adequado e seguro do paciente. A composta por:

- **Condutores** (motoristas) treinados e capacitados para conduzir as ambulâncias de forma segura, familiarizados com as rotas e protocolos de emergência.
- **Equipe de Enfermagem**: Enfermeiros e/ ou técnicos de enfermagem com experiência em transporte de pacientes, responsáveis por monitorar a condição do paciente durante o deslocamento e administrar cuidados básicos de enfermagem.
- **Médicos** (quando necessário): Profissionais médicos especializados para acompanhar pacientes críticos que necessitem de cuidados intensivos durante o transporte.

Equipamentos e Recursos Utilizados

As ambulâncias utilizadas no transporte inter-hospitalar serão adequadas e equipadas de acordo com a necessidade do paciente:

- **Ambulâncias padrão**: Equipadas com maca, oxigênio, materiais de primeiros socorros e monitoramento básico.
- **UTI móvel**: Equipadas com ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, desfibriladores, bombas de infusão, materiais de intubação e outros equipamentos médicos necessários para o suporte avançado de vida.

Além disso, os pacientes serão acompanhados de forma contínua com **sistemas de comunicação** (como rádio ou telefone) entre a ambulância e a unidade de origem/destino, garantindo que, em caso de necessidade, a equipe médica da unidade de destino seja informada em tempo real sobre a evolução do estado clínico do paciente.

Roteiros e Tempo de Transporte

- **Planejamento de Roteiros**: O transporte será planejado com base na distância, condições do trânsito e necessidades clínicas do paciente. Rotas alternativas serão consideradas para garantir o tempo de resposta mais rápido, sem comprometer a segurança do paciente.

- **Tempo de Transporte**: O tempo de transporte será monitorado e documentado, com **tempos máximos de deslocamento** estabelecidos, dependendo do nível de urgência do paciente. Para pacientes em estado crítico, o tempo de transporte deverá ser minimizado, e os recursos necessários para estabilização durante o trajeto serão disponibilizados.

Acompanhamento e Avaliação

Após a transferência do paciente para a unidade de destino, a equipe de transporte realizará uma **avaliação de qualidade** do serviço prestado, identificando oportunidades de melhoria no processo. Esse acompanhamento incluirá:

- **Avaliação de segurança**: Verificar se todos os protocolos de segurança foram cumpridos durante o transporte.
- **Satisfação da equipe médica**: A equipe de saúde da unidade de destino fornecerá feedback sobre a qualidade do transporte e os cuidados fornecidos durante o trajeto.

Além disso, a equipe de transporte será submetida a treinamentos periódicos para atualizar seus conhecimentos em procedimentos de transporte seguro e cuidados médicos.

Horário de Funcionamento: 24 horas

1.1.10 Cronograma com prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA DR. JOSÉ MACHADO SOUZA - ANO: 2025													
AÇÕES	RESPONSÁVEL	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
Inicio das atividades com a equipe de Implantação.	Eq.Implantação	■											
Definição dos Diretores e Gerencia.	Diretoria SBSJ	■											
Realizar reunião dos Gestores da OSS com os profissionais do Hospital.	Eq.Implantação e Direção Geral	■											
Definir serviço terceirizado para realização dos exames admissionais.	Eq.Implantação e Direção Geral	■											
Definição do profissionais que permaneceram Trabalhando com a OSS SBSJ e realizar as admissões dos profissionais.	Eq.Implantação e Direção Geral	■											
Realizar processos seletivos para complementar o quadro de profissionais.	Eq.Implantação e Equipe Local	■	■	■									
Avaliar sistematica dos processos e documentações do Departamento Pessoal, visando avaliar as informações de trabalho e possivei pendencias.	Eq.Implantação e Equipe Local	■	■	■									
Realizar levantamento, analise e negociação com os serviços tercerizados da unidade.	Eq.Implantação e Direção Geral	■	■										
Providenciar uniforme, cracha e relogio de ponto (digital).	Eq.Implantação e Equipe Local	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Estruturação do serviços assistenciais, apoio e administrativo.	Eq.Implantação e Equipe Local	■	■	■	■	■	■	■					
Avaliar e/ ou rever, e/ ou adequar a comunicção visual.	Eq.Implantação e Equipe Local	■	■	■									
Definir e implementar os processos de trabalho.	Eq.Implantação e Equipe Local	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realizar levantamento patrimonial e formalizar junto ao contratante.	Eq.Implantação e Equipe Local	■											
Avaliar e providenciar documentaçãode acordo com as legislações vigente da unidade (Licenças, alvará, etc).	Eq.Implantação, Diretoria SBSJ e Equipe Local	■	■	■									
Avaliar processos existente e implementar os processos de trabalho, normas, rotinas, fluxos, etc.	Eq.Implantação e Equipe Local	■	■	■									
Avaliar e convidar profissionais da Intituição para compor as Comissões.	Eq.Implantação e Direção Geral	■	■										
Implantação das Comissões estabelecidas no Plano de Trabalho	Eq.Implantação e Equipe Local		■	■	■								
Realizar registro e atualização do CNES.	Eq.Implantação e Equipe Local	■											
Avaliar e ou implantar seviço do NQSP.	Eq.Implantação e Direção Geral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Definir e padronizar as informações, dados e sistematica de coleta, para mensuração de indicadore e metas	Eq.Implantação e Equipe Local	■											
Implantação das Politicas Institucionais.	Eq.Implantação e Equipe Local	■	■	■	■	■	■						
Estabelecer cronograma de reuniões , com gestores e lideranças da Instituição.	Eq.Implantação e Direção Geral	■											
Organização e implementação do SAU.	Eq.Implantação e Direção Geral	■	■										

1.1.11 Descrição do modelo de gestão da informação, informando as tecnologias da informação que serão alocadas na Unidade

Descrição de modelo de gerenciamento eletrônico de prontuários e sua relação com os sistemas de informação do SUS, em especial, o Sistema de Informação Hospitalar– SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.

Para o Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza, a SBSJ adotará um sistema que utilizará tecnologia Web, disponibilizado em módulos específicos e que trabalharão de forma integrada com os dados e informações. O sistema estará hospedado em uma estrutura de Data Center com confiabilidade, disponibilidade, segurança e integridade.

O módulo de Faturamento tem como objetivo automatizar todo o processo de faturamento da produção da unidade, e permite, a partir das informações geradas pelos outros módulos consolidar toda a produção do Hospital.

Esta operação será realizada por meio da consolidação da execução dos procedimentos realizados tendo sua FPO como teto limitante. Ressaltamos que esta parte do sistema visa o maior controle, transparência e credibilidade no processo de faturamento, e contribui com a redução de custos, uma vez que o controle será em tempo real, podendo ser emitido um extrato a qualquer tempo da produção executada, além de se tornar uma ferramenta para auxiliar na auditoria dos procedimentos realizados. Esse extrato pode ser emitido tanto pela alta liderança da unidade, quando pela Contratante.

O processamento do faturamento poderá ser feito de forma automática e exportado, automaticamente, para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, o sistema exportará toda a produção do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) consolidado, individualizado para o SIA, não sendo, portanto, necessária a digitação da produção no sistema do boletim de produção ambulatorial (BPA), pois o sistema passará a gerar prévia e arquivo com layout oficial para importação direta no Sistema Oficial além do arquivo de remessa para conferência dos registros.

O setor de faturamento é responsável pelo serviço administrativo e está diretamente subordinado à Diretoria Administrativa, e será coordenado por um profissional com experiência em Gestão Pública, na área Hospitalar, em informática e faturamento do SUS.

O sistema de Faturamento de Internação SUS (AIH) também possibilita o faturamento de contas AIH e o gerenciamento das informações coletadas, através do Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP.

As AIHs serão preenchidas pelo profissional médico a partir da indicação de admissão do usuário em internação hospitalar, e na alta do usuário, os procedimentos registrados no PEP, serão conferidos, codificados e validados pela equipe de trabalho da Unidade de Faturamento, e serão registrados ou importados pelo Sistema Integrado de Gestão local, para o SIH

1.1.12 Descrição de modelo de gerenciamento eletrônico de prontuários e sua relação com os sistemas de informação do SUS, em especial, o Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SAI

O **prontuário eletrônico** é um repositório de informações mantidas de forma eletrônica, ao longo da vida de um indivíduo. Nele estão armazenadas as informações de saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais que compõem a APS. Além disso, é necessário que tenha pelo menos as seguintes características principais:

- Registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas;
- Prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos;
- Emissão de atestados e outros documentos clínicos;
- Solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares;
- Encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde;
- Acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais.

Benefícios do Prontuário Eletrônico para os profissionais da Saúde

- Os dados dos cidadãos ficam todos no mesmo lugar, e todos os profissionais de saúde podem acessar as informações.
- O prontuário eletrônico já tem um padrão para as informações que devem ser lançadas de acordo com condições avaliadas e ciclos de vida, o que torna o registro facilitado. Isso associado ao fato de todas as letras serem legíveis, o que acaba diminuindo o tempo de cada consulta.
- O prontuário eletrônico é uma ferramenta de organização do processo de trabalho, já que, além de gerenciar filas do sistema, ele também fornece as informações dos cidadãos acompanhados e permite o planejamento de ações da equipe

Benefícios do uso de Prontuário Eletrônico para os Usuários

- O prontuário eletrônico também pode ser usado como ferramenta de segurança do paciente, porque permite um bom registro clínico e melhora o compartilhamento dos dados entre profissionais. Dessa forma, facilita a revisão e discussão de condutas clínicas pela equipe de saúde.

- Além disso, o prontuário eletrônico restringe o acesso aos dados clínicos do cidadão e somente os profissionais de saúde cadastrados têm acesso.
- Outra vantagem é que, com o prontuário eletrônico, não há mais o problema de a letra ser ilegível, e o paciente não corre mais o risco de entender errado o que foi escrito na prescrição.
- O prontuário eletrônico ainda dá segurança por não ter risco de perder dados por degradação física, química ou biológica do papel ao longo do tempo, além de permitir que se faça o backup dos registros.

Benefícios do uso do prontuário Eletrônico para a Gestão Pública

- Acesso aos dados consolidados ou individualizados produzidos pelas equipes;
- Acompanhamento dos processos de trabalho das equipes das unidades de saúde do município;
- Dados qualificados para subsidiar o planejamento das ações;
- Registro dos dados padronizados, de acordo com condição avaliada e ciclos de vida, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde;
- Diminuição do tempo de registro dos atendimentos e melhora do fluxo de pessoas na unidade de saúde;
- Extinção da necessidade de sala de arquivo;
- Registro seguro dos dados e facilidade de serem restaurados, caso se percam os originais ou ocorra algum acidente.

1.1.13 Descrição da Organização de Serviços - serviços assistenciais, diferentes clínicas, atividades de urgência/emergência, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT, centro cirúrgico, UTI, unidade de internação (enfermarias)

1.1.13.1 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DAS UNIDADES

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização envolve um conjunto de atendimentos que se iniciam com a admissão do paciente até sua alta hospitalar. Esses serviços abrangem a realização de diagnósticos, procedimentos

terapêuticos necessários e cuidados contínuos, incluindo o fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais (OPM), conforme a tabela unificada do SUS. A assistência considera todas as necessidades médicas, de enfermagem, e equipe multiprofissionais (apoio), como fisioterapia e serviços psicossociais, assegurando uma abordagem integral ao paciente.

Nas unidades em que se oferecem cuidados completos, a Sistematização da Assistência de Enfermagem será formalizada de acordo com a Resolução COFEN, que regula a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes hospitalares, tanto públicos quanto privados. A seguir, descrevemos os diversos serviços que compõem o hospital.

1.1.13.1.1 Unidade de Internação Clínica

A **Unidade de Internação** é composta por áreas destinadas à acomodação dos pacientes internados, com o objetivo de proporcionar o cuidado necessário à recuperação de cada paciente. A unidade visa à reabilitação eficaz do paciente e à sua reintegração à vida social, oferecendo assistência integral durante o período de internação.

A **Clínica Médica Pediátrica** oferece um conjunto de serviços especializados destinados ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de diversas condições clínicas que afetam pacientes (pediátricos). Esta unidade tem como objetivo prestar assistência médica integral, com foco na avaliação, manejo e monitoramento contínuo da saúde dos pacientes internados. A seguir, detalho os principais serviços e a estrutura de apoio oferecida na Clínica Médica Pediátrica:

Serviços Prestados na Clínica Médica

1. **Atendimento Médico 24h:** A Clínica Médica conta com médicos clínicos geral disponíveis 24 horas por dia para prestar cuidados médicos contínuos aos pacientes internados. A equipe de médicos realiza visitas diárias, acompanha a evolução do quadro clínico e ajusta os tratamentos conforme necessário. O atendimento abrange desde condições agudas até doenças crônicas, com ênfase em um diagnóstico preciso e intervenções rápidas.
2. **Acompanhamento Interdisciplinar:** O tratamento dos pacientes é realizado de forma integrada, envolvendo diversas especialidades de apoio. A equipe da

Clínica Médica é composta não apenas pelos médicos clínicos, mas também por profissionais de outras áreas, como:

- **Enfermagem:** Disponível 24h para monitoramento contínuo, administração de medicamentos, cuidados de higiene e apoio emocional aos pacientes.
- **Fisioterapia:** Realiza atendimentos programados para reabilitação respiratória, motora ou neurológica, dependendo da necessidade do paciente. A fisioterapia é essencial para promover a recuperação física, bem como ajudar na reabilitação de pacientes com condições respiratórias ou neurológicas.
- **Psicologia:** Oferece suporte emocional aos pacientes, ajudando-os a lidar com o impacto psicológico da internação, doenças crônicas ou processos de recuperação.
- **Serviço Social:** Apoia os pacientes em questões sociais, como acesso a medicamentos, questões familiares ou orientações sobre direitos e benefícios sociais, além de fornecer suporte psicológico e logístico.

3. **Atenção às Doenças Crônicas:** A Clínica Médica é responsável pelo acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, insuficiência renal, doenças cardiovasculares e respiratórias. O tratamento inclui monitoramento constante, ajustes nas terapias medicamentosas e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, visando o controle efetivo da doença e a melhoria da qualidade de vida do paciente.
4. **Atenção Pedagógica:** A atenção pedagógica visa garantir que a criança internada não perca o acompanhamento escolar devido à sua internação. Com atividades adaptadas às condições de saúde do paciente, os pedagogos buscam manter a criança em contato com os conteúdos educacionais, oferecendo aulas ou atividades de acordo com a faixa etária e o nível escolar.
5. **Atenção a Condições Agudas**: A unidade também oferece cuidados intensivos a pacientes com condições agudas, como infecções graves, desidratação, problemas respiratórios ou outros episódios que exigem atenção imediata. Nesse contexto, os pacientes recebem avaliação médica rápida, exames diagnósticos e intervenções terapêuticas para estabilizar seu estado de saúde.
6. **Exames e Diagnóstico**: A Clínica Médica dispõe de acesso a uma gama de exames laboratoriais e de imagem para o diagnóstico e acompanhamento de diversas condições clínicas. Os pacientes podem ser submetidos a exames

como hemogramas, culturas, testes bioquímicos, radiografias e ultrassonografias, entre outros, conforme a necessidade do diagnóstico clínico.

7. **Orientações e Prevenção:** Parte fundamental do trabalho realizado na Clínica Médica envolve a orientação ao paciente sobre medidas preventivas de saúde, como controle de doenças crônicas, prevenção de complicações, cuidados com a alimentação e a importância de hábitos de vida saudáveis. A equipe de profissionais também oferece educação sobre o uso correto de medicamentos, gestão de sintomas e controle de fatores de risco.

Estrutura de Apoio

Além da equipe assistencial, a Clínica Médica Pediátrica conta com suporte de diversas áreas que garantem um atendimento de qualidade, como:

- **Nutrição:** Oferece planos alimentares personalizados para atender às necessidades nutricionais dos pacientes internados, considerando as condições clínicas de cada um.
- **Farmácia:** Disponibiliza medicamentos essenciais para o tratamento das condições dos pacientes, com controle rigoroso sobre a administração de fármacos.
- **SADT (Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica)**: Realiza exames de diagnóstico complementar, como tomografias, ultrassonografias e exames laboratoriais, que auxiliam na avaliação clínica e no acompanhamento da saúde do paciente.
- **Higiene e Manutenção:** Garantem que as condições de higiene e infraestrutura da unidade estejam sempre adequadas, proporcionando um ambiente seguro e confortável para os pacientes.

Objetivos da Clínica Médica:

- **Garantir cuidado contínuo e integral aos pacientes internados**, com foco na detecção precoce de complicações e manejo adequado de doenças.
- **Prevenir a progressão de doenças crônicas**, proporcionando monitoramento constante e ajustando os tratamentos conforme a evolução clínica dos pacientes.
- **Promover a reabilitação de pacientes pós-cirúrgicos ou em condições agudas**, buscando uma recuperação rápida e segura.

- **Oferecer apoio psicossocial aos pacientes**, ajudando a lidar com os desafios emocionais e sociais decorrentes de sua condição de saúde.

Estrutura Física:

Composta por 24 leitos (distribuídos em 04 enfermarias), com um leito de isolamento, sala de procedimentos. É uma unidade de baixa e média complexidade, destinada a pacientes pediátricos de 0 a 13 anos, nas especialidades clínica geral, previstas no perfil do hospital.

Equipe Assistencial: Médico Clínico (24h), Enfermagem (24h), Fisioterapia (12h), Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

Horário de funcionamento: 24 horas.

1.1.13.1.2 Unidade de Internação Cirúrgica

Os serviços prestados na **Clínica Cirúrgica** são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de intervenções cirúrgicas. Esta unidade é voltada para o atendimento integral de pacientes pediátricos, com foco em cirurgias de urgência, sendo equipada para lidar com as várias especialidades cirúrgicas. O atendimento nesta área envolve desde a preparação pré-operatória até o acompanhamento pós-operatório, com uma equipe multidisciplinar trabalhando de forma colaborativa para garantir a segurança, o conforto e a recuperação dos pacientes.

Estrutura da Clínica Cirúrgica

Serviços Prestados na Clínica Cirúrgica

1. **Atendimento Pré-Operatório:** O atendimento pré-operatório é uma fase crucial para garantir o sucesso da cirurgia e a segurança do paciente. Neste estágio, a equipe médica realiza uma avaliação completa do paciente, que inclui:

- **Exames laboratoriais e de imagem**, como exames de sangue, radiografias e outros, conforme a necessidade do procedimento cirúrgico.
- **Avaliação anestésica,** para definir a melhor abordagem para a anestesia, considerando o estado de saúde do paciente e a natureza da cirurgia.

- **Orientações específicas**, que envolvem desde os cuidados antes da cirurgia até as expectativas de recuperação, para garantir que o paciente esteja ciente do processo e preparado para o procedimento.

Estrutura de Apoio

1. **Equipe Multidisciplinar de Cuidados Cirúrgicos:** Conta com uma equipe altamente especializada para proporcionar cuidados de qualidade:
   - **Médico Cirurgião** (24h): Responsável por realizar a cirurgia e monitorar o progresso do paciente durante o processo.
   - **Enfermagem** (24h): A equipe de enfermagem é responsável por todo o cuidado durante o período pré e pós-operatório, administrando medicamentos, monitorando sinais vitais e fornecendo suporte emocional.
   - **Fisioterapia** (12h): A fisioterapia é fundamental para a recuperação física do paciente, oferecendo terapias respiratórias e motoras após a cirurgia, ajudando na mobilização precoce e no alívio de dores.
   - **Psicologia e Serviço Social:** A psicologia oferece apoio emocional aos pacientes e seus familiares, enquanto o serviço social pode ser acionado para resolver questões sociais e de suporte durante a internação.
2. **Atendimento Pós-Operatório**: O acompanhamento pós-operatório é essencial para garantir a recuperação adequada do paciente, prevenindo complicações e monitorando a cicatrização. Durante essa fase, os principais cuidados incluem:
   - **Controle da dor**: Monitoramento contínuo da dor pós-cirúrgica, com a administração de analgésicos e, quando necessário, outros medicamentos.
   - **Prevenção de infecções**: Uso de antibióticos profiláticos, cuidados com a higiene do local da cirurgia e monitoramento de sinais vitais.
   - **Fisioterapia pós-operatória**: A fisioterapia começa logo após a cirurgia, ajudando o paciente a recuperar a mobilidade e a funcionalidade das áreas afetadas pela operação.
   - **Acompanhamento psicológico**: Pode ser necessário em casos de traumas emocionais ou dificuldades de adaptação ao pós-cirúrgico, além do apoio ao enfrentamento de novos desafios na recuperação.
3. **Atendimento de Urgência e Emergência Cirúrgica**: Além das cirurgias agendadas, a Clínica Cirúrgica também oferece atendimento de urgência e

emergência, sendo preparada para situações que exigem intervenções rápidas. Isso inclui:

- **Traumas**: Como fraturas, lesões internas e outros acidentes que necessitam de uma intervenção cirúrgica imediata.
- **Condutas emergenciais**: Cirurgias para corrigir complicações médicas, como apendicite, ruptura de órgãos, sangramentos internos, entre outros.

O atendimento de urgência é realizado com uma equipe disponível 24 horas por dia, garantindo a pronta resposta a qualquer situação que exija intervenção cirúrgica imediata.

4. **Apoio e Acompanhamento Pós-Alta**: Após a alta hospitalar, o acompanhamento contínuo é realizado para garantir a recuperação plena do paciente. O hospital fornece:

- **Consultas de acompanhamento** com o cirurgião responsável, para monitorar o progresso da recuperação.
- **Instruções sobre cuidados domiciliares**, incluindo cuidados com feridas, medicação e restrições físicas.
- **Reabilitação e fisioterapia** após a alta, quando necessário, para otimizar a recuperação e ajudar o paciente a retomar suas atividades diárias.

Estrutura de Apoio Complementar:

- **Nutrição:** A equipe de nutrição tem um papel essencial no processo de recuperação. Oferece dietas adaptadas conforme as necessidades nutricionais do paciente, promovendo uma recuperação mais rápida e saudável.
- **Farmácia:** A farmácia hospitalar fornece todos os medicamentos necessários para o tratamento cirúrgico, incluindo antibióticos, analgésicos e outros medicamentos especializados.
- **SADT** (Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico): Os exames laboratoriais e de imagem necessários para monitorar a recuperação do paciente e diagnosticar eventuais complicações são realizados de maneira ágil e eficiente.
- **Higiene e Manutenção**: A limpeza e desinfecção rigorosa das áreas cirúrgicas são essenciais para garantir a segurança do paciente e prevenir infecções hospitalares.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

Benefícios e Resultados Esperados

- A **Clínica Cirúrgica** busca proporcionar aos pacientes uma experiência segura e confortável durante todo o processo cirúrgico. Os principais benefícios incluem:
- **Redução de complicações pós-operatórias**: Com uma equipe experiente e cuidados adequados, o risco de complicações é minimizado.
- **Recuperação mais rápida**: Com o apoio da fisioterapia e dos cuidados de enfermagem, os pacientes podem se recuperar de maneira mais eficiente e com menos desconforto.
- **Apoio emocional**: O suporte psicológico e social ajuda os pacientes e suas famílias a lidarem com o estresse e as dificuldades associadas ao processo cirúrgico e à internação hospitalar.
- **Preparação adequada para o retorno à vida normal:** O acompanhamento pós-operatório e a fisioterapia garantem que o paciente se reintegre às suas atividades cotidianas de forma segura e sem sequelas.

Estrutura Física:

Composta por 06 leitos (acesso direto ao centro cirúrgico). É uma unidade para cirúrgica urgência/ emergência de baixa e média complexidade, destinada a pacientes pediátricos de 0 a 13 anos, nas especialidades clínica cirurgia pediátrica, ortopedia e traumatologia.

Horário de funcionamento: 24 horas.

1.1.13.1.3 Unidade de Cuidados Intermediários

As **Unidades de Cuidados Intermediários em Pediatria** dedicada a atender crianças que necessitam de monitoramento constante e cuidados especializados, mas que não apresentam um quadro crítico o suficiente para necessitar de uma internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Essas unidades são essenciais para o acompanhamento de crianças com condições clínicas que exigem um nível de atenção maior do que o oferecido em enfermarias comuns, mas que podem ser tratadas sem a necessidade de cuidados intensivos.

Objetivo dos Cuidados Intermediários:

- Proporcionar um ambiente especializado, onde crianças possam ser monitoradas e tratadas com eficiência, com foco em sua recuperação, estabilização e reabilitação. O atendimento nessas unidades é voltado para crianças com condições de saúde que demandam uma supervisão constante e intervenções terapêuticas, mas não estão em risco imediato de vida.

Características das Unidades de Cuidados Intermediários

Estrutura e organização que favorecem a vigilância e a rápida intervenção em caso de necessidade. Algumas das características dessas unidades incluem:

- **Monitoramento contínuo:** Embora as crianças não necessitem de cuidados intensivos, elas são monitoradas em tempo real para observar qualquer alteração em seu estado de saúde.
- **Atenção especializada**: Profissionais de saúde como médicos pediatras, enfermeiros especializados em pediatria, fisioterapeutas e nutricionistas estão presentes para fornecer cuidados contínuos.
- **Equipamentos apropriados**: São disponibilizados equipamentos como monitores de sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio, entre outros) e outros recursos médicos que possibilitam a avaliação constante do quadro clínico da criança.

Cuidados Médicos Especializados

- O serviço médico pediátrico nessas unidades é realizado por **pediatras** especializados, que fazem o acompanhamento constante das condições clínicas das crianças internadas. Eles realizam avaliações diárias, ajustam tratamentos conforme necessário e estão disponíveis para intervenções rápidas, caso o quadro da criança se agrave.
- As condições clínicas atendidas podem incluir doenças respiratórias (como asma ou bronquiolite), desidratação grave, distúrbios metabólicos, infecções bacterianas ou virais leves a moderadas, e recuperações pós-trauma de menor complexidade.

Cuidados de Enfermagem

- As enfermeiras que atuam nas unidades de cuidados intermediários pediátricos são altamente capacitadas e treinadas para lidar com as necessidades específicas das crianças. Elas são responsáveis pelo monitoramento constante dos sinais vitais, administração de medicamentos, controle de hidratação, e suporte no processo de alimentação e cuidados gerais de higiene.
- A equipe de enfermagem também oferece suporte emocional tanto para as crianças quanto para as famílias, ajudando-as a lidar com o ambiente hospitalar.

Fisioterapia Respiratória e Motora

- A **fisioterapia respiratória** é um componente essencial do cuidado pediátrico em unidades de cuidados intermediários. Muitas crianças, especialmente aquelas com problemas respiratórios, se beneficiam de técnicas de fisioterapia para melhorar a ventilação pulmonar, aliviar sintomas e promover a recuperação.
- A **fisioterapia motora** também é aplicada em casos de recuperação pós-trauma ou em crianças com doenças que afetam o sistema musculoesquelético. As sessões de fisioterapia ajudam na mobilização precoce e na recuperação da força e mobilidade.

Nutrição

- **Nutricionistas** são responsáveis por avaliar as necessidades nutricionais das crianças internadas. Em casos de desidratação ou problemas gastrointestinais, o serviço de nutrição pode oferecer suporte especializado, incluindo a introdução de dietas orais ou parenterais (via intravenosa) e a orientação sobre a alimentação adequada para cada condição.
- Além disso, é fundamental que a equipe de nutrição assegure que a alimentação seja balanceada e adequada ao estágio de recuperação da criança.

Apoio Psicossocial

- O serviço de **psicologia pediátrica** nas unidades de cuidados intermediários oferece apoio emocional tanto para as crianças quanto para suas famílias. Crianças hospitalizadas podem se sentir ansiosas ou estressadas, e a presença de um psicólogo pode ser fundamental para ajudar a lidar com esses sentimentos.

- O apoio psicossocial também visa ajudar as famílias a entenderem o processo de hospitalização e fornecem orientações sobre como lidar com a saúde da criança durante o período de internação.

Monitoramento e Diagnóstico

- As unidades de cuidados intermediários oferecem monitoramento contínuo das condições clínicas das crianças, com a utilização de **exames laboratoriais e imagens** (como radiografias ou ultrassonografias), sempre que necessário, para avaliar a evolução do quadro de saúde.
- O monitoramento de parâmetros vitais como a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio, a pressão arterial e a temperatura corporal é realizado regularmente, com intervenções rápidas se algum parâmetro se desviar dos padrões normais.

Atenção à Dor

- O controle da dor é uma parte importante do tratamento nas unidades de cuidados intermediários pediátricos. Para isso, são adotadas estratégias adequadas para alívio da dor, como o uso de medicamentos analgésicos e técnicas não farmacológicas, como o uso de calor ou massagem, especialmente após cirurgias ou procedimentos dolorosos.

Educação e Orientação para Pais e Familiares

- Um aspecto essencial dos cuidados em unidades pediátricas intermediárias é fornecer aos **pais e responsáveis** informações claras sobre o estado de saúde da criança e orientações sobre os cuidados a serem realizados em casa, após a alta hospitalar. Os profissionais de saúde envolvem os familiares no plano de cuidados, explicando procedimentos e ajudando-os a se prepararem para o retorno à vida cotidiana.

Benefícios das Unidades de Cuidados Intermediários Pediátricos

- **Atendimento especializado:** As crianças recebem cuidados específicos e focados nas necessidades de saúde pediátricas, com profissionais qualificados em todas as áreas envolvidas.

- **Recuperação mais rápida:** O monitoramento constante e os cuidados adequados garantem uma recuperação mais rápida e eficaz para crianças com condições de saúde moderadas.
- **Segurança e conforto:** O ambiente dessas unidades é projetado para ser seguro, acolhedor e confortável, com recursos específicos para atender as necessidades das crianças e de suas famílias.
- **Prevenção de complicações:** O acompanhamento constante ajuda a detectar qualquer alteração no estado de saúde da criança, permitindo intervenções rápidas e prevenindo complicações graves.

Estrutura física: Composta por 08 leitos e 01 leito isolamento. Unidade que proporcionam monitoramento contínuo, intervenções precoces e suporte emocional, garantindo uma recuperação segura e eficaz, com atendimento de baixa e média complexidade, destinada a pacientes pediátricos de 0 a 13 anos, nas especialidades clínica cirurgia pediátrica, ortopedia e traumatologia.
Horário de funcionamento: 24 horas.

1.1.13.1.4 Unidade Ambulatorial

Os **serviços prestados em ambulatório de pediatria** são voltados para o atendimento de crianças que necessitam de cuidados médicos, mas que não apresentam quadros críticos ou exigem internação hospitalar. O ambulatório é uma estrutura de saúde onde os pacientes recebem atendimentos especializados sem a necessidade de permanecer no hospital, seu funcionamento ocorre das 07h às 17h de segunda à sexta-feira com agendamento de consultas eletivas programados, oferecendo acompanhamento e tratamento para condições de saúde que podem ser gerenciadas em regime ambulatorial. No contexto de pediatria de baixa e média complexidade, o foco é fornecer um atendimento especializado para uma ampla gama de condições que podem ser tratadas fora do ambiente hospitalar, mas com a garantia de cuidados médicos adequados e de qualidade.

Objetivo do Ambulatório de Pediatria

Oferecer acompanhamento médico, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças para crianças que não requerem internação, mas que necessitam de um cuidado mais especializado em relação a patologias comuns ou que necessitem de

acompanhamento contínuo. As condições atendidas são aquelas que não apresentam risco imediato de vida, mas que exigem monitoramento médico, intervenções terapêuticas ou tratamentos que não exigem a permanência em um leito hospitalar.

Serviços Prestados no Ambulatório de Pediatria

- **Consultas Médicas Especializadas e não médicas;**
- **C**onsultas médicas são realizadas por **pediatras** especializados que avaliam a saúde geral da criança, realizam diagnósticos e prescrevem tratamentos adequados. O atendimento é voltado para doenças comuns da infância, como infecções respiratórias, gastroenterites, doenças de pele, distúrbios de crescimento e desenvolvimento, entre outras condições.
- **Acompanhamento de Doenças Crônicas**: Crianças com doenças crônicas, como **asma**, **diabetes tipo 1**, **epilepsia** e **doenças autoimunes**, recebem acompanhamento regular para o controle e manejo dessas condições, com orientações sobre o uso de medicamentos, mudanças no estilo de vida e monitoramento contínuo.

Exames Diagnósticos

- **Exames laboratoriais simples** (como hemograma, glicemia, exames de urina, entre outros) e **exames de imagem** mais simples, como **radiografias** ou **ultrassonografias**, quando necessário para complementar o diagnóstico.
- Quando exames mais complexos são necessários, o pediatra pode encaminhar a criança para outros serviços de diagnóstico ou para internação, caso seja necessário.

Aconselhamento e Orientação aos Pais

- O ambulatório pediátrico dedica tempo para fornecer **orientações sobre o desenvolvimento infantil**, cuidados com a alimentação, sono e comportamento. Essas orientações ajudam os pais a acompanharem o crescimento saudável de seus filhos e a tomarem decisões informadas sobre sua saúde.
- Também são dadas **orientações sobre prevenção de doenças**, cuidados com a higiene e práticas de segurança, além de como lidar com questões emocionais e comportamentais que podem surgir durante o desenvolvimento.

Tratamentos Ambulatoriais

- Crianças com condições que requerem tratamentos contínuos ou medicamentosos, como doenças respiratórias (ex.: **bronquite**, **rinites**), **alergias**, **dermatites** e distúrbios gastrointestinais, recebem prescrições e monitoramento de tratamentos que podem ser realizados em casa, com visitas periódicas ao ambulatório para reavaliação.

Acompanhamento de Desenvolvimento Infantil

- O ambulatório também realiza **monitoramento do crescimento e desenvolvimento** das crianças, com especial atenção a marcos importantes na primeira infância, como o início da fala, motricidade, e desenvolvimento psicossocial. Esse acompanhamento é fundamental para detectar precocemente qualquer atraso ou problema no desenvolvimento.
- Crianças com **atrasos no desenvolvimento** ou que apresentem sinais de condições como **autismo**, **déficit de atenção** ou **dificuldades motoras** podem ser acompanhadas com intervenções iniciais e encaminhadas para tratamentos especializados, como fisioterapia, fonoaudiologia ou terapia ocupacional.
- **Prevenção e Orientação sobre Saúde Mental** no ambulatório também podem envolver o suporte à saúde mental das crianças, especialmente quando sinais de **ansiedade**, **depressão infantil**, **transtornos de conduta** ou **dificuldades emocionais** são identificados. A **psicologia pediátrica** pode ser parte integrante do atendimento, com intervenções para apoiar a criança e sua família.
- **Fisioterapia Pediátrica quando** necessário, o ambulatório pode oferecer **sessões de fisioterapia pediátrica** para tratar problemas motores, como **dificuldades de locomoção, distúrbios posturais**, ou para reabilitação de crianças que sofreram lesões ou cirurgias, **desenvolvimento motor** e **coordenação** em crianças com atrasos ou condições específicas, como **paralisia cerebral** ou **distúrbios neuromusculares**.

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

- A equipe de **enfermeiros** e **técnicos de enfermagem** oferece apoio durante as consultas, realiza procedimentos como **medição de pressão arterial**, **temperatura** e **verificação de sinais vitais**, além de educar os pais sobre cuidados

domiciliares e uso de medicamentos. Também oferecem suporte na administração de medicamentos, curativos e acompanhamento de tratamentos de doenças crônicas.

Serviço Social e Psicologia

- **Assistentes sociais** e **psicólogos** atuam no ambulatório para dar suporte à família, especialmente quando há questões sociais ou emocionais impactando o bem-estar da criança. Isso pode envolver apoio a famílias de crianças com doenças crônicas ou apoio psicológico para lidar com o impacto emocional do diagnóstico de uma doença.

Benefícios dos Serviços Prestados no Ambulatório de Pediatria

- **Acesso rápido e eficiente:** As consultas no ambulatório oferecem um atendimento mais ágil e direto, permitindo que as crianças sejam diagnosticadas e tratadas sem a necessidade de hospitalização.
- **Acompanhamento contínuo:** O ambulatório permite o acompanhamento de condições crônicas e doenças em desenvolvimento, garantindo que as crianças recebam os cuidados necessários de forma contínua e sem interrupções.
- **Cuidado integral**: O atendimento não se limita apenas às condições médicas, mas também abrange aspectos emocionais, sociais e psicológicos, garantindo o bem-estar completo da criança.
- **Prevenção de complicações**: Ao acompanhar e tratar as condições de forma precoce, o ambulatório ajuda a prevenir complicações mais graves, reduzindo a necessidade de internações e tratamentos mais complexos.

Horário de funcionamento: 07 as 17 horas.

Todos os registros do ambulatório também devem ser feitos pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) utilizando Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I, preenchidos pelo próprio HOSPITAL e processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

1.1.13.1.5 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

Oferecem um conjunto de exames e procedimentos essenciais para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento de crianças com diversas condições de saúde. Esses serviços são fundamentais para fornecer informações detalhadas sobre a condição do paciente e orientar o tratamento adequado, com ou sem a necessidade de internação hospitalar. No contexto pediátrico, esses serviços são adaptados às necessidades das crianças, levando em consideração a segurança, o conforto e o suporte emocional necessário durante a realização dos exames.

SERVIÇOS DE SADTS QUE ENVOLVEM:

Radiologia (RX) Pediátrica é uma das principais ferramentas de diagnóstico no atendimento pediátrico. No serviço de radiologia, a **radiografia (RX)** é utilizada para obter imagens detalhadas do corpo, permitindo o diagnóstico de uma série de condições de saúde que afetam as crianças. As radiografias são realizadas com equipamentos modernos que minimizam a exposição à radiação, especialmente importante no caso de crianças.

Baixa Exposição à Radiação: Utilização de protocolos de baixa radiação, especialmente desenvolvidos para a pediatria, com técnicas e equipamentos ajustados ao tamanho e idade da criança.

Monitoramento: Acompanhamento contínuo durante a realização do exame para garantir a segurança e o conforto da criança.

Preparação Psicossocial: Orientação para os pais e crianças sobre o exame, visando reduzir a ansiedade e o estresse.

Ultrassonografia (US) Pediátrica: uma técnica de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens dos órgãos e tecidos internos, sem o uso de radiação, o que a torna especialmente segura para crianças de todas as idades. Esse exame é amplamente utilizado para diagnóstico de condições em várias partes do corpo.

Segurança: não envolve radiação, o que a torna uma escolha segura para diagnóstico pediátrico.

Conforto da Criança: geralmente posicionada de forma confortável, e o exame pode ser feito enquanto a criança está tranquila, utilizando gel condutor para a realização da imagem.

Orientação e Explicação: a equipe explica para os pais e a criança, de forma simples e clara, o procedimento a ser realizado para minimizar qualquer medo ou desconforto.

Laboratório de Análises Clínicas Pediátricas: realiza uma série de exames laboratoriais essenciais para o diagnóstico de doenças e condições de saúde em crianças. Esses exames podem ajudar a identificar doenças infecciosas, doenças metabólicas, problemas hematológicos, entre outros.

Características e Cuidados Especiais:

Técnicas Adaptadas para Crianças: para garantir o mínimo desconforto possível. Por exemplo, na coleta de sangue, as agulhas e técnicas de punção são escolhidas para minimizar a dor e o estresse.

Atenção à Comunicação com os Pais: explicação claramente a necessidade e a finalidade dos exames para os pais, além de orientá-los sobre como preparar a criança para o procedimento, se necessário (como jejum para alguns exames).

Benefícios do SADT

Diagnóstico Precoce: A realização de exames como RX, ultrassonografia e exames laboratoriais permite a detecção precoce de condições que podem ser tratadas de forma eficaz antes que se tornem mais graves.

Segurança: A utilização de tecnologias seguras, como ultrassonografia (sem radiação), e protocolos de radiação ajustados para a pediatria, assegura que os procedimentos não apresentem riscos para as crianças.

Comodidade e Conforto: A equipe treinada em pediatria oferece cuidados especiais, garantindo que o ambiente e os procedimentos sejam o mais confortáveis possível para a criança e seus familiares.

Apoio Diagnóstico Completo: O acesso a uma gama de exames complementares proporciona aos médicos uma visão clara da condição de saúde da criança, ajudando no planejamento de intervenções médicas mais precisas.

1.1.13.1.6 Centro Cirúrgico para Cirurgias de Urgência/ Emergência em Pediatria

O **Centro Cirúrgico para Cirurgias de Urgência e Emergência em Pediatria** é uma unidade especializada e estruturada para realizar intervenções cirúrgicas imediatas em crianças que necessitam de atendimento urgente ou emergencial, devido a condições médicas graves e imprevistas. Essas cirurgias são essenciais para salvar vidas e aliviar complicações de saúde de forma rápida e eficaz. O atendimento no centro cirúrgico é sempre realizado por equipes multidisciplinares especializadas em pediatria (cirurgião pediátrico, ortopedia/traumatologista), garantindo que os cuidados sejam adequados às necessidades e características das crianças.

Definição de Urgência e Emergência em Pediatria

- **Urgência**: Refere-se a uma condição clínica em que a cirurgia precisa ser realizada dentro de um período relativamente curto para evitar complicações graves, mas que não envolve uma ameaça imediata à vida (como apendicite).
- **Emergência:** Refere-se a uma situação médica crítica em que a cirurgia precisa ser realizada imediatamente, sem demora, para prevenir risco iminente à vida da criança. Exemplos incluem **traumas graves** (como fraturas expostas).

Estrutura do Centro Cirúrgico

Salas Cirúrgicas: A unidade possui duas salas de cirurgia são equipadas com tecnologias de ponta para monitoramento, anestesia e instrumentação, além de equipamentos específicos para o cuidado infantil. Elas são estéreis e seguem rigorosos protocolos de assepsia para evitar infecções.

Área de Pré-operatório: O espaço destinado é a clínica médica cirúrgica (acesso direto ao centro cirúrgico) à preparação da criança para a cirurgia, onde a equipe de saúde realiza a triagem inicial, monitora sinais vitais e explica o procedimento para os pais e a criança, sempre adaptando a linguagem e explicações à idade e compreensão da criança.

Sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA): Após a cirurgia, as crianças são transferidas para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA), onde recebem monitoramento constante enquanto se recuperam dos efeitos da anestesia. Este

espaço é projetado para garantir conforto e segurança até que a criança esteja completamente estabilizada, composto por três leitos.

Equipe Especializada

A equipe de profissionais envolvidos nas cirurgias de urgência e emergência pediátrica é altamente treinada para lidar com situações críticas em crianças. A equipe inclui:

- **Cirurgião Pediátrico e ou Cirurgião Ortopédico/ Trauma**: Responsável pela realização da cirurgia. São cirurgião profissionais especializado no tratamento de condições cirúrgicas em crianças e tem experiência no manejo de emergências e urgências.
- **Anestesista Pediátrico:** Profissional especializado em anestesia para crianças, garantindo que a anestesia seja administrada com segurança e adequação à faixa etária da criança. A anestesia pediátrica exige cuidados específicos devido à fisiologia única das crianças.
- **Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem**: Responsáveis pelo cuidado pré, intra e pós-operatório das crianças e no apoio ao procedimento, monitoramento constante e assistência durante a cirurgia. A equipe de enfermagem pediátrica é capacitada para lidar com os medos e ansiedades das crianças, criando um ambiente seguro e acolhedor.
- **Assistente Social:** Atua para garantir que a família receba o apoio necessário antes, durante e após a cirurgia, especialmente em momentos de crise.
- **Equipe de Apoio (Farmácia, Laboratório, Nutrição)**: Fornece o suporte técnico necessário para a realização das cirurgias, como medicamentos, controle de infecção e avaliações laboratoriais rápidas.
- Cirurgião Otorrinolaringologista: A unidade dispões deste profissional para os casos específicos na **remoção de corpos estranhos** (objetos que foram engolidos ou inalados pelas crianças, como moedas ou brinquedos).
- **Monitoramento Contínuo**: Durante a cirurgia, todos os sinais vitais da criança (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, temperatura) são monitorados em tempo real. A equipe está preparada para responder rapidamente a qualquer alteração no estado da criança.

- **Atenção Psicossocial**: A criança e seus familiares recebem apoio emocional durante todo o processo. A explicação do procedimento, o acompanhamento psicológico e o suporte à família são fundamentais para reduzir o medo e a ansiedade.

Recuperação Pós-Operatória (RPA)

Após a cirurgia, a criança é transferida para a **Sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA)**, onde o profissional de anestesia e a equipe de enfermagem monitora os sinais vitais e o estado geral da criança enquanto ela se recupera da anestesia. Durante este período, a criança é cuidadosamente observada até que esteja estável e acordada.

Após a recuperação inicial, a criança é avaliada e recebe alta do centro cirúrgico pelo anestesista, e encaminhada para a **unidade cirúrgica de internação pediátrica**, onde a equipe médica continuará o monitoramento e proporcionará o tratamento necessário para garantir uma recuperação bem-sucedida.

1.1.13.1.7 Central de Material Esterilizado (CME)

Unidade essencial no hospital, responsável pela gestão e processamento de materiais e instrumentos cirúrgicos e hospitalares que precisam ser esterilizados antes de seu uso. A CME garante que todo o material utilizado no hospital esteja livre de micro-organismos e seguro para o uso, prevenindo infecções hospitalares e garantindo a qualidade no atendimento aos pacientes, onde o volume de atendimento é considerável, seu papel é fundamental para a segurança da eficiência dos processos de esterilização de forma organizada e otimizada, a fim de manter a segurança dos pacientes e a eficácia dos serviços.

Objetivos da Central de Material Esterilizado (CME)

- **Garantir a segurança do paciente**: Todos os materiais utilizados em procedimentos invasivos, como cirurgias, exames invasivos, e cuidados médicos, devem estar esterilizados, prevenindo a transmissão de infecções hospitalares.
- **Otimizar a utilização dos recursos hospitalares**: A central deve organizar e controlar a esterilização e reesterilização dos materiais e equipamentos médicos, garantindo que estejam prontos e disponíveis para os diversos setores do hospital (como o centro cirúrgico, unidades de internação, emergências, etc.).

- **Cumprir com normas sanitárias e regulatórias**: Seguir normas e protocolos sanitários para garantir a segurança e conformidade com a legislação vigente.

Processos da Central de Material Esterilizado (CME)

O processo de esterilização e preparação do material no CME é rigoroso e segue diversas etapas que garantem a eliminação de micro-organismos, promovendo a segurança no uso dos materiais. As principais etapas do processo incluem:

- **Recebimento e Triagem do Material**: Ao ser recebido na CME, o material e os instrumentos sujos são triados e classificados conforme seu tipo e grau de risco. Materiais contaminados, como aqueles que entram em contato com sangue ou fluidos corporais, são identificados e tratados de acordo com normas específicas.
- **Identificação**: Todos os materiais são rotulados com informações sobre sua origem e tipo.
- **Classificação**: O material é separado de acordo com o tipo (por exemplo: cirúrgico, diagnóstico, de uso geral, etc.), e o grau de contaminação.

Limpeza e Descontaminação

Antes de qualquer procedimento de esterilização, todos os materiais devem ser limpos de forma adequada. Esta etapa remove resíduos, sangue, secreções ou qualquer outro tipo de sujeira visível.

- **Pré-lavagem**: Em alguns casos, o material é imerso em soluções especiais que ajudam a remover as sujeiras mais pesadas.
- **Lavagem mecânica**: Em seguida, os instrumentos passam por uma lavagem mecanizada em lavadoras automáticas (ou manual, dependendo do caso) que limpam e removem os resíduos biológicos.
- **Desinfecção**: A limpeza é seguida por um processo de desinfecção, onde o material é tratado com produtos químicos ou soluções desinfetantes, para reduzir a carga microbiana visível.

Secagem

- Após a limpeza e desinfecção, o material é cuidadosamente seco. A secagem é fundamental, pois a presença de umidade pode comprometer o processo de

esterilização e diminuir a eficácia da esterilização. Materiais de aço inox, por exemplo, precisam ser completamente secos para evitar oxidação durante a esterilização.

Embalagem

- O material esterilizável é embalado em pacotes ou envelopes apropriados, com embalagens resistentes e permitir a passagem do agente esterilizante, garantindo que o material permaneça estéril até o momento de seu uso.
- **Embalagens apropriadas**: A embalagem deve ser compatível com o tipo de esterilização utilizado (exemplo: vapor, óxido de etileno, radiação, etc.).
- **Identificação e rastreabilidade**: Cada pacote de material esterilizado recebe uma etiqueta de identificação com dados como o tipo de material, data de esterilização e validade.

Esterilização

Após a embalagem, os materiais passam pelo processo de esterilização, que pode ocorrer de diferentes formas, dependendo do tipo de material e do hospital:

- **Esterilização por autoclave (vapor)**: A esterilização por autoclave é a mais comum em hospitais de baixa e média complexidade. Consiste em submeter os materiais a altas temperaturas e pressões, o que elimina micro-organismos, incluindo bactérias e vírus. O processo é realizado por meio de vapor saturado em pressões e temperaturas específicas.
- **Esterilização a gás (óxido de etileno)**: Este processo é utilizado para materiais sensíveis ao calor, como alguns tipos de plásticos e componentes eletrônicos. O gás é um potente esterilizante que penetra nos materiais e destrói os micro-organismos. Este processo é realizado por empresa terceirizada especializada neste processo.

Controle de Qualidade

Cada lote de materiais esterilizados deve passar por um controle rigoroso de qualidade para garantir que o processo tenha sido realizado com sucesso.

- **Testes biológicos**: São realizados testes com esporos bacterianos para garantir a eficácia da esterilização.
- **Testes químicos**: São utilizados indicadores químicos para confirmar que o material foi submetido à temperatura e tempo corretos.

- **Verificação da integridade das embalagens**: As embalagens devem ser verificadas para garantir que não foram danificadas, o que poderia comprometer a esterilidade do material.

Armazenamento e Distribuição

Após a esterilização, os materiais são armazenados em condições adequadas para manter sua esterilidade até o momento de seu uso.

- **Armazenamento adequado**: Os materiais devem ser armazenados em locais secos, ventilados e protegidos da luz direta e de possíveis contaminações.
- **Controle de validade**: A validade de cada material esterilizado deve ser rigorosamente controlada. Cada lote tem um tempo determinado de validade, após o qual o material deve ser reprocessado.
- A distribuição dos materiais esterilizados é feita de maneira organizada, com o envio dos pacotes para os setores que os necessitam, como o **Centro Cirúrgico**, **Unidades de Internação** e **Ambulatório**.

Rastreamento e Registro

- A rastreabilidade é um processo fundamental no CME. Todos os materiais esterilizados devem ser rastreados desde o recebimento até o uso final, o que garante que, em caso de problemas, seja possível identificar a origem do lote e o processo em que ele foi submetido.
- **Registro e controle de lotes**: A CME mantém registros detalhados sobre os lotes de materiais esterilizados, incluindo datas, resultados dos testes, identificação dos operadores e validade.

Equipe da Central de Material Esterilizado (CME)

A CME é operada por uma equipe composta por:

- **Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem**: Responsáveis pela limpeza, embalagem, esterilização e controle de qualidade dos materiais.
- **Enfermeiros**: Supervisores do processo de esterilização e garantia de que todas as normas de controle de infecção estejam sendo seguidas.

1.1.13.1.8 Unidade de Pronto Socorro (PS)

UNIDADE DE PRONTO SOCORRO (PS)

Fornece atendimento pediátrico de baixa e média complexidade, nas 24 horas, ambiente especializado no atendimento emergencial de crianças que exigem cuidados imediatos devido à urgência. Os processos que ocorrem nesse tipo de pronto-socorro envolvem a triagem, avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e encaminhamento adequado das crianças, seguindo uma estrutura de atendimento eficiente e humanizado.

Aqui estão os principais processos desse tipo de pronto-socorro:

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) - conforme protocolo Programa Nacional de Humanização – PNH.

- Objetivo: Determinar a gravidade da condição da criança e priorizar o atendimento conforme a necessidade.
- Como é feito: As crianças são classificadas conforme a gravidade de sua situação clínica, de acordo com protocolos de triagem, como o Sistema de Triagem de acordo com a Classificação de Cores (vermelho para casos mais graves, até verde para casos menos urgentes).

Importância: Essa classificação permite que os casos mais graves sejam atendidos primeiro, enquanto as situações menos urgentes podem aguardar.

Avaliação Inicial

- Objetivo: Realizar uma avaliação clínica detalhada da criança para entender os sintomas e o histórico médico.
- Como é feito: Um pediatra ou médico de emergência faz uma anamnese (história médica), realiza o exame físico e solicita exames laboratoriais ou de imagem, se necessário.
- Sinais e sintomas observados: As condições mais comuns atendidas incluem febre, dificuldades respiratórias, desidratação, crises convulsivas, dores abdominais, entre outros.

Diagnóstico e Tratamento Imediato

- Objetivo: Identificar a causa da queixa e oferecer o tratamento inicial adequado.
- Como é feito: Dependendo do diagnóstico, os tratamentos podem incluir administração de medicamentos (antibióticos, antitérmicos, analgésicos), hidratação intravenosa, oxigenoterapia, entre outros.
- Exemplos de condições tratadas: Pneumonia, bronquiolite, desidratação, crises asmáticas, infecções de ouvido, entre outras patologias comuns em pediatria de baixa e média complexidade.

Monitoramento e Observação

- Objetivo: Avaliar a resposta ao tratamento e decidir se é necessário um encaminhamento para outro nível de cuidado (internação, UTI ou alta).
- Como é feito: Após a administração do tratamento inicial, a criança pode ser observada por um período para monitorar a evolução clínica. Isso pode incluir a medição contínua de sinais vitais (como temperatura, frequência cardíaca, respiração e pressão arterial).

Encaminhamento ou Alta

Objetivo: Garantir que a criança receba o atendimento adequado conforme a sua condição.

- Alta: quando a criança responder bem ao tratamento e não precisar de mais cuidados emergenciais, ela é liberada, com orientações para o acompanhamento ambulatorial e recomendações sobre sinais de alerta para retorno.
- Encaminhamento: Caso o diagnóstico indicar que a condição é mais grave e exige cuidados de maior complexidade, a criança pode ser encaminhada para unidade de internação, unidade de referência, como um hospital de alta complexidade ou unidade de terapia intensiva.
- Receita Médica e Acompanhamento: Caso a criança precise de medicamentos ou acompanhamento, as prescrições são feitas e encaminhadas para as unidades de saúde ou clínicas necessárias.
- Orientações para Alta: Antes da alta, o médico responsável revisa o caso e fornece as orientações finais para os pais ou responsáveis, com informações sobre

cuidados domiciliares e sinais de alerta para retorno ao pronto-socorro, caso a condição da criança piore.

Documentação e Comunicação

- Objetivo: Registrar todos os procedimentos e decisões, além de garantir que as informações sejam corretamente comunicadas à equipe médica e familiar.
- Como é feito: Toda a evolução clínica, intervenções realizadas e decisões de alta ou encaminhamento são documentadas no prontuário eletrônico da criança. O médico responsável também pode conversar com os pais ou responsáveis para esclarecer dúvidas e garantir a continuidade do cuidado.
- Humanização: A abordagem do pronto-socorro pediátrico deve ser altamente humanizada, considerando o impacto emocional e psicológico que a experiência de uma emergência pode causar tanto na criança quanto na família. Esse processo, quando bem executado, assegura que a criança receba o cuidado necessário no momento adequado, minimizando complicações e garantindo a recuperação da criança com o mínimo de estresse possível para ela e seus familiares.

Estrutura Física:

- Recepção: Espaço acolhedor e acessível para os pais e responsáveis, com sinalização clara e orientação sobre o processo de atendimento.
- Triagem (Classificação de Risco): Profissionais capacitados, geralmente enfermeiros, realizam a triagem inicial, classificando os casos de acordo com a gravidade (classificação de cores, como: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), priorizando os casos mais urgentes.
- Consultórios de Atendimento Inicial: Consultórios preparados com equipamentos pediátricos básicos (como estetoscópios, oxímetros de pulso, termômetros e balanças pediátricas) para a primeira avaliação médica.

Área de Exames Complementares

- Laboratório: Para exames rápidos, como hemogramas, exames de urina, glicemia, entre outros, que podem ser necessários para o diagnóstico.
- Sala de Raio-X ou Ultrassom: Equipamento de imagem para diagnóstico imediato de fraturas, infecções pulmonares, entre outros problemas.
- Eletrocardiograma e Outros Exames: Para crianças que apresentam sintomas cardíacos ou outras condições que exigem monitoramento especializado.

Área de Observação

- Leitos de Observação: Espaço com 17 leitos para crianças que precisam ser monitoradas por um período, após o atendimento inicial. Cada leito deve ser equipado com monitores de sinais vitais, como frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e temperatura.
- Sala de Procedimentos: Para realizar pequenos procedimentos médicos como suturas, drenagem de abscessos ou curativos em caso de lesões traumáticas.
- Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem: Profissionais responsáveis por monitorar os sinais vitais da criança e realizar intervenções quando necessário, sempre comunicando-se com a equipe médica.

Área de Emergências Críticas

- Sala de Reanimação: Sala com dois leitos, equipamento de suporte à vida (como desfibriladores pediátricos, ventiladores mecânicos e medicamentos de emergência) para crianças com condições graves, como parada cardiorrespiratória, asfixia, choque, entre outras.
- Equipe Multidisciplinar: Médicos intensivistas, enfermeiros especializados, fisioterapeutas respiratórios e outros profissionais de saúde preparados para agir rapidamente em emergências.
- Apoio Psicológico: A presença de psicólogos é essencial para oferecer suporte emocional tanto para a criança quanto para os familiares, principalmente em emergência.

Área de Descarte e Higienização

- Controle de Infecções: Salas para descarte adequado de resíduos hospitalares, com protocolos rigorosos de higiene e controle de infecções para evitar a contaminação cruzada.
- Higienização de Equipamentos: Área para a limpeza e esterilização de instrumentos médicos, com profissionais responsáveis pela correta manutenção da assepsia.

Metodologia de ACCR

A Classificação de Risco com Acolhimento (ACCR) dentro do contexto da Política Nacional de Humanização (PNH), aplicada com base em cores, é uma ferramenta fundamental em unidades de emergência, para organizar o fluxo de

atendimento de forma eficiente e priorizando os casos conforme a gravidade. A aplicação por cores permite que os profissionais de saúde identifiquem rapidamente os pacientes que necessitam de atendimento imediato e aqueles que podem aguardar de forma mais tranquila.

A classificação por cores segue uma escala que vai da prioridade máxima para atendimento emergencial imediato até menor urgência, com um foco no atendimento rápido, eficiente e humanizado. Cada cor está associada a um nível de risco e urgência, o que permite otimizar os recursos e organizar o processo de atendimento.

Modelo de Classificação de Risco por Cores

A aplicação dessa classificação pode ser feita por meio da triagem inicial realizada por um profissional enfermeiro após a chegada do paciente ao serviço de pronto socorro.

Cor Vermelha – Emergência Imediata

Nível de Urgência: Máxima Prioridade (tempo de atendimento 10 minutos)

Descrição: Pacientes que necessitam de atendimento imediato, com risco de vida iminente. A situação é grave e requer intervenção rápida e intensa para salvar a vida do paciente.

Exemplos de Situações: Parada cardiorrespiratória, choque grave (hipovolêmico, séptico, cardiogênico), asfixia ou dificuldades respiratórias extremas (ex.: obstrução das vias aéreas), crises convulsivas persistentes, trauma grave com risco imediato de morte.

Ação: O paciente é imediatamente encaminhado para a sala de reanimação ou atendimento emergencial, com equipe completa de médicos e enfermeiros prontos para agir.

Cor Laranja – Urgente

Nível de Urgência: Alta Prioridade (tempo de atendimento 30 minutos)

Descrição: Pacientes com condições graves, mas que não estão em risco imediato de vida. A situação exige uma resposta rápida, mas há uma pequena janela de tempo para o tratamento.

Exemplos de Situações: Dificuldades respiratórias moderadas a graves (como em crises asmáticas intensas), dor abdominal severa, indicando possível emergência cirúrgica (apendicite, torção ovariana), convulsões que já cessaram, mas que exigem

monitoramento, hemorragias moderadas ou fraturas graves (não expostas), trauma que comprometa funções vitais, mas sem risco imediato.

Ação: O paciente é atendido rapidamente, em um período de tempo mais curto que os demais, mas sem a urgência extrema da cor vermelha. A equipe médica deve iniciar o tratamento imediatamente após a avaliação.

Cor Amarela – Pouco Urgente

Nível de Urgência: Média Prioridade (tempo de atendimento 60 minutos)

Descrição: Pacientes que apresentam sintomas graves, mas que não são imediatamente ameaçadores à vida. Esses pacientes podem aguardar algum tempo para o atendimento, mas precisam de acompanhamento contínuo.

Exemplos de Situações: Febre alta com sinais de infecção, mas sem sinais de comprometimento grave (ex.: otite média, faringite), fraturas simples, que não apresentam risco imediato, condições respiratórias leves a moderadas (ex.: rinite alérgica severa, crises asmáticas leves), desidratação moderada, doenças virais com sintomas intensos, mas sem complicações imediatas.

Ação: O paciente é atendido em breve, mas não com a urgência dos casos vermelhos e laranjas. Monitoramento contínuo pode ser necessário para verificar a evolução do quadro clínico.

Cor Verde – Leve

Nível de Urgência: Baixa Prioridade (tempo de atendimento 120 minutos)

Descrição: Pacientes com condições não graves, que podem esperar por atendimento sem risco significativo à saúde. Esses pacientes são classificados como não urgentes.

Exemplos de Situações: Resfriados comuns ou sintomas gripais leves, pequenas lesões ou escoriações, desidratação leve ou sintomas de vírus que não comprometem a saúde da criança de maneira significativa, doenças crônicas estabilizadas que necessitam de ajustes no tratamento, sem risco imediato.

Ação: O paciente pode aguardar o atendimento por um tempo maior. A prioridade é baixa, e o atendimento será realizado após os casos mais urgentes.

Cor Azul – Não Urgente

Nível de Urgência: Muito Baixa Prioridade (tempo de atendimento 240 minutos)

Descrição: Pacientes com sintomas que não representam risco imediato à saúde e não exigem atendimento imediato. Esses casos podem ser agendados para consulta ambulatorial ou encaminhados para a atenção básica.

Exemplos de Situações: Exame de rotina ou controle de condições de saúde estáveis, pequenos problemas de saúde, como leves resfriados ou tosse, condições sem complicações e que não exigem cuidados de emergência.

Ação: O paciente é orientado a procurar cuidados ambulatoriais ou retornos em consultas agendadas.

Implementação da Classificação de Risco por Cores no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

O processo de Classificação de Risco por Cores é aplicado em conjunto com o acolhimento, que envolve a escuta ativa e o respeito pelas necessidades emocionais dos pacientes. Ao aplicar a ACCR com cores, é importante: Proporcionar um Atendimento Humanizado, o acolhimento deve ser realizado com empatia e explicação clara sobre o processo, garantindo que os pacientes (e responsáveis) compreendam a classificação e o que está sendo feito para o tratamento.

A classificação por cores permite que a equipe organize o fluxo de pacientes e atenda as situações mais graves de maneira rápida, sem desconsiderar os demais casos. A prioridade de atendimento deve seguir a lógica das cores, com rapidez para os mais urgentes e eficácia no acolhimento dos demais casos.

Os benefícios da Classificação por Cores no ACCR estão na organização e eficiência, facilitando a organização do fluxo de pacientes, evitando longas esperas para casos urgentes e críticos.

Atenção Prioritária garante que os pacientes mais graves recebam o tratamento imediato, aumentando as chances de um desfecho positivo, bem como a comunicação clara, através da utilização de cores simples facilita a compreensão de toda a equipe de saúde sobre a situação do paciente, além de tornar a explicação para o paciente ou responsável mais acessível.

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Essencial para o tratamento e reabilitação das crianças que necessitam de cuidados terapêuticos devido a uma variedade de condições clínicas, como doenças respiratórias, ortopédicas, neurológicas ou cardiológicas. Esse serviço é estruturado de maneira a atender as necessidades específicas dos pacientes pediátricos, considerando o seu desenvolvimento físico, emocional e social.

Objetivos do Serviço de Fisioterapia Pediátrica

O principal objetivo da fisioterapia pediátrica é promover a recuperação, melhoria da função e bem-estar das crianças, respeitando suas limitações e promovendo um ambiente acolhedor e humanizado. A fisioterapia pediátrica pode ser aplicada para reabilitações, desenvolvimento motor, p**revenção de complicações, c**omo o risco de atrofia muscular, deformidades articulares ou respiratórias em crianças com doenças crônicas ou que passaram por cirurgias.

Estrutura e Equipamentos do Serviço de Fisioterapia Pediátrica

A infraestrutura para o serviço de fisioterapia deve ser adequada às necessidades das crianças, com um ambiente acolhedor e equipamentos que favoreçam o conforto durante o tratamento. Alguns aspectos a considerar incluem:

Sala de fisioterapia adaptada: Ambientes coloridos e lúdicos, com brinquedos, materiais educativos e equipamentos adequados para a faixa etária, criando um ambiente amigável para as crianças.

Equipamentos: Além dos aparelhos tradicionais de fisioterapia, como **espirometria**, **cardioversores**, **meios de mobilização**, é possível utilizar **técnicas manuais**, como massagem terapêutica e **exercícios respiratórios**.

Processos do Serviço de Fisioterapia Pediátrica

A organização do serviço de fisioterapia pediátrica é estruturada para garantir a qualidade do atendimento e eficiência no tratamento. Os principais processos incluem:

Avaliação Inicial

Objetivo: Diagnosticar o estado funcional da criança e identificar as necessidades terapêuticas. A avaliação é feita por um fisioterapeuta especializado e pode envolver a análise do histórico clínico, exames médicos, observação do comportamento motor e respiratório e a realização de testes específicos.

Exemplo de Procedimentos: Medição de parâmetros fisiológicos, como a capacidade pulmonar, avaliação do padrão de marcha, equilíbrio e coordenação motora, identificação de limitações musculoesqueléticas ou respiratórias.

Planejamento Terapêutico Individualizado

Objetivo: Elaborar um plano de tratamento específico para cada criança, com base nas suas condições clínicas, idade, necessidades e capacidades.

Exemplo de Procedimentos: **Reabilitação respiratória**, r**eabilitação neurológica**, r**eabilitação ortopédica**.

Execução do Tratamento

Objetivo: Realizar as intervenções terapêuticas de acordo com o plano elaborado.

Exemplo de técnicas usadas: **Terapia respiratória**, t**erapias motoras**, e**stimulação neuromuscular**.

Reavaliação

Objetivo: Monitorar a evolução do tratamento e ajustar as intervenções conforme necessário. A reavaliação é feita periodicamente, com base nas respostas da criança ao tratamento, evolução do quadro clínico e adaptação dos planos de terapia.

Exemplo de Procedimentos: Verificação da melhoria na capacidade respiratória ou motora; avaliação do grau de melhoria na funcionalidade diária da criança (capacidade de andar, subir escadas, etc.).

Alta e Orientação

Objetivo: O paciente é liberado da fisioterapia quando atingiu as metas terapêuticas, com a capacidade de realizar as atividades de vida diária de forma independente ou com a supervisão mínima. As orientações devem ser passadas para os pais ou responsáveis, incluindo exercícios domiciliares e cuidados para evitar a recorrência de problemas.

Exemplo de Procedimentos: Instrução sobre exercícios respiratórios para serem realizados em casa; dicas de postura e atividades que podem ser feitas em casa para melhorar o desenvolvimento motor; orientação sobre sinais de alerta que indicam a necessidade de retorno ao serviço de fisioterapia.

Equipe de Fisioterapia Pediátrica

Uma equipe de fisioterapeutas pediátricos deve ser composta por profissionais especializados e ou capacitados, em diversas áreas, como **fisioterapia respiratória**, **neurológica**, **ortopédica** e **cardiovascular**. Essa equipe deve ser altamente treinada para lidar com crianças, conhecendo as particularidades e as necessidades de cada faixa etária.

SERVIÇO SOCIAL

Atividade fundamental no apoio emocional, psicológico e social às crianças e suas famílias, garantindo que as necessidades não apenas clínicas, mas também sociais e emocionais, sejam atendidas durante o processo de hospitalização. O serviço social tem como objetivo promover a integração da criança e de sua família ao contexto hospitalar, orientando, acompanhando e defendendo seus direitos, além de facilitar o acesso a serviços que podem melhorar a qualidade de vida e o tratamento.

Objetivos do Serviço Social no Hospital Pediátrico

Apoio emocional e psicológico para as crianças e seus familiares, ajudando-os a lidar com a situação de hospitalização, doenças graves ou crônicas, e a adaptação à rotina hospitalar.

Orientação e educação sobre o processo de tratamento e cuidados médicos, assegurando que a família compreenda o que está acontecendo com a criança e como pode colaborar para o sucesso do tratamento.

Acesso a direitos e serviços sociais, garantindo que as famílias tenham acesso a benefícios e auxílios sociais, como transporte, medicamentos gratuitos, apoio psicológico, entre outros.

Mediação de conflitos, auxílio a resoluções das questões que possam surgir entre os profissionais de saúde, a família e a criança, facilitando a comunicação e o entendimento.

Acompanhamento pós-hospitalar, apoiando na transição da criança do hospital para o domicílio, com orientações e encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado.

Processos do Serviço Social em Hospital Pediátrico

1. **Acolhimento e Triagem Inicial**

Objetivo: O primeiro contato do assistente social com a família ocorre durante o **acolhimento inicial**. Momento em que o assistente social realiza uma **triagem social**, identificando as necessidades emocionais e sociais da criança e de seus familiares.

Atividades: Conversar com os pais ou responsáveis sobre a situação da criança e suas condições de saúde; identificar as condições socioeconômicas da família, como acesso a transporte, alimentação, moradia e condições financeiras; verificar se a família já possui ou necessita de algum suporte social, como benefícios do governo (ex.: Bolsa Família, assistência de saúde pública, entre outros).

2. Avaliação Psicossocial.

Objetivo: A avaliação psicossocial é realizada para compreender as necessidades emocionais e psicológicas da criança e da família durante o processo de hospitalização.

Atividades: Ajudar a família a lidar com o estresse da hospitalização, principalmente em casos de internações longas ou de doenças graves; prover suporte emocional às famílias que enfrentam situações de risco, como quando a criança tem doenças crônicas, oncológicas ou que exigem tratamento contínuo; avaliar o impacto psicológico da doença na criança e nas relações familiares.

3. Apoio e Orientação à Família.

Objetivo: O assistente social orienta as famílias sobre o que esperar durante o tratamento e como podem apoiar a criança. Também facilita o acesso a recursos financeiros e serviços sociais.

Atividades: **Apoio psicológico** oferecendo suporte emocional tanto para os pais quanto para a criança, com foco na promoção do bem-estar mental e emocional; a**poio financeiro** fornecendo as orientações sobre os benefícios sociais e assistenciais disponíveis, como programas governamentais (ex.: medicamentos gratuitos, transporte, auxílio alimentação).

Informações sobre o processo de internação e alta explicando o que acontecerá durante a internação, procedimentos médicos, tempo de permanência hospitalar e os cuidados após a alta.

Encaminhamentos para serviços comunitários sempre que necessário, realizar encaminhamentos para outros serviços, como organizações não governamentais (ONGs), serviços de psicologia, e serviços comunitários especializados em doenças crônicas.

4. Defensoria dos Direitos das Crianças e Famílias

Objetivo: Garantir que os direitos da criança e da família sejam respeitados durante a internação e o tratamento médico.

Atividades: **Defesa dos direitos** assegurando que a criança tenha acesso a atendimento de qualidade, que os pais sejam informados sobre o tratamento e que as condições do hospital atendam aos padrões de qualidade.

Resolução de conflitos, nas situações de desentendimentos entre a família e a equipe médica ou administrativa, o assistente social atua como mediador, buscando soluções que atendam aos melhores interesses da criança.

Apoio em situações de negligência ou violência, ao identificar situações de abuso ou negligência, o assistente social toma as medidas necessárias para proteger a criança, com a colaboração das autoridades competentes.

5. Articulação com Outros Profissionais e Serviços

Objetivo: O assistente social coordena e articula com outros profissionais do hospital, garantindo que a criança tenha um atendimento integral e holístico.

Atividades: **Trabalho em equipe**; a**rticulação com a comunidade**; a**poio para a Instituição.**

Horário de funcionamento: 08 as 18 horas.

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

O **Serviço de Nutrição** é fundamental para garantir que os pacientes recebam a alimentação adequada, promovendo sua recuperação e bem-estar, tanto em termos clínicos quanto nutricionais.

Na **Nutrição Clínica**, o foco é fornecer atendimento nutricional especializado, abordando condições específicas e ajudando na recuperação de pacientes que apresentam comorbidades. As atividades envolvem:

- **Avaliação Nutricional Completa:** A avaliação é feita por meio de anamnese detalhada, análise de exames laboratoriais e antropometria (peso, altura, índice de massa corporal - IMC). Essa avaliação ajuda a identificar deficiências ou excessos nutricionais e condições que exigem dietas específicas.
- **Intervenções Nutricionais:** Com base na avaliação, o nutricionista desenvolve estratégias de intervenção que podem incluir a modificação da dieta,

suplementação nutricional ou até a indicação de terapias nutricionais específicas, como alimentação enteral ou parenteral, quando necessário.

- **Monitoramento Contínuo:** Durante a internação ou acompanhamento ambulatorial, a nutricionista monitora o progresso do paciente, ajustando a dieta conforme mudanças no quadro clínico, como recuperação de doenças, controle de glicemia, redução de colesterol ou adaptação a novos tratamentos médicos.
- **Aconselhamento e Orientação Pós-Alta:** Após a alta hospitalar, a equipe de nutrição fornece orientações nutricionais para que o paciente continue seguindo uma alimentação saudável, no caso de doenças crônicas, ou um plano alimentar adequado para manter a saúde e prevenir o reaparecimento de doenças.

Vantagens da Nutrição Clínica Integrada ao Serviço de Nutrição

- **Atenção Personalizada ao Paciente:** O acompanhamento individualizado garante que as necessidades específicas de cada paciente sejam atendidas de forma eficaz, com intervenções nutricionais baseadas em evidências científicas.
- **Prevenção de Complicações:** Uma dieta adequada pode ajudar a prevenir complicações relacionadas a doenças crônicas, melhorar a recuperação pós-cirúrgica e aumentar a eficiência dos tratamentos médicos.
- **Qualidade de Vida:** O serviço de nutrição contribui para uma melhor qualidade de vida, por meio da promoção de uma alimentação saudável e equilibrada, tanto no ambiente hospitalar quanto após a alta.

Horário de funcionamento: 08 as 18 horas.

SERVIÇO DE PSICOLOGIA

Tem como objetivo garantir o apoio emocional e psicológico das crianças internadas e de suas famílias, promovendo o bem-estar mental e contribuindo para a recuperação integral do paciente. Esse serviço envolve não apenas a intervenção em crises, mas também o acompanhamento de longo prazo, o suporte psicológico durante a hospitalização e o trabalho preventivo.

1. Objetivos do Serviço de Psicologia Pediátrica

Apoio emocional à criança: auxiliar a criança em lidar com as emoções relacionadas ao processo de hospitalização, doenças crônicas ou graves, procedimentos médicos e afastamento do ambiente familiar.

Apoio psicológico aos familiares: apoiar os pais ou responsáveis, no enfrentamento da situação de saúde da criança e no estresse causado pela hospitalização.

Promoção da adaptação à hospitalização: Minimizar os efeitos psicológicos adversos da internação, como ansiedade, medo, depressão ou angústia, proporcionando um ambiente mais seguro e acolhedor.

Apoio durante processos de luto: No caso de doenças terminais ou situações graves, o psicólogo oferece suporte para lidar com o sofrimento, luto e perdas, tanto para a criança quanto para a família.

2. Processos do Serviço de Psicologia Pediátrica

Acolhimento e Triagem Inicial

Objetivo: ao realizar um primeiro contato com a criança e a família para identificar suas necessidades emocionais e psicológicas, considerando tanto as necessidades imediatas quanto as de longo prazo.

Atividades: **entrevista inicial** com os pais ou responsáveis para entender o contexto da doença, os sentimentos da criança e da família, e os fatores de estresse relacionados à hospitalização e o**bservação da criança** para identificar sinais de ansiedade, medo, tristeza ou comportamentos típicos da faixa etária que possam ser indicativos de sofrimento psicológico.

Avaliação do histórico psicológico: levantamento do histórico emocional da criança, incluindo experiências passadas, apoio familiar e experiências anteriores de hospitalização.

3. Avaliação Psicológica

Objetivo: Realizar uma avaliação mais aprofundada do estado emocional da criança, de acordo com seu diagnóstico médico e seu estágio de desenvolvimento.

Atividades: t**estes psicológicos** e técnicas projetivas adaptadas à faixa etária da criança, como desenhos, brincadeiras terapêuticas, jogos e testes que ajudem a identificar a percepção da criança sobre sua doença e a hospitalização.

Observação direta do comportamento da criança, para identificar sinais de medo, angústia, isolamento ou mudanças no comportamento em função da doença ou hospitalização.

Avaliação emocional dos pais: como os pais ou responsáveis estão lidando com a situação e como isso afeta emocionalmente a criança.

4. Intervenção Psicológica

Objetivo: aplicar intervenções terapêuticas que ajudem a criança a lidar com a situação de hospitalização, minimizar o estresse e ansiedade, e melhorar sua adaptação ao ambiente hospitalar.

Atividades: t**erapia de apoio emocional,** utilização de brinquedos, jogos e outras formas de expressão lúdica para facilitar a comunicação da criança, t**rabalho com técnicas de relaxamento**, a**companhamento durante procedimentos médicos, promoção da autonomia emocional** para lidar com suas emoções de maneira saudável e aumentar sua autoconfiança durante o processo de recuperação.

5. Acompanhamento dos Familiares

Objetivo: Auxiliar os pais ou responsáveis a lidar com o estresse da hospitalização e apoiar o processo de adaptação, promovendo a compreensão e o manejo adequado das emoções da criança.

Atividades:

Orientação aos pais sobre como lidar com o sofrimento da criança, dando estratégias para apoiar o filho durante a internação.

Apoio ao casal ou à família: Se necessário, fornecer terapia familiar para melhorar a comunicação entre os membros da família e ajudá-los a lidar com as dificuldades emocionais do momento.

Enfrentamento do luto: No caso de crianças com doenças terminais ou crônicas, oferecer apoio psicológico aos pais para lidar com a possibilidade de perda, ajudando na comunicação e no processo de aceitação.

Aconselhamento sobre cuidados pós-hospitalização: Preparar os pais para a transição do hospital para o ambiente doméstico, abordando as preocupações relacionadas ao cuidado contínuo e ao acompanhamento da saúde mental da criança.

6. Intervenção em Crises

Objetivo: suporte psicológico em situações de crise, como no caso de diagnósticos graves, doenças terminais, mudanças repentinas no estado de saúde ou situações traumáticas.

Atividades: a**poio imediato em situações de trauma, q**uando a criança ou a família passa por situações inesperadas e traumáticas, como a perda de um ente querido ou complicações graves no tratamento, o psicólogo oferece apoio imediato para lidar com o estresse e o choque.

Horário de funcionamento: 08 as 18 horas.

1.1.13.1.9 Sala de Solicitação, Recebimento, Registro e Controle Documental de Hemoderivados

A unidade conta com uma sala específica para apoiar o serviço hemoterápico. Embora a demanda não justifique a manutenção de uma agência transfusional, a necessidade de transfusão sanguínea surge devido aos procedimentos cirúrgicos e atendimentos no pronto-socorro.

Neste ambiente, há a presença de uma profissional bioquímica que trabalha em regime de plantão remoto. Sempre que acionada, ela realiza a solicitação de sangue ao banco de sangue, recebe, prepara e mantém os registros obrigatórios devidamente atualizados.

1.1.13.1.9 Classificação Internacional de Doenças e Outras Afecções Relacionadas à Saúde – CIDOT

O termo é utilizado para categorizar e codificar as condições de saúde, lesões, doenças e causas de morte. Ele é amplamente utilizado em hospitais, clínicas e sistemas de saúde para registrar, monitorar e analisar informações relacionadas ao estado de saúde dos pacientes.

Especificamente, em transplantes de órgãos e morte encefálica, o CIDOT pode ser utilizado para classificar condições clínicas de pacientes que possam ser elegíveis para doação de órgãos. Ele também pode ser relevante para documentar doenças ou condições que resultam em morte encefálica, permitindo a comunicação padronizada entre profissionais de saúde e redes de transplante de órgãos.

Além disso, o CIDOT auxilia na gestão hospitalar, fornecendo dados precisos para pesquisa, análise epidemiológica e melhoria contínua do atendimento ao paciente. No contexto da rede de captação de órgãos, o sistema ajuda na identificação rápida de potenciais doadores e na organização do processo de transplante, garantindo que os órgãos sejam captados e distribuídos adequadamente.

O Hospital da Criança Dr. José Machado Souza integra a rede de captação de órgãos do Estado, atuando como intermediário e responsável pela preservação dos

órgãos de pacientes diagnosticados com morte encefálica na instituição. Após a autorização de doação de órgãos pela família, a instituição comunica imediatamente a rede de captação, informando sobre o diagnóstico e solicitando a remoção do corpo. Esse processo visa encaminhar o corpo para uma unidade especializada, onde serão realizados os procedimentos de remoção dos órgãos, que serão posteriormente destinados ao transplante de receptores compatíveis.

Para o sucesso deste procedimento, é essencial que as diretrizes e protocolos entre as equipes envolvidas sejam rigorosamente seguidos, garantindo que todas as etapas sejam executadas de maneira eficiente e alinhada.

Segue abaixo uma proposta de protocolo.

PROTOCOLO CLÍNICO: INTERAÇÃO ENTRE O HOSPITAL E A REDE DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS EM CASO DE MORTE ENCEFÁLICA

1. OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos clínicos e operacionais para a interação entre a equipe hospitalar e a rede de captação de órgãos, garantindo o adequado manejo de pacientes diagnosticados com morte encefálica e a efetivação da doação de órgãos, com foco na preservação da integridade do paciente, da qualidade dos órgãos para transplante e no suporte adequado à família.

2. DEFINIÇÃO

Morte encefálica: Condição irreversível e completa da perda de todas as funções do cérebro, confirmada de acordo com os protocolos estabelecidos pela legislação vigente e normas técnicas de diagnóstico.

3. CRITÉRIOS DE INÍCIO DO PROTOCOLO

O protocolo será iniciado imediatamente após a confirmação diagnóstica da morte encefálica, realizada por equipe médica qualificada, conforme os seguintes critérios:

- Diagnóstico clínico e exames complementares, como EEG plano ou imagem cerebral, que confirmem a irreversibilidade do quadro;

- Comunicação imediata à Central de Transplantes e à rede de captação de órgãos do hospital.

4. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E OPERACIONAIS

4.1 Diagnóstico de Morte Encefálica

- Confirmar Morte Encefálica

- Realizar os exames clínicos e complementares para a confirmação da morte encefálica, conforme critérios estabelecidos pela legislação.

- Obter a segunda opinião médica conforme as diretrizes do hospital.

- Notificação à Central de Transplantes

- Após a confirmação da morte encefálica, e autorização para a doação, notificar imediatamente a Central de Transplantes, com todas as informações necessárias (dados clínicos do paciente, histórico médico, exames realizados, etc.).

- A comunicação deve ser feita dentro de 30 minutos após a confirmação da morte encefálica.

4.2 Avaliação da Viabilidade para Doação de Órgãos

- Avaliação pela Equipe de Captação de Órgãos

- A equipe de captação de órgãos, composta por médicos especializados, deverá se deslocar ao hospital para realizar a avaliação da viabilidade dos órgãos para transplante, com base nos seguintes critérios:

- Função renal, hepática, pulmonar e cardíaca;

- Histórico clínico do paciente, especialmente em relação a doenças infecciosas, câncer ou outras condições que possam contraindicar a doação.

- Manutenção da Função dos Órgãos

- Durante o processo de avaliação e antes da retirada dos órgãos, o hospital deve manter o paciente em ventilação mecânica, com controle rigoroso dos parâmetros hemodinâmicos, para garantir a preservação da função dos órgãos.

- Notificação e Consentimento Familiar

- A equipe de captação de órgãos, juntamente com a equipe médica do hospital, deve comunicar a família sobre a morte encefálica e as possibilidades de doação de órgãos, fornecendo todas as informações necessárias.

- O consentimento da família deve ser formalizado por meio de documento específico, garantindo a decisão informada dos familiares.

4.3 Processo de Doação de Órgãos
Preparação para a Retirada dos Órgãos

- Após o consentimento da família, a equipe de captação, em conjunto com o hospital, devera organizar o transporte para a unidade referenciada a realizar a retirada dos órgãos. Os procedimentos para a retirada serão realizados de acordo com as orientações e protocolos de cada órgão a ser doado.

- Os órgãos serão retirados de maneira a preservar sua viabilidade para transplante e serão acondicionados adequadamente em soluções preservadoras e sob temperatura controlada.

- Monitoramento Pós-Retirada

- Após a remoção, os órgãos devem ser mantidos sob condições ideais até o momento do transporte para o centro de transplantes. O transporte será realizado com equipe especializada, que deve seguir as normas rigorosas para garantir a integridade dos órgãos durante o transporte.

5. INTERAÇÃO COM A FAMÍLIA

- A equipe médica deve realizar uma comunicação clara, respeitosa e empática com os familiares do paciente, explicando a condição clínica do paciente e as possibilidades de doação de órgãos.

- O suporte psicológico deve ser oferecido tanto durante o processo de decisão quanto após a perda, com acompanhamento contínuo para garantir o bem-estar emocional da família.

6. CUIDADOS PÓS-DOAÇÃO

- Acompanhamento da Família: O hospital deverá oferecer acompanhamento psicológico à família após a doação de órgãos, com apoio durante o luto e orientações sobre os próximos passos.

- Feedback sobre a Doação: Sempre que possível, a equipe hospitalar pode fornecer informações sobre o sucesso da doação, incluindo o impacto positivo nos pacientes que receberam os órgãos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo visa garantir que o processo de doação de órgãos em casos de morte encefálica seja realizado de forma ética, transparente, e com respeito pela dignidade do paciente e da família. A colaboração entre o hospital e a rede de captação de órgãos é essencial para o sucesso do processo de transplante, permitindo que órgãos viáveis sejam utilizados para salvar vidas e melhorar a qualidade de vida de outros pacientes. A comunicação eficiente, o suporte emocional e a garantia da preservação dos órgãos são fundamentais para a eficácia do procedimento.

8. RESPONSABILIDADES DAS EQUIPES ENVOLVIDAS

- Equipe Médica: Confirmar a morte encefálica, notificar a central de transplantes, manter o paciente estável para a doação e fornecer todas as informações necessárias à família.

- Equipe de Captação de Órgãos: Realizar a avaliação de viabilidade dos órgãos, coordenar transporte, retirada até o encaminhamento para o centro de transplantes.
- Equipe de Enfermagem: Garantir a manutenção dos parâmetros clínicos do paciente, conforme protocolo, e assistir na logística de retirada dos órgãos.

9. DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS

Todos os passos do protocolo devem ser registrados de forma detalhada no prontuário eletrônico do paciente, incluindo a comunicação com a família, o consentimento da doação de órgãos e a coordenação com a equipe de captação de órgãos.

1.14 Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais e a carga horária de trabalho, por perfil de profissional. Neste tópico, solicita-se um quadro resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar na Unidade, que estejam ou não contratados, e com a expressão da carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o enunciado do horário de trabalho

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
ADM	Diretor Administrativo	44	1	CLT
ADM	Gerente Assistencial	44	1	CLT
ADM	Analista contábil financeiro	44	1	CLT
ADM	Analista de RH	44	1	CLT
ADM	Auxiliar de DP	44	1	CLT
ADM	Coordenador de Faturamento	44	1	CLT
ADM	Faturista	44	2	CLT
ADM	Auxiliar Administrativo (SAME)	44	1	CLT
ADM	Analista de TI	44	1	CLT
ADM	Analista de suporte	44	1	CLT
ADM	Encarregado da Receção	44	1	CLT
ADM	Encarregado da Higiene e Limpeza	44	1	CLT
ADM	Encarregado de Manutenção	44	1	CLT
ADM	Jovem Aprendiz	20	1	CLT
ADM	Auxiliar Administrativo	36	16	CLT
ADM	Assistente Administrativo	44	2	CLT
ADM	Recepcionista	36	9	CLT
ADM	Analista de Patrimônio	44	1	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Amb	Enfermeiro Assistencial	44	1	CLT
Amb	Técnico de Enfermagem	44	3	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Apoio	Lactarista	36	5	CLT
Apoio	Auxiliar de Farmácia	36	12	CLT
Apoio	Auxiliar de Almoxarifado	44	1	CLT
Apoio	Almoxarife	44	1	CLT
Apoio	Técnico em Radiologia	24	8	CLT
Apoio	Analista de Ouvidoria	44	1	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - Adm	44	4	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - área externa	36	3	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - interno	36	63	CLT
Apoio	Auxiliar de Serviços Gerais - Manutenção	36	5	CLT
Apoio	Eletricista	44	1	CLT
Apoio	Controlador de Acesso	36	14	CLT
Apoio	Vigilante	36	9	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
CME	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
CME	Técnico de Enfermagem	36	7	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Eq. Multi	Psicólogo	40	1	CLT
Eq. Multi	Assistente Social	30	3	CLT
Eq. Multi	Fisioterapeuta	30	3	CLT
Eq. Multi	Fonoaudiólogo	20	1	CLT
Eq. Multi	Dentista	20	1	CLT
Eq. Multi	Nutricionista RT	36	1	CLT
Eq. Multi	Nutricionista Clínica	36	3	CLT
Eq. Multi	Técnico de Nutrição	36	3	CLT
Eq. Multi	Farmacêutico RT	44	1	CLT
Eq. Multi	Farmacêutico	36	5	CLT
Eq. Multi	Biomédico - Ag. Transfusional	44	1	CLT
Eq. Multi	Auxiliar de Transfusão	36	5	CLT
Eq. Multi	Técnico em Hemoterapia	36	5	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro SCIH	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro NEP	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro da Qualidade	44	1	CLT
Eq. Multi	Analista da Qualidade	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro NIR	36	5	CLT
Eq. Multi	Auxiliar de Regulação	36	5	CLT
Eq. Multi	Pedagogo	6	1	CLT
Eq. Multi	Brinquedista	6	1	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
P.S.	Enfermeiro Assistencial	36	14	CLT
P.S.	Técnico de Enfermagem	36	33	CLT
P.S.	Técnico de Imobilização	36	5	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
SADT	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
SADT	Técnico de Enfermagem	36	5	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
SESMT	Técnico de Segurança do Trabalho	44	2	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
UCI	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
UCI	Técnico de Enfermagem	36	14	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
UI	Enfermeiro Assistencial	36	9	CLT
UI	Técnico de Enfermagem	36	37	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
CC	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
CC	Técnico de Enfermagem	36	9	CLT

1.15 Descrição do sistema de qualificação profissional: treinamento, capacitação, educação em saúde

NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (NEP)

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) tem como principal objetivo promover o desenvolvimento contínuo e a atualização constante dos profissionais de saúde, assegurando que a instituição de saúde ofereça atendimento de qualidade, alinhado às melhores práticas e aos avanços na área da saúde. A implementação de

um Núcleo de Educação Permanente em uma unidade de saúde é fundamental para garantir que todos os profissionais estejam preparados para enfrentar os desafios da assistência à saúde, ao mesmo tempo em que contribui para a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.

A implantação do Núcleo de Educação Permanente visa, promover a qualificação e atualização dos profissionais de saúde, garantindo que as equipes estejam preparadas para oferecer cuidados de alta qualidade, desenvolvendo e implementando programas de treinamento e capacitação nas diversas áreas de atuação da unidade de saúde.

A melhoria contínua no desempenho dos profissionais, com ênfase na educação em saúde, ética, segurança do paciente e qualidade assistencial, fomenta uma cultura de aprendizado contínuo, onde o conhecimento é compartilhado, valorizado e aplicado na prática diária e integração entre as diferentes equipes da instituição, promovendo ações interdisciplinares.

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é responsável pela estruturação, gestão e coordenação de programas e cursos de capacitação direcionados às equipes multidisciplinares da instituição. O desenvolvimento desses programas de capacitação baseia-se em um levantamento contínuo das necessidades de treinamento (LNT) de todas as unidades da instituição, o que permite a elaboração de uma programação e cronograma de treinamentos alinhados às demandas específicas de cada área.

No contexto atual os treinamentos permeiam e várias modalidades educativas, como:

- Workshops,
- Palestras e seminários sobre temas atuais e importantes para a prática profissional;
- Cursos e treinamentos presenciais ou online, com base nas necessidades específicas de cada área;
- Simulações e treinamentos práticos para capacitação em situações de emergência, segurança e práticas clínicas.

- Grupos de estudo e discussões de casos, incentivando a reflexão crítica e o aprendizado colaborativo.

Além disso, para garantir a eficácia e a efetividade dos treinamentos, é fundamental realizar avaliações periódicas das ações educacionais. Essas avaliações são essenciais não apenas para aprimorar a organização e execução dos treinamentos. O NEP utiliza esses dados para realizar ajustes e melhorias contínuas nos programas, garantindo que os objetivos educacionais sejam alcançados de forma eficaz e que os profissionais da instituição estejam sempre atualizados e capacitados

Após a implementação dos programas de capacitação, o núcleo deve realizar avaliações contínuas para medir a eficácia das ações educacionais. Isso inclui a avaliação do impacto dos treinamentos na melhoria do desempenho profissional, mensuração da absorção do conteúdo pelos profissionais treinados, assegurando que o conhecimento adquirido seja devidamente aplicado na prática. Além disso, é importante realizar uma reavaliação periódica das necessidades de educação, garantindo que o Núcleo de Educação Permanente continue alinhado às demandas da instituição e da evolução da prática médica e de enfermagem. Outra abordagem necessária é a avaliação do treinamento essenciais para aprimorar a organização e execução dos treinamentos.

A incorporação da educação permanente na cultura organizacional, representa o aprendizado contínuo, que deve ser incentivado em todos os níveis hierárquicos, promovendo uma cultura de excelência e de cuidado com a saúde dos pacientes, melhorando a qualidade do atendimento, profissionais mais bem capacitados e integrados, redução de erros e eventos adversos e promoção de trocas do conhecimento

Para o desenvolvimento das atividades do NEP, a proposta de reunião com os setores com o objetivo de identificar os temas institucionais (LNT), a serem abordados ao longo do ano, para que sejam identificados os temas de maior relevância e impacto, que poderão ser necessários, devido:

- Necessidade de fortalecimento dos processos que apresentaram fragilidades dentro da instituição;

- Orientar e desenvolver os novos profissionais para suas funções técnicas dentro da unidade hospitalar;
- Atividades de controle de infecção hospitalar;
- Segurança ocupacional;
- Inserção de novos serviços;
- Apresentação de novas técnicas;
- Manuseio de equipamentos;
- Estabelecidos por legislação.

Após é desenvolvido o cronograma anual de treinamentos, com a aprovação dos gestores e divulgados na Instituição.

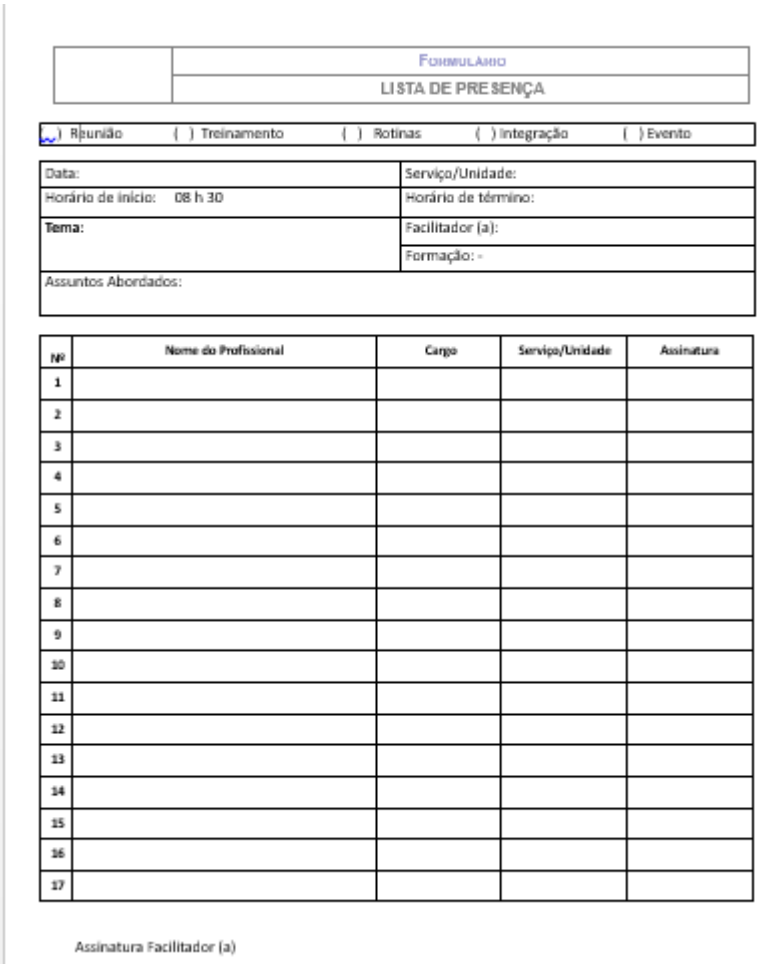
Logo da Instituição	FORMULÁRIO CRONOGRAMA DE TREINAMENTOS – ANO											
TEMAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
ACOLHIMENTO												
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS												
ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO												
ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA												
BIOSSEGURANÇA												
CIPA												
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO												
COMUNICAÇÃO SEGURA												
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA												
LIDERANÇA												
HIGIENIZAÇÃO												
MAPA DE RISCO												
METAS ASSISTENCIAIS												
NR 32												
NÚCLEO DE QUALIDADE												
PGRSS												
PROTOCOLOS ASSISTÊNCIAIS												
SEGURANÇA DO PACIENTE												
SEGURANÇA DO TRABALHO												

NOTA *: Protocolos, Técnicas Setoriais e Integração, são treinamentos pontuais no decorrer do ano de acordo com as necessidades.*

* Modelo cronograma anual de treinamentos.

Todo treinamento deverá ter evidencia de treinamento, através de listas de presença constando conteúdo programático, assinatura do instrutor e doas profissionais que realizaram o treinamento, esta ação reflete em indicador do serviço de NEP para a instituição, para ser relacionado o percentual de empregados capacitados em determinado curso será monitorado a eficácia do treinamento e a necessidade de reciclagem, através das pesquisas de reação (satisfação dos participantes em relação ao conteúdo, instrutor, infraestrutura e a conexão entre

teoria e prática); Aprendizagem (teste de conhecimento pré e pós-treinamento); Comportamento (avaliação de desempenho dos profissionais); Eficácia(aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no treinamento).



FORMULÁRIO

LISTA DE PRESENÇA

( ) Reunião ( ) Treinamento ( ) Rotinas ( ) Integração ( ) Evento

Data:	Serviço/Unidade:
Horário de início: 08 h 30	Horário de término:
Tema:	Facilitador (a):
	Formação:
Assuntos Abordados:	

Nº	Nome do Profissional	Cargo	Serviço/Unidade	Assinatura
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Assinatura Facilitador (a)

* Modelo Lista de Presença.

Logo da Instituição	FORMULÁRIO CRONOGRAMA DE TREINAMENTOS – ANO								
CURSO/ TREINAMENTO (TEMA)	COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS	MODELO (REUNIÃO/ TREINAMENTO/ ETC)	DATA	CARGO	FACILITADOR		PUBLICO/ CARGA HORÁRIA		
					INTERNO	EXTERNO	Nº PARTICIPANTES	TEMPO	TEMPO TOTAL
							5	02:00	10:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
									00:00
TOTAL MÊS							5	02:00	10:00

* Modelo Controle mensal de treinamentos.

Este ciclo se renova anualmente, mas no decorrer do ano a NEP poderá desenvolver e ou acrescentar treinamentos que não estejam programados no cronograma anual, dependendo da necessidade real da instituição e ou sazonalidade.

1.16 Descrição dos critérios de remuneração direta e indireta, identificação pessoal e uniformização dos recursos humanos

A remuneração é uma das questões mais importantes para qualquer trabalhador, afinal, é por meio dela que ele consegue sustentar sua vida e sua família. Porém, ela vai muito além do salário direto, existem também os benefícios oferecidos pela empresa, conhecidos como salário indireto.

Oferecer um salário justo é importante para manter os funcionários motivados e satisfeitos, mas isso nem sempre é suficiente. A competitividade do mercado de trabalho exige que as empresas ofereçam benefícios adicionais para seus colaboradores, como plano de saúde, vale alimentação, participação nos lucros, entre outros. Esses benefícios são conhecidos como salário indireto e podem ser determinantes para atrair e reter talentos na empresa.

O salário direto é a remuneração paga ao trabalhador de forma direta e mensal, em dinheiro. É a quantia que consta no contracheque do funcionário e representa o valor bruto do salário acordado com a empresa, sem descontos de impostos ou outros benefícios. Além disso, o salário direto também inclui o

pagamento de horas extras, adicional noturno, férias e décimo terceiro salário, por exemplo.

Já o salário indireto é uma forma de remuneração que não é paga diretamente em dinheiro ao trabalhador, mas sim por meio de benefícios e vantagens oferecidos pela empresa. Esses benefícios podem ser em dinheiro, mas também podem ser em serviços ou produtos que a empresa oferece aos funcionários, como plano de saúde, vale-alimentação, seguro de vida, entre outros.

A SBSJ oferece aos colaboradores os benefícios previstos em Lei e Convenção Coletiva de Trabalho.

UNIFORME E IDENTIFICAÇÃO

Os funcionários terão uniforme, com o logo da SES/SE e será fornecido o crachá de identificação funcional.

1.17 Poderão ser acrescidas informações importantes não abordadas nos itens anteriores ou outras iniciativas e programas de qualidade que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Nesse caso, deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto etc.

Parcerias com Instituições de Ensino

Estabelecer parcerias com escolas, universidades e centros de formação profissional para oferecer programas de estágios e capacitação em áreas da saúde e administração hospitalar.

Criar projetos de voluntariado e programas de intercâmbio de conhecimento, permitindo que estudantes possam contribuir para o desenvolvimento da comunidade e do hospital

O cronograma de implantação será estabelecido após a assunção da unidade, considerando-se a necessidade de conhecer as instituições de ensino do entorno.

1.2 IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS

1.2.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, não restritas e externas

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

Área Interna:

– PACIENTE EXTERNO: São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos funcionários e pacientes internados.

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

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

– VISITANTES: É constituído de indivíduos que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação

das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

– FUNCIONÁRIOS: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A

circulação deles pode ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida em toda a unidade.

Áreas Restritas:

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco cirúrgico e CME. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupa própria da unidade.

Áreas Externas:

Tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos no Hospital:

- • paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância ou helicóptero;
- • paciente a ser internado (paciente interno);
- • funcionários (médicos, enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;
- • demais funcionários;
- • entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc;
- • remoção de cadáveres;
- • remoção de resíduos.

1.2.2 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A Sociedade Beneficente de São José - SBSJ implementará toda a logística para operacionalização do processo de esterilização de materiais necessários para a execução dos serviços descritos neste projeto, contemplando as responsabilidades de:

I Coletar, lavar/limpar e processar os materiais;

II Assegurar estoque de materiais esterilizados de acordo com a demanda do serviço;

I Instituir rotina para manter os materiais esterilizados em estoque, dentro do prazo de validade da esterilização;

II Distribuir os materiais esterilizados para as unidades solicitantes, por Kits e/ou de acordo com análise de consumo médio, otimizando a gestão dos materiais.

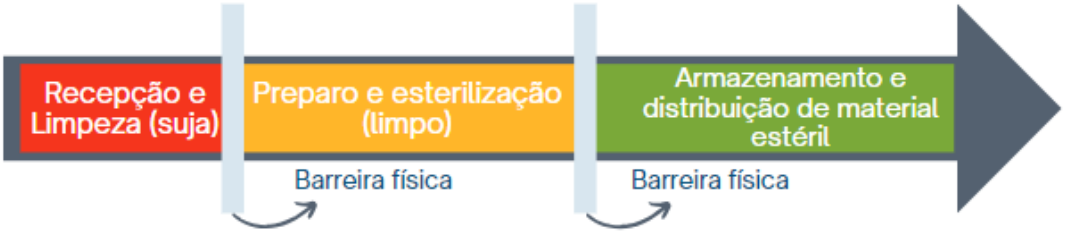
III Realizar o controle de inventário dos materiais e equipamentos esterilizados.

Fluxo Unidirecional – Garantir que não exista o cruzamento de material estéril com material não estéril.

De acordo com a RDC15/2012, RDC 50/2002, 307/2022 a única obrigatoriedade de barreira que se tem é da área suja da área limpa, conforme abaixo. Porém, dessa maneira existe um cruzamento de risco da área de preparo e esterilização para área de armazenamento e distribuição porque requer muita atenção dos colaboradores na execução das suas atividades para que não haja nenhuma mistura do material estéril com o material não estéril.

O fluxo unidirecional está garantido (como pede a RDC15 e como deveria ser) com autoclaves de dupla porta com barreira, conforme abaixo:

Os profissionais que trabalham na área sujam não irão transitar pela área limpa e vice-versa.



O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH, apoiará na definição e implantação dos fluxos, normas e rotinas da CME, bem como avaliações sistemáticas dos processos, assegurando a efetividade do serviço e mitigação do risco de infecção hospitalar.

Ressaltamos que a padronização de normas e rotinas técnicas e na validação dos processamentos dos materiais e superfícies é essencial no controle de infecção.

As rotinas e normas do Serviço de Esterilização devem abordar, dentre outras:

I Recebimento e conferências dos materiais;

II Limpeza e desinfecção de materiais;

I Limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;

II Monitoramento dos indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;

III Conferência dos impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos.

Os materiais/artigos serão classificados de acordo com o risco potencial de contaminação, dividindo-se em:

Artigos Críticos: são aqueles que entram em contato direto com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e que penetram em órgãos e tecidos, bem como todos aqueles que possuem alto risco de causar infecção.

Artigos Semicríticos: são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra dos pacientes ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. Nesse caso, o risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material/artigo para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.).

Artigos não Críticos: são aqueles que entram em contato com pele íntegra e superfícies e apresentam risco de transmissão de infecção baixo. Os materiais/artigos que com presença de matéria orgânica passarão pelo processo de desinfecção de nível baixo, e os que apresentarem ausência de matéria orgânica passarão apenas pelo processo de limpeza.

As áreas da CME e respectivas atividades, estarão divididas conforme a tabela abaixo, sendo essa estrutura, responsável por assegurar o fluxo unidirecional e contínuo citado anteriormente.

Área	Ações
Lavagem e descontaminação	1. Receber, conferir e registrar o quantitativo e tipos de materiais recebidos; 2. Desinfetar e separar os materiais;

	3. Verificar o estado de conservação do instrumental 4. Realizar a limpeza 5. Encaminhar para a área de preparo
Preparo de Materiais	1. Analisar os instrumentais recebidos, verificando condições de conservação e limpeza 2. Embalar os materiais e instrumentais 3. Identificar 4. Encaminhar para esterilização
Esterilização	1. Realizar a esterilização dos materiais, seguindo rigorosamente os procedimentos internos. 2. Carregar e descarregar a autoclave, observando os cuidados descritos. 3. Realizar o controle microbiológico e registrar. 4. Zelar pelo bom estado de conservação 5. Solicitar manutenção preventiva e corretiva quando necessário.
Armazenamento e Distribuição	1. Atentar-se para o prazo de validade dos materiais estocados. 2. Estocar adequadamente todas as embalagens 3. Realizar a distribuição nas unidades. 4. Registrar as saídas de materiais, solicitando a assinatura do setor requisitante.

PROCESSOS DESENVOLVIDOS

Limpeza: A limpeza consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. As limpezas automatizadas, realizadas através das "lavadoras termodesifectadoras" que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza

e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro- cortantes.

Descontaminação: É o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.

Desinfecção: A desinfecção é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 min. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todo os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido peracético.

Preparo: As embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento, garante a integridade do material

Esterilização: É o processo de destruição de todos os microrganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.

Validação dos processos de esterilização de artigos:

A validação é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistentemente fornecer produtos, cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana não superior a 10º.

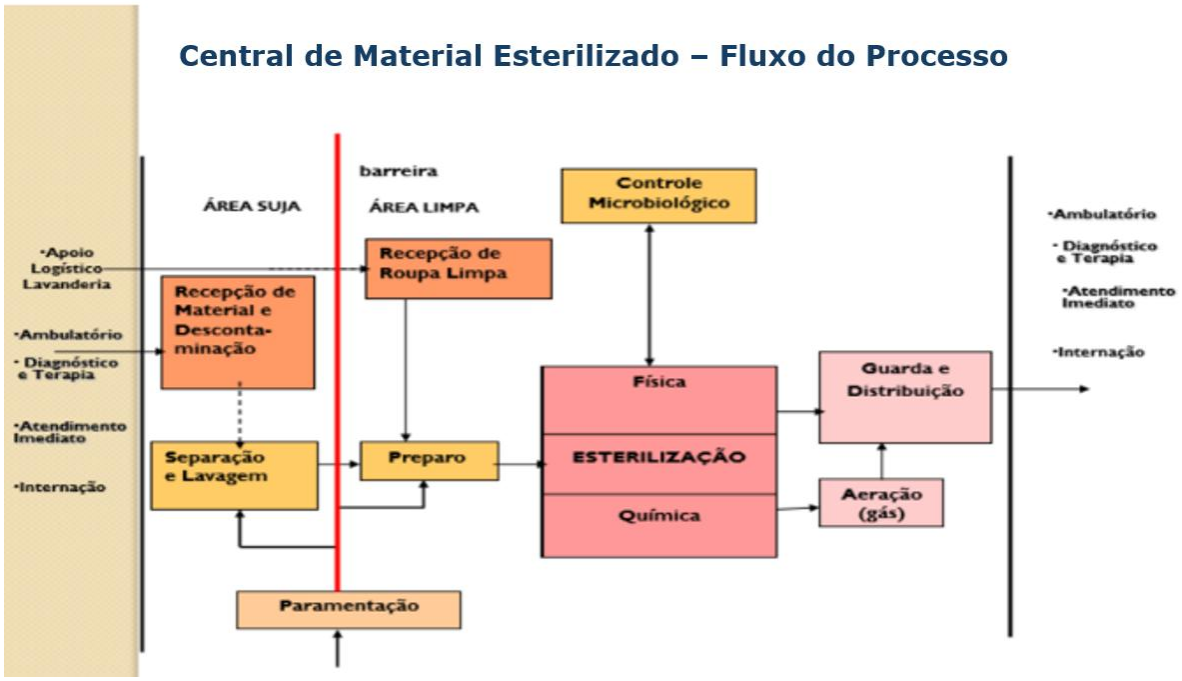
Controles do processo de esterilização:

Testes Químicos: Os testes químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.

Testes Biológicos: Os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

FLUXO PARA MATERIAIS

O fluxo básico do serviço está representado abaixo:



1.2.3 Fluxo unidirecional para roupas

O processamento da roupa consiste em todas as tarefas relacionadas com a coleta, o transporte e a separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao

processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição de todo o enxoval.

O fluxo a ser implantado no Hospital Da Criança Dr. José Machado Souza, será unidirecional e contínuo, evitando desta forma o cruzamento do enxoval sujo com os enxovais limpos, contemplando todas as etapas do processo. O acesso de pessoas ficará restrito apenas aos profissionais destinados à atividade, ou para aqueles que recebam autorização para entrar no setor.

Assim, a área de Processamento de Roupas do **serviço de lavanderia** do Hospital Da Criança Dr. José Machado Souza**,** terá como finalidade coletar, pesar, separar, e distribuir as roupas, enquanto, a responsabilidade do serviço terceiro, contratado pela SBSJ será de processar, confeccionar, reparar, e entregar as roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do hospital. As roupas utilizadas nos diversos serviços do hospital incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, fraldas, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, aventais, gorros, dentre outros.

ETAPAS DO PROCESSAMENTO DA ROUPA:

REMOÇÃO DA ROUPA SUJA DA UNIDADE GERADORA:

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, unidades geradoras.

Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão.

A roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon, sendo que as roupas contaminadas devem ser acondicionadas em saco plástico.

COLETA E TRANSPORTE DA ROUPA SUJA:

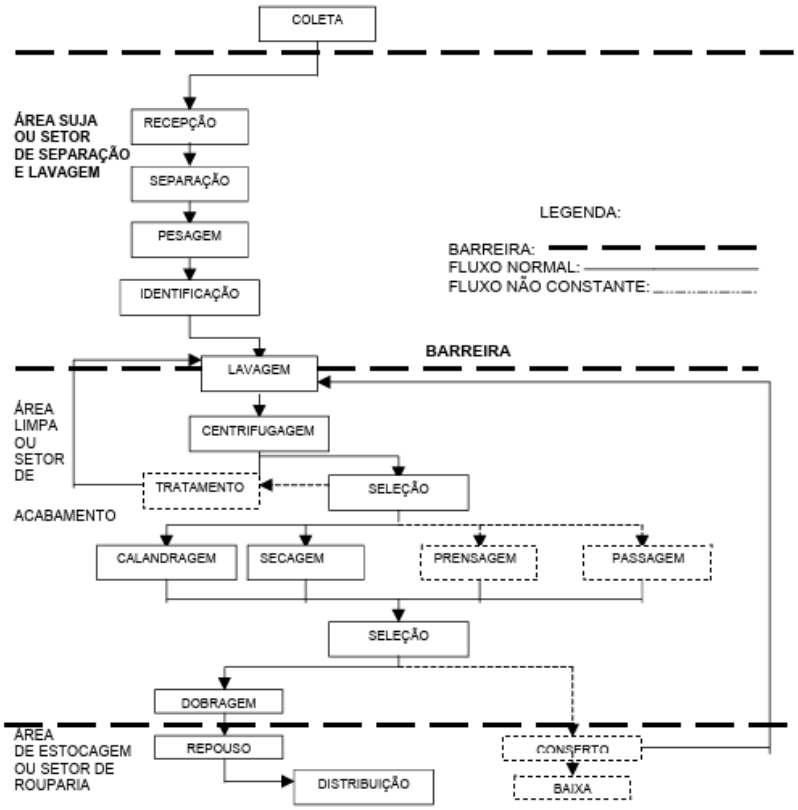
A coleta geralmente é realizada em horários preestabelecidos, uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Após fechado, o saco de roupas sujas é retirado do hamper e colocado em carro próprio que, completada sua capacidade, transporta a roupa até a recepção da lavanderia.

Os carros usados na remoção dos sacos de roupas sujas nunca devem ser utilizados para o transporte de roupas limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento das roupas suja com a limpa.

A roupa suja deverá ser transportada por meio de carro exclusivo para esse fim (leve, de fácil higienização, com dreno para eliminação de líquido), devidamente identificado.

Para a coleta e transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade deve estar paramentado com luvas de borracha cano longo, gorro, óculos, bota cano longo, avental impermeável e máscara com filtro de carvão ativado.



RECEPÇAO PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA SUJA:

Na área de recepção, a roupas é retirada do carro de coleta, a fim de ser separada e pesada. Na área suja da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de ser entregue ao coletor da lavanderia terceira, para o processo de lavagem.

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

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

Separação e Classificação: A qualidade da lavagem começa na separação da roupa suja, quando esta é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor**.** A separação da roupa suja terá como objetivos:

- Agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto, de acordo com o grau de sujidade e as suas características;
- Localizar e retirar objetos estranhos que possam estar presentes junto com a roupa.
- A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Considera-se também o tipo de tecido, uma vez que o processo de lavagem varia conforme a origem e composição do tecido.

PROCESSO DE LAVAGEM:

Este processo será realizado por serviço terceiro e será realizada vistoria técnica no local, para observar o atendimento a legislação. Neste caso, a roupa suja deve ser colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa.

O processo de lavagem da roupa consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo.

São aspectos importantes dessa etapa: a restituição da maciez e elasticidade dos tecidos e a preservação das fibras e cores, de forma a propiciar conforto para o uso.

A roupa é desinfetada durante o processo de lavagem, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril.

A lavagem consiste numa sequência de operações ordenadas, que leva em consideração o tipo e a dosagem dos produtos químicos, a ação mecânica produzida pelo batimento e esfregação das roupas nas lavadoras, a temperatura e o tempo de contato entre essas variáveis. O perfeito balanceamento desses fatores é que define o resultado do processo de lavagem.

PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA LIMPA:

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da

unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas.

A **centrifugação** tem o objetivo de remover o excesso de água presente na roupa. Esse processo é realizado em centrífuga ou em lavadora extratora. Após a centrifugação, a roupa deve ser classificada levando-se em consideração o tipo de tecido, peça de roupa e a fase do processo de acabamento que será submetida.

A **secagem** é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo.

A **calandragem** é a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa como lençóis, colchas leves, uniformes, roupas de linhas retas, sem botões ou elástico, à temperatura de 120ºC a 180ºC.

RECEBIMENTO DA ROUPA ENTREGUE PELA LAVANDERIA TERCEIRIZADA

Contar o número de peças entregues e anotar. Conferir com a Nota. Na divergência, chamar a chefia imediata.

ESTOQUE E ARMAZENAMENTO DA ROUPA:

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição da roupa limpa.

O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim.

O carro usado para estocar a roupa limpa no setor de internação deve ser fechado durante o transporte e a sua permanência na mesma, além disso, não pode ser deixado em local de circulação de pessoas.

TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA:

O sistema de distribuição e suprimento de roupas nos setores dos serviços de saúde depende do seu volume e do tempo de estocagem na rouparia central. A maior parte da troca de roupa nas unidades de internação ocorre nas primeiras horas da manhã. Por essa razão, o recebimento pontual da roupa facilita o trabalho da enfermagem e o conforto do cliente.

A distribuição de roupa limpa é feita pelo pessoal da unidade de processamento de roupas e pode ser realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da

roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos, exclusivos para esse fim.

É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a sua contaminação.

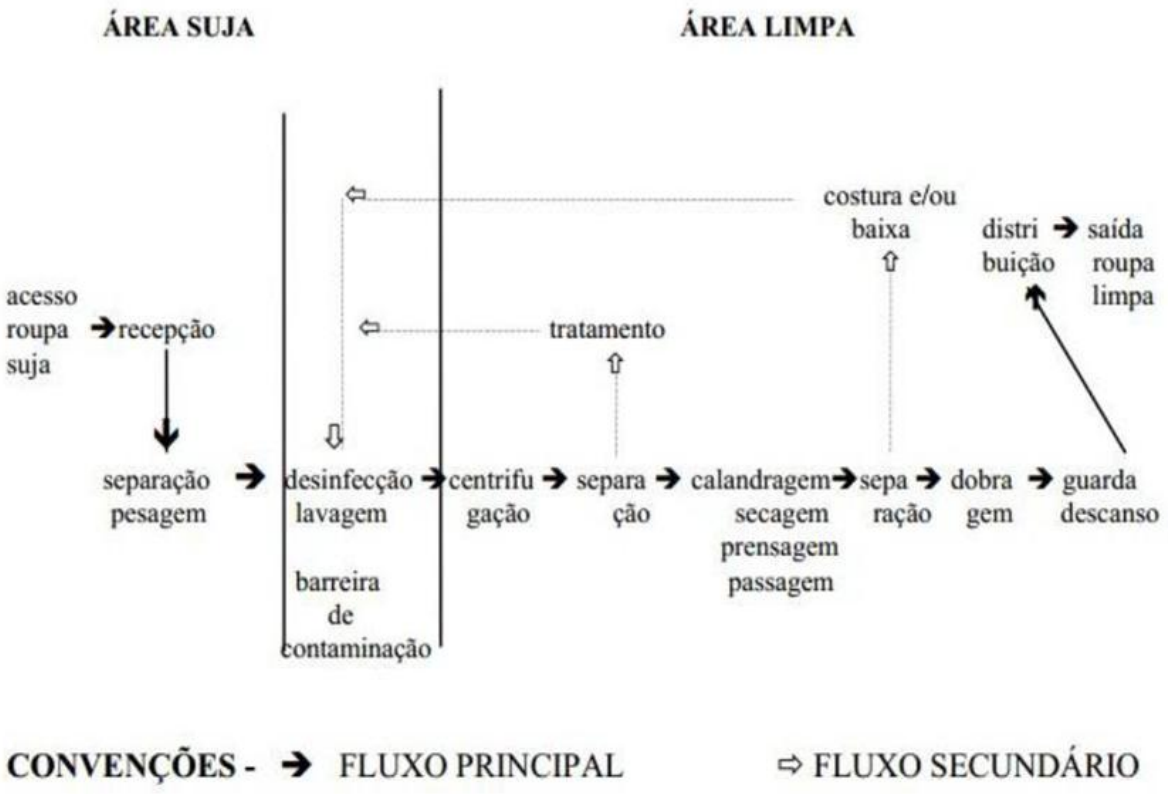
Cada unidade receberá uma cota de roupa para reposição de estoques nas rouparias setoriais. Geralmente o cálculo das quantidades de roupas segue a seguinte ideia: Uma muda fica no leito do paciente, uma outra fica na estante ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia, enquanto tem outra peça na lavanderia em processamento. É comum existir uma cota fixa de roupa para cada unidade, preestabelecida em função da necessidade estimada.

Observação:

Após o conserto, toda a roupa deverá voltar a ser lavada.

O Serviço de Processamento de Roupas deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas.

FLUXOGRAMA DE ROUPAS



1.2.4 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde

Os resíduos sólidos de serviços de saúde, segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), são aqueles produzidos em qualquer serviço prestador de assistências médicas, sanitárias ou estabelecimentos congêneres, podendo então ser provenientes de hospitais, farmácias, unidades ambulatoriais de saúde, clínicas e consultórios médicos, laboratórios, instituições de ensino e pesquisa médica, bancos de sangue e demais órgãos que geram quaisquer tipos de resíduos contendo secreções ou contaminações com restos cirúrgicos de humanos ou animais. (ANVISA, 2006).

Vale salientar que embora os RSS constituem uma pequena fração inferior a 2% se comparado com os resíduos residenciais e comerciais gerados diariamente, necessitam de técnicas e cuidados especiais por conter características infecciosas e contaminantes. Desse modo, a implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz à sua minimização, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. (ANVISA, 2006).

Portanto, destaca-se a importância do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS) que constitui um conjunto de ações exercidas, direta ou indiretamente, nas etapas de coleta, transporte, transbordo, tratamento, destinação final ambientalmente adequada dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos (Lei nº 12.305/2010).

O plano que a seguir será apresentado busca descrever, desenvolver e implementar o gerenciamento de resíduos sólidos no Hospital Da Criança Dr. José Machado Souza, seguindo as exigências e os aspectos legais. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS será compatível com as normas federais, estaduais e municipais, considerando, ainda, os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

OBJETIVOS GERAIS

Proteger a saúde pessoal e a sanidade do meio ambiente, garantindo que os resíduos de serviços de saúde (RSS), entre outros, tenham uma adequada disposição final de seus rejeitos e uma eficiente aplicabilidade, principalmente, do princípio dos 3R's; além de:

- Reduzir o volume gerado e a periculosidade de resíduos infectantes, primordialmente, e dos outros tipos de resíduos;
- Aumentar o nível de segurança dos funcionários, usuários e pacientes;
- Garantir adequada segregação dos resíduos, facilitando o reaproveitamento e o descarte;
- Otimizar (recursos financeiros e pessoal) na coleta e transporte internos e externos dos resíduos;
- Fomentar e argumentar a importância da implementação de um PGRSS no Hospital;
- Racionalizar o uso de recursos, evitando desperdícios, aprimorando a reutilização e firmando acordos com recicladoras, etc.;
- Possibilitar um possível e eficiente gerenciamento de resíduos;
- Treinar e instruir todo o pessoal do Hospital quanto ao manejo adequado dos RSS, enfatizando a necessidade do cumprimento das normas.

A Sociedade Beneficente de São José, em seu modelo de gestão, atenderá aos dispositivos da Legislação Ambiental e, nesse viés, possui toda a documentação legal exigida.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde será implantado até o terceiro mês da data de assinatura do contrato e será atualizado em conformidade com as Normas do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), do Ministério da Saúde, bem como da ANVISA.

O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos. Para transporte externo e acondicionamento, a SBSJ, irá contratar um prestador de serviços para fornecimento da estrutura externa de acondicionamento e destino dos resíduos.

Manejo dos RSS

Segundo a Resolução ANVISA RDC nº 222/18, "o manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra-estabelecimento, desde a geração até a disposição final".

O manejo dos resíduos contempla as seguintes etapas:

Etapas do manejo de resíduos

a) Segregação

É uma das operações fundamentais para permitir o cumprimento dos objetivos de um sistema eficiente de manuseio de resíduos, e consiste em separá-los ou

selecioná-los, apropriadamente, segundo a classificação adotada. Essa operação deve ser realizada na fonte de geração, condicionada à prévia capacitação do pessoal de serviço.

Para isso são realizados regularmente cursos de capacitação relacionados ao gerenciamento de resíduos direcionados aos funcionários efetivos do Hospital, bem como aos contratados.

A determinação de responsáveis e os procedimentos de separação na origem, a serem seguidos obrigatoriamente por todos os funcionários incluindo os novos, que antes de ingressar passam por capacitação. Isso tem a vantagem de despertar a consciência das pessoas sobre a problemática dos resíduos sólidos.

A SBSJ realiza a segregação, separando os resíduos em infectantes, químicos, comum, reciclável, orgânico e perfurocortante. Hospitais registram um volume significativo de resíduos infectantes. Desta forma, visando baixar este volume, A SBSJ tem trabalhado na estruturação de uma capacitação de seus funcionários, visando sensibilizá-los quanto a importância da segregação adequada.

Em razão de os resíduos infectantes apresentarem diversos riscos à saúde tanto do paciente quanto do profissional de saúde, a CGRSS entende que lixeiras infectantes seriam alocadas somente em expurgos, ou em locais isolados de cada setor, como também nos postos de enfermagem. Para tanto, a Comissão determina a utilização de bandejas pelos profissionais da enfermagem, pois o uso de bandejas diminui o risco de acidentes com os materiais manuseados a serem transportados do paciente até sua segregação.

O profissional irá preparar os materiais destinados ao paciente (medicamentos, seringas, curativos etc.), transportando-os dentro da bandeja, e após o término do procedimento nas enfermarias, todos os resíduos infectantes gerados deverão ser recolhidos com o auxílio desta mesma bandeja, e transportados até o posto de enfermagem e expurgo, sendo desprezados na lixeira infectante ou coletor de perfurocortante (descarpack) se for o caso.

No caso dos funcionários do laboratório, é instruído que levem seus materiais até o paciente, façam a coleta de sangue, coloquem o material usado (em compartimento específico) de volta na sua caixa de coleta, e levem consigo até a lixeiras e/ou coletor de perfurocortante (descarpack) mais próximo, ou se preferir segregam no próprio laboratório.

Sendo assim Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde ficará responsável por identificar e elaborar uma listagem da segregação adequada dos principais resíduos produzidos nas dependências do Hospital Da Criança Dr. José Machado Souza.

b) Acondicionamento

É o ato de dispor os resíduos em recipientes apropriados. Nesta operação é essencial acondicionar diferentemente os resíduos segregados na origem, em recipientes com características apropriadas a cada grupo específico, observando a padronização de cor e simbologia apresentadas. Os sacos de acondicionamento sempre devem ser fechados/lacrados sempre ao final de cada jornada ou quando estiver com 2/3 de seu volume preenchido.

Resíduos de densidade elevadas podem romper os sacos plásticos. Casos como estes podem ser evitados por meio de coletas com quantidades de resíduos adequadas, evitando a ruptura das embalagens.

Ocorrendo o derramamento, deve-se imediatamente recolher o resíduo, lavar a superfície com água e sabão, fazer a desinfecção, conforme orientação da higienização para acidentes com resíduos e comunicar a chefia da unidade.

Os perfuro cortantes devem ser acondicionados em recipientes rígidos e resistentes a umidade (Ex. Coletor de Perfurocortante/Descarpack®) e, conter internamente saco plástico de proteção, lacrados, quando estiver com preenchimento de 2/3 da capacidade.

Caixa para descarte de perfuro cortante (tipo descarpack)

Os resíduos infectantes, como membros, fetos, órgãos, placenta e tecidos humanos devem ser acondicionados separadamente em sacos branco leitoso ou sacos vermelhos, antes de serem encaminhados para a coleta interna. Na coleta

externa, estes devem ser acondicionados em uma bombona separada para carcaças e peças anatômicas.

No acondicionamento de resíduos deve-se:

- Evitar o rompimento do saco;
- Retirar o excesso de ar, tomando-se cuidado para não se expor ao fluxo de ar;
- Torcer e amarrar sua abertura com barbante ou com a própria abertura do saco, usando a técnica de enrolar as bordas e dar dois nós bem apertados, com cuidado para não romper o saco;
- Fechar os recipientes verificando a existência de vazamento e;
- Identificar os recipientes.
- Depois de fechado o saco plástico, deve ser retirado da unidade geradora e levado até o abrigo
- temporário interno. O almoxarifado deve prover continuamente as necessidades requeridas, evitando-se o uso de embalagens improvisadas e impróprias.

Todos os funcionários envolvidos no manuseio dos RSS, de acordo com as especificações das normas de segurança, recomendadas pelo Ministério do Trabalho e contidas no Regimento Interno do Serviço de Higienização e Limpeza, devem usar corretamente os EPI's fornecidos, de uso obrigatório como segue:

- Uniforme de trabalho composto por calça comprida, de tecido de algodão resistente;
- Camiseta devidamente identificada da empresa;
- Gorro de forma a proteger os cabelos;
- Luvas em PVC impermeáveis e resistentes, antiderrapante, de cano longo;
- Botas em PVC, impermeáveis e resistentes de cor clara, cano de ¾ e solados antiderrapantes;
- Máscara cirúrgica, impermeáveis e descartáveis;
- Óculos com lentes panorâmicas e incolores, de plástico resistente com armação em plástico flexível, com proteção lateral e válvulas de ventilação;
- Avental em PVC impermeáveis e de médio comprimento.

A SBSJ utiliza as seguintes regras para acondicionamento de resíduos:

Materiais perfurantes ou cortantes serão embalados em recipiente de material resistente, coletor de perfurocortante (tipo Descarpack);

Líquidos deverão estar contidos em frascos ou galões preferencialmente inquebráveis, com tampa de rosquear;

Sólidos ou semissólidos contaminados serão dispostos em sacos plásticos brancos;

Todo resíduo infectante a ser transportado será acondicionado em sacos brancos e impermeáveis, em PVC, conforme NBR-9191 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Placenta e produtos quimioterápicos deverão ser acondicionados em sacos vermelhos de forma segura, e devem estar em lixeiras da cor branca, devidamente identificadas com tampa e pedal;

Os resíduos especiais têm de ser embalados de forma segura, compatíveis com suas características físico-químicas;

Os resíduos comuns serão embalados em sacos plásticos na cor preta indicado pela NBR- 9191, da ABNT;

Os sacos deverão ser totalmente fechados, não permitindo o derramamento do conteúdo, sendo mantidos íntegros até o destino dos resíduos. Caso ocorram rompimentos frequentes dos sacos, dever-se-á verificar a qualidade do produto ou métodos de transporte utilizados. Não se admite abertura ou rompimento do saco contendo lixo infectante sem prévio tratamento.

c) Identificação

Consiste no conjunto de medidas que permite a identificação dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

A SBSJ preconiza que os recipientes de acondicionamento (coletores) e os containers (carrinhos) sejam identificados com adesivos resistentes aos processos normais de manuseio, colocados na frente ou nas tampas dos coletores e dos containers, informando o tipo de resíduo, o símbolo correspondente e a cor do saco plástico a ser utilizado no mesmo.

Os sacos plásticos são identificados com etiquetas setorial para rastreio. A SBSJ adota uma identificação dos coletores e dos sacos por cores, onde os resíduos infectantes são dispostos em coletores e sacos brancos leitosos identificados com o símbolo de resíduo infectante; os recicláveis são dispostos em coletores e sacos azuis e os resíduos comuns não recicláveis e orgânicos são dispostos em sacos e coletores de cor preta e será acrescentado sacos vermelhos para resíduos quimioterápicos e

placenta. É fundamental que este sistema de cores para coletores e sacos seja seguido rigorosamente, cada qual a sua respectiva cor.

Identificação das lixeiras

d) Coleta Interna I

A coleta interna I consiste na remoção dos resíduos do local de geração, para o local de armazenamento temporário.

O procedimento é realizado pelo pessoal da higienização durante o dia todo em horários predefinidos de forma que não coincidam com horários de distribuição de refeições.

Os resíduos líquidos são acondicionados em galões de 50 litros e encaminhados para o abrigo de resíduos químicos, cada vez que atingem a marca de 2/3 da capacidade, disposto no depósito temporário, onde permanece até que a empresa terceirizada autorizada efetua a coleta, para

posterior reciclagem (retirada da prata) e destinação final ambientalmente correta (incineração).

e) Armazenamento Temporário (Interno)

Os abrigos temporários em geral, são locais com piso e azulejos, fechados e com pouco acesso das pessoas que não estão relacionadas com os resíduos/limpeza. Contudo, os DML´s não são apropriados e não comportam todo o volume de resíduos gerados.

f) Coleta Interna II

É a operação de transferência dos sacos e demais resíduos do armazenamento interno para o armazenamento externo (abrigo de RSS). No transporte dos RSS, dentro do hospital, deve-se observar e manter a segregação, evitando a mistura dos resíduos. As coletas deverão ser preconizadas para cada tipo de resíduos, comuns, recicláveis e infectantes.

Após a coleta e armazenamento dos resíduos no abrigo, o funcionário deverá lavar e desinfetar os carrinhos de coleta e realizar a lavagem das mãos, ainda calçadas as luvas, conforme técnica correta de desinfecção, conforme protocolo de lavagens das mãos elaborado e disponibilizado pela CCIH.

g) Armazenamento Externo

O armazenamento externo é o ato de guardar os RSS até que se realize a coleta pelo serviço municipal para os comuns, orgânicos e reciclados, e empresas terceirizadas contratadas para os contaminados. O estabelecimento deve possuir abrigo específico para armazenamento dos RSS, onde é armazenado todo o resíduo coletado no Hospital, separados em boxes distintos.

As portas dos ambientes de armazenamento deverão permanecer trancadas e as chaves permanecerão com o funcionário responsável pelo plantão.

Ao armazenarem os resíduos, os funcionários deverão observar a existência de sacos abertos ou

rompidos, neste caso deverão proceder a reembalagem do resíduo com o devido cuidado, para que não haja contaminações e acidentes de trabalho. Ao descarregar os carrinhos de coleta, no abrigo de RSS, os funcionários deverão estacionar os mesmos na área de higienização para lavagem e desinfecção, executando o procedimento adequado, usando água, hipoclorito a 1% de cloro ativo e sabão, enxaguar com água em abundância e depois friccionar álcool a 70%.

1.3 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

1.3.1 Proposta para Regimento Interno do Hospital

APRESENTAÇÃO

Este Regimento Interno, situa-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência médico hospitalar e área administrativa.

O Regimento Interno do Hospital Da Criança Dr. José Machado Souza tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado a estrutura organizacional aprovada pela Sociedade Beneficente São José.

Proposta para Regimento Interno

AS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I

Art. 1º - O Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza é subordinado à Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

Art. 2º - O presente Regimento Interno (RI) disciplina as normas e rotinas a serem seguidas pelos diversos setores do Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza, tendo como fim a organização e o funcionamento eficaz dos serviços, para garantir qualidade no atendimento prestados à criança e adolescente.

Art. 3º - O Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza é uma Unidade de Saúde de Órgão Público Estadual credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como fim prestar assistência hospitalar nas áreas de pronto atendimento, centro cirúrgico, clínica pediátrica, laboratório de análises, atendimento de enfermagem, e demais especialidades que vierem a ser implementadas.

Art. 4º - Sendo um Hospital de caráter Público conveniado com o SUS, a sua prestação de serviços será totalmente gratuita para os pacientes atendidos, sempre em obediência as normas regidas pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

Art. 5º - A manutenção da Unidade de Saúde é de responsabilidade do Estado de Sergipe, por meio de seus órgãos, assim como também a provisão de recursos para a expansão da Unidade e de seus equipamentos e afins.

Art. 6º - O Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza será mantido por verbas orçamentárias do Estado e renda por prestação de serviços ao SUS.

CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º - É de competência do Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza:

I – Estar aberto 24 horas diárias para assistência gratuita respeitando os princípios do SUS, de acordo com a legislação vigente em âmbito nacional.

II – Fazer uso do Registro Geral de Atendimento de caráter Hospitalar, para qualquer ocorrência diária.

III – Enviar relatórios necessários, diários, mensais ou anuais, à Secretaria de Saúde, devidamente assinado pelo responsável pelo setor.

IV – Relatar mensalmente à Secretaria de Saúde os estoques de medicamentos e material de consumo necessário.

V – Fornecer ao paciente ou responsável, as informações necessárias para a recuperação deste, sempre obedecendo a Ética Profissional.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 8º - O Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza, para cumprir suas funções possui estrutura básica, instalações e equipamentos específicos e de pessoal para o seu funcionamento e atendimentos prestados e se organiza da seguinte forma:

I - Representante do Hospital - Diretoria Administrativa

II - Representante dos Médicos - Diretoria Clínica

III - Representantes técnicos – Responsável técnico de Enfermagem, Responsável técnico do Laboratório, Responsável técnico do RX, Responsável técnico da Farmácia.

IV - Representantes da área de nutrição, assistência social, psicólogos e fisioterapia.

V - Representante do Pessoal de apoio – segurança, limpeza, lavanderia, cozinha etc.

Parágrafo único - A indicação de cargos aos referidos setores é da competência do Gestor da OSS.

Art. 9º - O cargo Responsável Técnico é exclusivo ao profissional de nível superior e é um cargo administrativo, nos assuntos relativos à Enfermagem.

Parágrafo único - Toda a equipe que executa as atividades de enfermagem está subordinada ao Enfermeiro Responsável Técnico, integrada por enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem, no seu exercício profissional.

Art. 10 - Na ausência do Responsável Técnico do setor, os funcionários estarão subordinados à Direção Clínica quanto as suas atividades assistenciais e à Direção Administrativa quanto às questões de ordem funcional.

Art. 11 - Todos os funcionários deverão obedecer ao horário e/ou escala de trabalho, afixado pela direção ou responsável pelo setor.

Art. 12 - Deverá o funcionário respeitar todas as normas e regulamentos do Hospital.

Art. 13 – O uso de uniforme é obrigatório e confeccionado conforme a necessidade de cada setor.

Art. 14 – O funcionário deverá zelar pela limpeza e pelo patrimônio do Hospital, seguindo as normas e rotinas.

CAPÍTULO V

DA ADMINISTRAÇÃO

Art. 15 - O Diretor Administrativo será indicado pelo Diretor Geral.

Art. 16 - Compete ao Diretor Administrativo:

I – Executar as determinações de poder Executivo.

II – Executar a direção Administrativa de todo o Hospital, diretamente ou por meio de representantes de setores, praticando os atos necessários à boa ordem e eficiência dos serviços.

III – Propiciar as condições necessárias para que todos os setores do Hospital possam cumprir dignamente a assistência médico-social com qualidade, eficácia e eficiência, de acordo com o objetivo do Hospital.

IV – Encaminhar relatórios de problemas surgidos no Hospital, resolvidos ou não, de caráter administrativo ou clínico, à Secretaria Estadual de Saúde, quando necessário.

V – Encaminhar à Secretaria Estadual de Saúde relatórios referentes às atividades, balanço de desempenho/metas e andamento dos diversos segmentos funcionais, estatísticas do movimento de pacientes, diagnósticos, bem como todos os procedimentos e atendimentos realizados no âmbito do hospital.

VI – Solicitar Pareceres do Poder Executivo, representado pela Secretaria Estadual de Saúde.

VII – Aprovar Regulamentos dos setores do Hospital conforme a Secretaria Estadual de Saúde.

VIII – Solicitar recursos humanos e materiais, junto à Secretaria Estadual de Saúde, para o bom funcionamento do Hospital.

IX – Acompanhar e avaliar o desempenho dos servidores subordinados.

X – Convocar reuniões e debates entre os funcionários, visando melhorar o funcionamento do hospital.

XI- Controlar a frequência e a assiduidade dos servidores.

XII- Providenciar, zelar e vistoriar diariamente os livros de ocorrência nos diversos setores funcionais da instituição e fazer os encaminhamentos devidos.

XIII- Comunicar à SES o motivo e necessidade de afastamento de funcionário.

XIV- Dar ciência do Regimento Interno e normas e rotinas do Hospital aos recém-admitidos.

XV- Elaborar escala de Férias anualmente.

XIV- Normatizar as atribuições e responsabilidades nos diversos setores através de ordens de serviço ou rotina de trabalho.

XV- Zelar pela manutenção e funcionamento adequado dos equipamentos, máquinas e aparelhos de uso no hospital, requisitando substituição e conserto sempre que necessário.

XVI- Zelar pela segurança dos servidores e pacientes bem como do ambiente hospitalar.

XVII- Manter organizada e arquivada toda documentação do Hospital.

XVIII- Participar da elaboração de todos os documentos que envolvam o hospital tais como: Contratos, convênios e assemelhados.

XIX- Zelar pelo equilíbrio financeiro do Hospital por meio da organização das atividades visando ao controle de despesas por meio da efetiva cobrança junto ao SUS.

CAPÍTULO VI

DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES/SE

Art. 17- O Hospital será subordinado à Secretaria Estadual de Saúde, SES/SE.

Art. 18 - São atribuições da Secretaria Estadual de Saúde:

I – Orientar e fiscalizar todos os procedimentos que integram a atividade da Direção administrativa ou clínica do Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza.

II – Reunir-se com Diretor administrativo ou demais profissionais que executam cargos de representação do Hospital, sempre que necessário, para pedir esclarecimentos, soluções ou aconselhar qualquer destes profissionais.

III – Orientar, do ponto de vista técnico, as previsões de expansão ou qualquer obra que venha ser necessária no Hospital.

IV – Dar Parecer sobre os regulamentos dos setores do hospital, antes da aprovação deste.

V – Solicitar relatórios, sempre que julgar necessário, para o bom andamento administrativo e funcional do Hospital.

VI – Apurar junto à direção do Hospital, qualquer acusação ou denúncia que venha a denegrir a imagem do hospital, criando para isso um conselho, para apuração e solução das denúncias.

Parágrafo único – O Conselho poderá ser composto por membros do Hospital, da Secretaria Estadual de Saúde e OSS.

CAPÍTULO VII

DO CORPO CLÍNICO DA UNIDADE DE SAÚDE

Art. 19 - O Corpo Clínico da Unidade será composto de profissionais médicos, que terão a responsabilidade pela assistência médica e social aos pacientes que procurarem a instituição ou que a ela sejam encaminhadas, respeitando os princípios do SUS.

Art. 20 - Os candidatos ao corpo clínico serão indicados e nomeados pelo Poder Executivo, representado pela Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 21 - É dever de todos os membros do Corpo Clínico:

I – Assiduidade aos trabalhos.

II – Cumprir corretamente as escalas de serviços.

III – Ter o comportamento rigorosamente ético.

IV – Encaminhar a direção às sugestões e as reclamações observadas.

V – Zelar de todos os bens móveis e imóveis da Unidade.

VI – Preencher os prontuários, atender aos pacientes sobre sua responsabilidade.

VII – Não fornecer, atestados, declarações e informações, de caráter sigiloso, sem o consentimento da direção.

VIII – Observar, respeitar e cumprir o regulamento interno do Hospital

IX – Fornecer informações sobre o estado de saúde dos pacientes aos seus familiares, bem como a terapêutica aplicada aos mesmos.

X – Participar das reuniões de serviços quando convocado.

XI – Realizar atendimento/procedimentos de acordo com protocolos padronizados pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde.

Art. 22 - Documentos exigidos para a contratação do Profissional, para compor o quadro de Corpo clínico da Unidade:

I – Documentos comprobatórios de sua formação profissional.

II – Registro no C.R.M. (Conselho Regional de Medicina).

III – Indicação de sua especialidade ou outra que deseje atuar, devendo constar os títulos ou provas de realização dos cursos de especialização.

CAPÍTULO VIII

DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 23 - Os serviços médicos serão dirigidos por um médico do Corpo Clínico do Hospital. Esta acumulará, também, o cargo de Diretor Clínico.

Art. 24 - A escolha do Diretor Clínico será feita por meio de eleição interna.

Art. 25 - Compete ao Diretor Clínico:

I – Reger e coordenar as atividades médica do Hospital.

II – Presidir as reuniões do Corpo Clínico.

III – Zelar, supervisionar e ressaltar responsabilidade profissional, ética, ordem, disciplina e o cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia médica.

IV – Fazer executar as disposições deste Regimento Interno.

V – Em conjunto com o Diretor Administrativo, fixar de acordo com os serviços médicos, os horários e funcionamento das atividades médicas.

VI – Representar o Hospital em suas relações com autoridades sanitárias e outras, quando se exigirem.

VII – Comparecer às reuniões da Direção Administrativa e da Secretaria Estadual de Saúde, quando for convocado.

VIII – Encaminhar, ao Diretor Administrativo, as sugestões para o bom andamento do setor e pedidos de recursos humanos e materiais.

IX- Zelar pelo correto e completo preenchimento do prontuário, laudos para emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, deixando em conformidade com as exigências do SUS e outros documentos relativos aos assistidos.

X- Promover discussões de casos clínicos entre os membros do corpo clínico e equipe de enfermagem, visando melhoria assistencial.

XI- Promover e incentivar o espírito científico, de colaboração e apoio aos membros de toda equipe de saúde.

XII- Orientar os recém-contratados, integrando-os a rotina de trabalho do hospital.

CAPÍTULO IX

DO QUADRO DE ENFERMAGEM

Art. 26 - Deverá compor o quadro de enfermagem um número suficiente de profissionais com experiência, para atender dignamente todos os pacientes que procuram os serviços da saúde.

Art. 27 - O quadro de enfermagem estará diretamente subordinado ao enfermeiro (a) responsável.

Art. 28 - Obedecerá rigorosamente a escala de trabalho, traçada pelo responsável técnico e afixado no quadro de avisos.

Art. 29 - Todos os Funcionários do Quadro de Enfermagem usarão uniforme, conforme determinação da Direção Administrativa.

Art. 30 – A equipe de enfermagem realizará o seu trabalho respeitando e proporcionando ao paciente, assistência humanizada.

Art. 31 - Será especificado previamente pelo responsável técnico, quais os setores à que cada funcionário irá trabalhar, podendo haver rodízio de setor.

Art. 32 - O funcionário deverá responsabilizar-se pela organização do setor designado, bem como pelo registro de suas atividades.

Art. 33 - O funcionário será responsável pela solicitação do CNS (Cartão Nacional de Saúde) do paciente, para preenchimento do AIH, caso o paciente não tenha, comunicar a Secretaria Estadual de Saúde para providenciar o CNS (Cartão Nacional de Saúde).

CAPÍTULO X

DOS PACIENTES

Art. 33 - A Internação do paciente será feita da seguinte ordem, de preferência:

I. Os encaminhados pelo serviço de emergência

II. Os encaminhados pelo ambulatório

Parágrafo Único- Os pacientes permanecerão no serviço de emergência apenas o tempo necessário ao recebimento dos primeiros socorros, devendo ser referidos, ao serviço ambulatorial, ao setor de informação ou outra unidade de referência, de acordo com as necessidades clínicas.

Art. 34 - Os prontuários médicos e os documentos relacionados com a assistência dos pacientes, serão arquivadas no arquivo médico e estatística do Hospital.

Art. 35- Os Prontuários são de propriedade do Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza e não poderão ser retirados, salvo sob pedido judicial e por meio de fotocópia.

HORÁRIOS PARA REFEIÇÕES:

Art. 36 - Para os pacientes, serão servidas as refeições nos seguintes horários:

I. Café da manhã às 06:00 às 06:30 horas;

II. Almoço às 11:00 às 11:30 horas;

III. Lanche no período vespertino às 15:30 às 16:00horas;

IV. Jantar às 18:00 às 18:30horas;

V. Lanche período noturno às 21:00 às 21:30horas.

Parágrafo único - As refeições devem ser feitas dentro do horário estipulado por ordem da Direção.

CONTROLE DE VISITA HOSPITALAR/ACOMPANHANTE:

FINALIDADE

Art. 37 – A finalidade do controle de visita hospitalar/acompanhante é estabelecer

procedimentos para controlar a entrada de visitas aos clientes internados e de seus respectivos acompanhantes.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 38 – O controle de visita hospitalar/acompanhante aplica-se a todos os colaboradores, clientes, acompanhantes, religiosos (Pastoral da Saúde), visitantes e, principalmente, os setores de enfermagem, Serviço de Recepção e as Portarias do Hospital.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Art. 39 – Os fundamentos legais para o controle de visita hospitalar/acompanhante são:

I. Constituição Federativa do Brasil, de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232)

– Seguridade Social.

II. Lei nº 8.069, de 13/07/1990

III. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). - Lei nº 8.080, de 19/09/1990

IV. Lei Orgânica da Saúde (LOS). - Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).

V. Portaria MS/GM nº 2.418, de 02/09/2005

CONCEITOS BÁSICOS

Art. 40 – Alguns conceitos são essenciais para compreendermos este Regimento e sua aplicabilidade. Dentre eles:

I. Acompanhante Familiar ou pessoa indicada pela família é aquele que acompanha o paciente internado ou que realizará algum procedimento no Hospital.

II. Colaboradores são pessoas que contribuem com a missão e o objetivo do Hospital (servidores, voluntários, estagiários, residentes e funcionários de empresas terceirizadas).

III. Pastoral da Saúde é entidade de caráter ecumênico vinculada à Instituição.

IV. Conforto Espiritual se refere ao atendimento prestado por religiosos aos clientes internados.

DIREITO À VISITA

Art. 41 - Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados.

I. Período Vespertino: 14:30 horas às 15:30 horas.

II. Período Noturno: 20:00 horas às 20:30 horas.

Parágrafo único: Para cada um dos horários estabelecidos será permitido 1 (um) visitante por vez, limitando-se a 2 (dois) visitantes.

Art. 42 - Os esclarecimentos feitos aos familiares pelos médicos serão realizados em sala própria destinada para tal fim.

Art. 43 – Todas as atividades religiosas serão credenciadas pela Pastoral da Saúde e não será permitida a distribuição de "folhetos religiosos" no ambiente hospitalar.

ACESSO DE VISITANTES

Art. 44 – São critérios para liberar a entrada e acesso de visitantes:

I. Apresentar 01 (um) documento com foto, devendo ser preenchido planilha dos dados pessoais e endereço;

II. Não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga etc);

III. Ter de 12 anos acima;

IV. Adolescentes de 12 a 14 anos somente terão acesso à visitas acompanhados por maior e responsável.

V. Não estar portando gêneros alimentícios;

VI. Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;

VII. Não estar fumando;

VIII. Não estar abalada emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado;

IX. Portar o crachá adequado recebido na portaria de acesso;

X. Não trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros, para o Hospital.

Parágrafo único - No caso de presidiário internado, acompanhado/escoltado por policiais, fica a critério destes a autorização para o paciente receber visita.

MEDIDAS DE ORIENTAÇÃO

Art. 45 - É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes aos leitos, principalmente, no que se refere à higienização das mãos/ antebraços e utilização de capotes conforme rotina de cada setor.

Art. 46 - É vetada a realização de procedimentos hospitalares por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal.

Art. 47 - A dieta oral poderá ser oferecida pelo acompanhante em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso.

Art. 48 - Não visitar se tiver alguma doença infecto contagiosa, principalmente, se esta for no aparelho respiratório.

DAS PROIBIÇÕES

Art. 49 - Fica terminantemente proibida a entrada de acompanhantes / visitantes com qualquer espécie de alimento. Ainda:

I. fica proibida a visita a outros leitos e ficar circulando pelos corredores do Hospital.

II. Lavar roupas pessoais ou dos pacientes, na enfermaria, ou mesmo a secagem nas dependências/ enfermaria.

III. Sentar-se nos leitos dos clientes.

Parágrafo único - em situações especiais deverá ser solicitada autorização do Serviço de Nutrição e Dietética, o qual fará a avaliação adequada e fornecerá, conforme o caso, uma autorização formal.

DIVERSOS

Art. 50 – Fica resguardado o direito de revezamento entre Acompanhante, sempre no horário de visita.

Parágrafo único - O paciente terá direito a um acompanhante, segundo determina a legislação (Estatuto do Idoso, ECA, Portaria MS nº 2.418/2005, entre outras), ou de acordo com determinação da equipe multiprofissional.

Art. 51 - Em situações extraordinárias, fica a critério da equipe multiprofissional responsável pela unidade liberar o revezamento em outro horário.

Parágrafo único - o revezamento deverá ocorrer na Recepção Principal.

PROCEDIMENTOS GERAIS DA RECEPCIONISTA

Art. 52 – É procedimento geral para os recepcionistas:

I. Receber cordialmente os visitantes.

II. Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina de visitas ao Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza.

III. Conferir a listagem de pacientes internados, para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles.

IV. Complementar as informações (dados dos acompanhantes e/ou visitas extras) na Autorização para Acesso de Acompanhantes.

V. Após o horário de visitas verificarem se todos os crachás de identificação foram devolvidos na recepção.

Parágrafo único - caso o acompanhante/visita extra não possua autorização, informar a sua presença.

DOS PORTEIROS / VIGILANTES

Art. 53 – É procedimento geral para os porteiros/vigilantes:

I. Somente permitir a entrada de visitantes / acompanhantes nas dependências do Hospital devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria correspondente.

II. Informar aos visitantes que o Hospital não se responsabiliza pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências do Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza.

III. Indicar a localização de cada enfermaria a ser visitada.

IV. Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc).

V. Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado.

VI. Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles.

VII. Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás, os quais deverão ser devolvidos à recepção.

VIII. Verificar, na saída, se algum visitante não porta o crachá. Neste caso, buscar o motivo da não utilização do crachá e, em casos suspeitos, chamar a polícia.

IX. Não permitir a saída de visitante portando algum pacote, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal.

X. Elaborar relatório de ocorrências, caso existam, e qualquer irregularidade durante o horário de visita comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata.

Parágrafo único - No caso, o paciente somente poderá sair do leito / enfermaria acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado, após confirmação da chegada

de algum membro da família e transporte adequado, caso sejam necessários.

DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Art. 54 – É procedimento para a equipe de enfermagem:

I. Recepcionar os visitantes e acompanhantes com respeito, realizando as devidas orientações sobre a rotina da enfermaria.

II. Orientar sobre a higienização das mãos e utilização de capotes nos setores em que houver necessidade.

III. Explicar aos visitantes e acompanhantes como devem comportar- se durante a permanência ao lado dos clientes.

IV. Informar sobre quais os pertences pessoais podem permanecer junto aos pacientes.

V. Contribuir com o fluxo de revezamento dos visitantes.

VI. Tirar as dúvidas dos visitantes e acompanhantes dentro de sua área de competência.

VII. Conversar com a família sobre os cuidados que estão sendo prestados aos pacientes internados.

VIII. Autorizar encaminhamento ao Serviço de Recepção de permissão para entrada de religiosos.

IX. Relatar aos porteiros/vigilantes sobre algum tumulto ocorrido e outras situações adversas ao sistema de segurança.

X. Encaminhar, diariamente, até às 13h, uma lista atualizada dos pacientes internados com os seus respectivos leitos.

Art. 55 - Haverá tolerância de três atrasos de até 15 minutos cada, por mês no início do expediente. Excedendo a tolerância estipulada, isto é, a partir do quarto atraso será descontado do funcionário os atrasos, seguido de advertência.

Art. 56 - Das Faltas:

I. As faltas por motivos particulares poderão ser justificadas pela chefia imediata e ratificadas pela diretoria administrativa.

II. Por justificativa de faltas, por motivos particulares, o interessado deverá procurar a chefia imediata.

III. O atestado médico, deverá ser entregue ao Recursos Humanos, no máximo dentro de 48 horas, após a emissão do mesmo, pelo próprio funcionário ou familiar, quando da impossibilidade do funcionário.

IV. Havendo falta do funcionário substituto em caso de troca de plantão devidamente documentada, é debitada ao substituto.

V. A troca de plantão somente poderá ser feita entre funcionários do Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 57 - O Diretor Administrativo, bem como Chefe de Enfermagem terá o direito de advertir ou penalizar o funcionário que, porventura não seguir este Regimento Interno, ou mesmo cometer alguma falta que não está contida no mesmo.

Art. 58 - Qualquer material danificado pelo funcionário, se for comprovada negligência dele, será descontado nos vencimentos deste.

Art. 59 - Todo funcionário deverá manter informações com os pacientes, sobre as normas do Hospital.

Art. 60 - Qualquer caso de infração das normas do Hospital ou anormalidade que possa vir a prejudicar o bom andamento do Hospital deverá ser levado ao conhecimento da Direção Administrativa, para que ela tome as devidas providências.

Art. 61 - Os gastos com material de consumo, alimentação, funcionários, medicamentos e expansão ou reformas das instalações, serão por conta da Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 62 - O presente Regimento Interno poderá ser modificado, em todo ou em parte, em reunião convocada especialmente para este fim, que o alterará por maioria simples dos presentes e que fixará procedimentos regimentais e anexará imediatamente a este Regimento e pela Secretaria Estadual de saúde e serem homologadas por Decreto do Executivo.

Art. 63 - Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e homologação por decreto do poder executivo municipal, independentemente de sua publicação.

Assinaturas.

1.3.2 Proposta para Regimento do Corpo Clínico

INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde é uma entidade de Direito Público, constituída juridicamente como (Sociedade Civil), prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade XXXXXXXXXXXXX, Estado XXXXXXXXXXX, administrada pela XXXXXX.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento do Corpo Clínico, que normatiza e oferece diretrizes de organização e relacionamento do serviço médico na XXXXXXXXXX.

CAPÍTULO I - DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º Os médicos nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação da Unidade,

Art. 2o O trabalho médico será desenvolvido sob duas regras fundamentais:

I. A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

II. O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3o Os médicos deverão buscar, de forma permanente:

I. Proporcionar aos pacientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica;

II. Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde;

III. Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante programas de educação continuada;

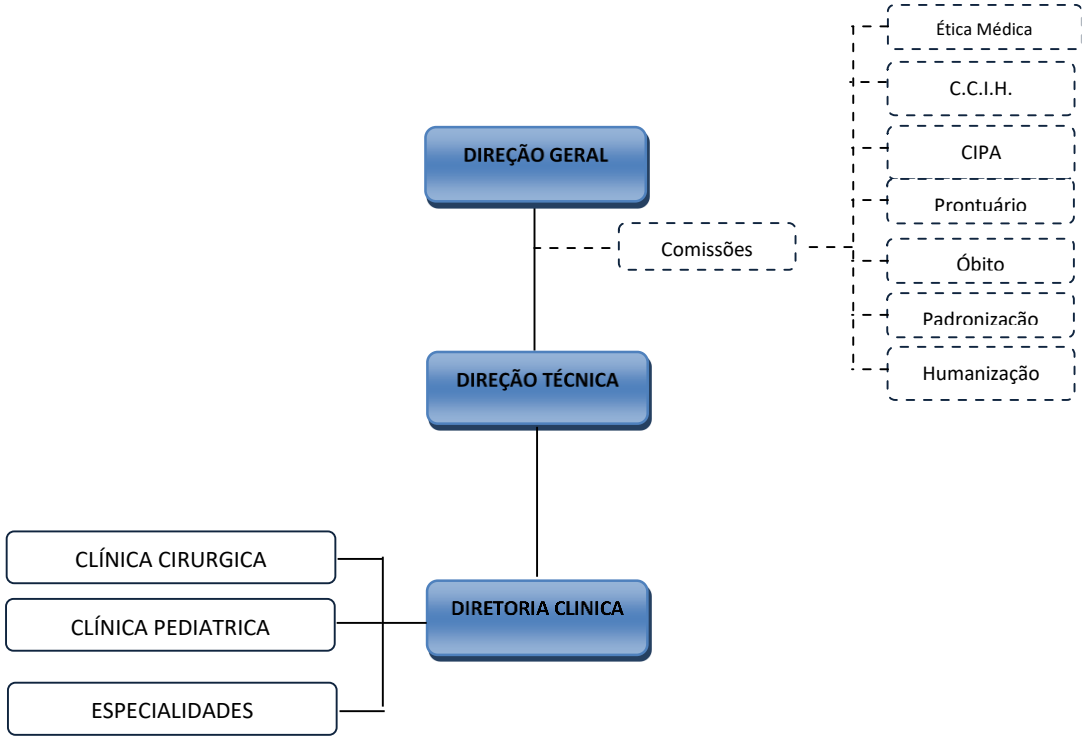
IV. Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Parágrafo Único: Os atendimentos respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Técnica e Geral, ressalvados os casos de urgência e emergência.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 4o O Corpo Clínico encontra-se administrativamente apoiado pelo Diretor Geral e Diretor Técnico, possuindo a seguinte estrutura orgânica:

ORGANOGRAMA



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º O Corpo Clínico representado pelo Diretor Clínico e formado pelos médicos é um serviço autônomo orientado por este Regimento, pela legislação em vigor e pelos atos baixados pelo Conselho Federal e Regional de Medicina.

Art. 6º Cada serviço médico possuirá um representante, pertencente ao Corpo Clínico que mediante assuntos administrativos, terá poderes para representá-los em quaisquer situações que se fizerem necessárias.

Art. 7o O Corpo Clínico, com aval do Diretor Clínico, terá quantas comissões temporárias que julgar necessárias.

Art. 8o O Corpo Clínico tem a seguinte estrutura:

I. Diretor Clínico

II. Diretor Técnico

III. Coordenadores das Clínicas

Art. 9o A Assembleia Geral, órgão decisório máximo do Corpo Clínico, será sempre presidida pelo Diretor Clínico ou seu Vice ou substitutos, e reunir-se-á ordinariamente a cada 06 (seis) meses, em março e outubro, para discutir os relatórios elaborados pelo Diretor Clínico e assuntos de interesse geral, com primeira convocação sempre com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e quórum mínimo de 2/3 (dois terços) dos membros e das ausências não justificadas, decidindo por maioria simples de votos.

Caso o número de presentes não some os 2/3 (dois terços) dos membros, a Assembleia deverá ser cancelada e remarcada, ou poderá acontecer extraordinariamente, sem poder de voto ou decisão oficial legal.

Parágrafo Único: Poderá reunir-se extraordinariamente em qualquer época, para tratar de assuntos específicos, mediante a convocação por 2/3 (dois terços) dos seus membros ou a critério do Diretor Clínico, ou ainda, por solicitação da Diretoria Geral e/ou Técnica da Instituição. A antecedência mínima para este caso será de 24 (vinte e quatro) horas.

CAPÍTULO IV - DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Art. 10º O Corpo Clínico será composto por membros distribuídos nas seguintes categorias:

I. Membros Honorários;
II. Membros Efetivos;
III. Membros Eventuais;
IV. Membros Residentes / Estagiários;
V. Membros Temporários.

Art. 11º São membros honorários os profissionais que, por relevantes serviços prestados à XXXXXXXXXXX, gozem do merecido conceito ou por se tratarem de profissionais de notório conceito nos meios científicos no país ou no exterior.

I. Para concessão do título de membro honorário, o Diretor Clínico submeterá a indicação, acompanhada de exposição de motivos e "Curriculum Vitae" do indicado, ao Corpo Clínico, que apreciará e a decisão se dará de acordo com a maioria dos votos de seus membros;

II. Aprovada a indicação, será encaminhada à Administração da XXXXXXXX, para a concessão do título.

Art. 12º São membros efetivos do Corpo Clínico os profissionais admitidos pela Diretoria da Instituição e pelo Corpo Clínico, na forma deste Regimento, podendo, inclusive, votar e serem votados.

Art. 13º São membros eventuais os médicos que esporadicamente são convidados a realizar plantões na XXXXXXXXXXXX. Poderão participar das reuniões do Corpo Clínico, mas não poderão votar, nem serem votados.

Art. 14º São membros residentes / estagiários os médicos vinculados à programação de ensino e treinamento, não podendo votar nem serem votados.

Art. 15º São membros temporários os médicos que estão exercendo suas atividades e que estão em processo de credenciamento para a efetividade no Corpo Clínico, contudo, estão ainda dentro dos 60 (sessenta) dias solicitados pela Comissão de Ética para oficialização da inclusão.

CAPÍTULO V - DA ADMISSÃO

Art. 16º O pretendente a ingressar no Corpo Clínico deverá dirigir-se ao Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico, mediante requerimento escrito, com experiência profissional comprovada, tendo anexados os seguintes documentos:

I. Curriculum Vitae;

II. Cópia autenticada do Diploma de Médico;

III. Cópia autenticada do Título de Especialista;

IV. Cópia autenticada de Certificados de Cursos;

V. Cópia das folhas 2, 3 e 5 da Carteira do CRM (inclusive anuidade atualizada);

VI. Cópia de comprovante de residência;

VII. Documentação pessoal (RG, CIC, Certificado de Reservista, Título de Eleitor);

VIII. Carta de referência de Professores/ Doutores de Universidades do Brasil ou do exterior, bem como de outras instituições em que já trabalhou (essa apresentação é facultativa).

Art. 17

Será constituída uma Comissão de Credenciamento formada pelo Diretor Clínico e Diretor Técnico, que deve aprovar, em primeira instância, a entrada de qualquer novo membro no XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Parágrafo Primeiro: Uma vez preenchidos os requisitos dos artigos 16 e 17, o médico fará parte do Corpo Clínico como membro temporário, por 60 (sessenta) dias, sendo esse o prazo que a Comissão de Ética terá para analisar sua vida acadêmica e profissional. Não apresentando nenhuma irregularidade, o médico passará automaticamente a membro efetivo, caso contrário, cabe a decisão à Assembleia do Corpo Clínico.

Parágrafo Segundo: Serão admitidos também, como Membros Efetivos do Corpo Clínico, os médicos contratados por órgãos que mantenham convênio com a XXXXXXXXXX o para o atendimento exclusivo de colaboradores e dependentes, ficando este profissional subordinado a todas as normas da unidade de saúde, enquanto perdurar a vigência do contrato em questão.

CAPÍTULO VI - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 18º Compete à Assembleia Geral:

I. Fixar orientação geral superior para o exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes e determinações dos órgãos componentes;

II. Alterar ou modificar o Regimento do Corpo Clínico, observando-se as resoluções pertinentes;

III. Eleger o Diretor Clínico, seu vice, e os membros da Comissão de Ética por votação direta e secreta em Processo Eleitoral por maioria simples de votos e especialmente convocado com essa finalidade, por edital, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias, pelo Diretor Clínico em exercício;

IV. Dirimir eventuais dúvidas suscitadas pela orientação dada, seja pela Diretoria Clínica, seja pela Comissão de Ética Médica ou Coordenador de Clínica, ou ainda, conflitos de atribuições desses órgãos, uns em relação a outros;

V. Definir que o Diretor Clínico seja o responsável por comunicar às autoridades da Instituição a orientação superior aprovada para as soluções dos problemas éticos e técnicos;

VI. Propor ao Corpo Clínico exclusão de membros, em decisão a ser tomada por 2/3 (dois terços) dos componentes, excluindo na totalidade os que justificarem a ausência com antecedência de no mínimo 24 horas da realização da Assembleia;

VII. Solicitar esclarecimentos ao Diretor Clínico e Técnico sobre seus atos, quando entender necessário.

Art. 19º O Diretor Clínico e seu Vice serão eleitos na forma prevista no artigo 18, e as especificidades da eleição para membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com o Capítulo IV da Resolução 1.657 do CFM.

Parágrafo Único: O Diretor Clínico e seu Vice tomarão posse imediatamente e exercerão seus cargos pelo prazo de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos por mais dois períodos iguais.

Art. 20º Compete ao Diretor Clínico:

Dirigir e coordenar as atividades médicas;

I. Servir como elo entre o Corpo Clínico e a Administração;

II. Ressaltar no Corpo Clínico o sentido de responsabilidade profissional e zelar para que isto aconteça;

III. Ter conhecimento das solicitações do Corpo Clínico, tomando as providências cabíveis e possíveis;

IV. Proibir a utilização de históricos clínicos, salvo para assuntos técnico-científicos, sempre respeitando a privacidade do paciente e o sigilo profissional;

V. Nomear as Comissões Permanentes e Temporárias;

VI. Relacionar-se administrativamente com o Diretor Geral e Diretor Técnico;

VII. Propiciar aos membros do Corpo Clínico a participação em congressos, simpósios, cursos e palestras, desde que agendados previamente e sem prejuízo do serviço;

VIII. Conseguir material didático e de atualização, para estudos;

IX. Promover cursos, palestras e outras iniciativas que contribuam para evolução dos profissionais da Medicina;

X. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o presente Regimento;

XI. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina ata da eleição da Comissão de Ética Médica para homologação;

XII. Assegurar autonomia de funcionamento à Comissão de Ética Médica;

XIII. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados no Pronto Socorro se envolverem atividades médicas.

Art. 21º Compete ao Vice-Diretor Clínico:

I. Substituir o Diretor Clínico na ausência deste;

II. Realizar as tarefas que o Diretor Clínico lhe confiar.

Art. 22º O Diretor Técnico será indicado pela Direção Geral, devendo estar capacitado, ter perfil de liderança e livre acesso junto aos membros do Corpo Clínico, tendo como competências principais:

I. Organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico;

II. Assegurar o exercício correto da Medicina na unidade de saúde, conforme as normas vigentes;

III. Propor organização de serviços médicos e do Corpo Clínico à Diretoria, bem como a criação de novos serviços;

IV. Assegurar autonomia à Comissão de Ética Médica, para que funcione adequadamente;

V. Propiciar a integração permanente entre o Corpo Clínico e a Diretoria Geral;

VI. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados na unidade de saúde, quando envolverem os médicos;

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

VIII. Reportar-se à Diretoria Geral para o perfeito desempenho das suas funções;

IX. Participar das Comissões existentes no Pronto Socorro sempre que for necessária a presença do profissional médico;

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

XI. Solicitar as escalas de plantão médico das respectivas Clínicas, e divulgá-las nos serviços interessados

XII. Proibir a retirada de prontuários, equipamentos, medicamentos e materiais pertencentes a unidade de saúde, sem autorização da Diretoria da Unidade;

XIII. Apresentar a Diretoria Geral o relatório anual das atividades médicas necessárias à elaboração da proposta orçamentária, dentro dos prazos estipulados;

XIV. Produzir e assinar toda documentação necessária ao bom desempenho de suas atribuições;

XV. Disciplinar a liberação de informações médicas ao público, em relação ao diagnóstico e tratamento dos pacientes, consultando se necessário, a Comissão de Ética. As informações de caráter legal só deverão ser liberadas com a aprovação da Administração;

XVI. Supervisionar as atividades dos estagiários da área médica;

XVII. Manter prontuário completo de cada médico, contendo o credenciamento ao Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo 16 e incisos do presente Regimento e comprovantes do pagamento das anuidades do Conselho Regional de Medicina;

XVIII. Exercer responsabilidade técnica e legal perante o Conselho Regional de Medicina, entidades jurídicas e policiais;

XIX. Fazer com que o prontuário médico seja completo, legível e mantido atualizado, segundo as normas do CRM.

Art. 23º Compete aos Coordenadores das Clínicas:

I. Supervisionar a orientação médica do serviço;

II. Organizar o Serviço, de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e contínua;

III. Determinar a elaboração da ficha de atendimento e prontuário de cada paciente, para que esteja conforme com as normas legais e as aprovadas pela Diretoria Geral;

IV. Verificar a correta internação de pacientes nas respectivas Clínicas, bem como a programação do serviço;

V. Promover reuniões periódicas com os médicos que atuam na unidade de saúde, procurando resolver os casos clínicos, assim como estudar as fichas de atendimento, prontuários e tudo que se relacione com melhor assistência e com aperfeiçoamento técnico, sempre que possível com o apoio e intervenção da Comissão de Prontuário e Comissão de Óbito;

VI. Introduzir o novo profissional médico às dependências da unidade de saúde, às normas e aos colegas de trabalho;

VII. Manter contato constante com outras instituições, visando melhorias que podem ser introduzidas na unidade de saúde;

VIII. Estimular o espírito de equipe entre seus colegas;

IX. Comunicar ao Diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada, inclusive sugerindo as providências;

X. Fazer obedecer ao presente Regimento.

Art. 24º Compete aos Membros do Corpo Clínico:

I. Prestar assistência a todos os pacientes que procurarem a unidade de saúde, respeitadas as suas finalidades;

II. Manifestar-se por escrito à Comissão de Ética a respeito de admissão/demissão de membros do Corpo Clínico;

III. Manifestar-se por escrito sobre a punição de médicos;

IV. Colaborar em investigação e pesquisa científica;

V. Participar na educação sanitária da comunidade;

VI. Colaborar nos programas de treinamento do pessoal da unidade de saúde;

VII. Desenvolver o espírito de integridade entre os profissionais da saúde;

VIII. Procurar manter boas relações de trabalho com a Diretoria Geral;

IX. Proporcionar condições para que a ficha de atendimento e prontuário médico de seus pacientes e que os documentos estejam assinados com a aposição do carimbo com nº do CRM, o que possibilita a elucidação de questões administrativas, éticas ou jurídicas;

X. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pela Diretoria Geral e/ou pelos Coordenadores das Clínicas, quando convocado ou convidado.

Art. 25º Compete à Comissão de Ética Médica:

A Comissão de Ética não terá nenhuma vinculação ou subordinação à Direção da unidade de saúde. Será composta por 04 (três) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos conforme o artigo 18, item III, e artigo 19, competindo a ela:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes, apontados por denúncia escrita de qualquer membro do Corpo Clínico ou da Diretoria da unidade de saúde;

III. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão, detectado após investigação a partir do Curriculum Vitae dos médicos

recém-contratados, que ocorrerá num prazo de 60 dias, ou a qualquer tempo após a admissão do médico como membro do Corpo Clínico;

IV. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII. Colaborar com o Conselho na tarefa de educar, discutir e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório das atividades feitas na instituição onde atua;

X. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

XII. Fornecer dados à Direção do Pronto Socorro, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

XIII. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV. Promover divulgação eficaz e contínua das normas emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV. Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição, representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

XVI. Auxiliar os órgãos públicos e entidades profissionais de saúde em tarefas ligadas ao exercício profissional;

XVII. Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 26º Compete à Comissão de Controle de Infecção Pronto Socorro:

I. Estabelecer planos preventivos de combate à ocorrência de infecção no âmbito do estabelecimento;

II. Estabelecer normas de comunicação compulsória dos casos de infecção na unidade de saúde;

III. Prestar assistência ao órgão técnico encarregado da pesquisa da fonte da infecção que vier a ser constatada;

IV. Elaborar dados estatísticos das ocorrências de infecções;

V. Comunicar os casos de infecção às Diretorias Clínica e Geral;

VI. Promover cursos e palestras para os médicos, pessoal de enfermagem e funcionários em geral, sobre métodos preventivos da infecção;

VII. Emitir pareceres a respeito de ocorrências de infecção para análise e providências pela Diretoria da unidade de saúde;

VIII. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Único - A Comissão de Controle de Infecção na unidade de saúde será composta por pelo menos 1 (um) membro integrante do Corpo Médico e por 1 (um) membro do Departamento de Enfermagem, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

Art. 27º Compete a Comissão de Revisão de Prontuários:

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no FA/prontuário do paciente;

II. Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

III. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu ao paciente, bem como a assinatura e carimbo ou nome legível e respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de XXXXXX;

IV. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando-se data e hora;

V. Tipo de alta;

VI. Assessorar a Diretoria Geral e Clínica da unidade de saúde, em assuntos de sua competência;

VII. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade de saúde, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

VIII. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Primeiro. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é composta de 02 (dois) membros do Corpo Clínico, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio, com mandato de dois anos, permitida nova investidura, sem limitações.

Parágrafo Segundo. Depois de decorrido o prazo de vinte anos a fluir da data do último registro de atendimento prestado ao paciente, o prontuário poderá ser substituído por métodos de registro e arquivamento capazes de assegurar, a qualquer momento, a restauração plena das informações nele contida.

Art. 28º Compete a Comissão de Revisão de Óbitos:

I. Avaliar as causas dos óbitos, em colaboração com os profissionais responsáveis pelo paciente, para se chegar se possível, a um diagnóstico final;

II. Promover reuniões científicas para integrar os vários setores de diagnósticos, como radiologia, anatomia patológica e laboratório;

III. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Único: A Comissão de Revisão de Óbitos será constituída por 3 (três) membros médicos, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

CAPÍTULO VII - DOS DIREITOS E DEVERES

Art. 29º São deveres dos Membros do Corpo Clínico:

I. Cumprir e fazer cumprir este Regimento, o Regulamento do Pronto Socorro, as normas técnicas e administrativas do Pronto Socorro e o Código de Ética Médica, denunciando os profissionais que não o fizerem;

II. Assistir a todos os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, zelo e ética profissional;

III. Apresentar por escrito, ao Diretor Clínico, sugestões para manutenção e aprimoramento da qualidade dos serviços médicos e unidade de saúde;

IV. Zelar pelo bom nome da unidade de saúde e do Corpo Clínico;

V. Zelar pelo aperfeiçoamento profissional, técnico e ético de seus membros em condições de equipe e justiça;

VI. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico e pela Diretoria da Instituição;

VII. Participar das reuniões do Corpo Clínico;

VIII. Participar das reuniões sobre discussão e revisão de casos médicos tratados na unidade de saúde;

IX. Participar nos programas de ensino e treinamento tanto de seus membros quanto nos demais profissionais que atuam junto aos pacientes;

X. Zelar para que não se executem tratamentos discutíveis do ponto de vista ético ou científico, levando-os ao conhecimento do Diretor Clínico;

XI. Colaborar com as Comissões específicas da unidade de saúde;

XII. Elaborar o prontuário dos seus pacientes, com registros à elucidação de casos em qualquer momento;

XIII. O médico deverá restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência ou quando solicitado a atuar ou auxiliar em outras.

Art. 30º São direitos dos Membros do Corpo Clínico:

I. A autonomia profissional;

II. O direito à ampla defesa e a devida obediência às normas legais e vigentes no caso de admissão e exclusão de membros, que será decidida pelo Corpo Clínico;

III. O acesso a unidade de saúde e seus serviços;

IV. Votar e ser votado conforme o caso e categoria;

V. Receber remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;

VI. Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela unidade de saúde e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;

VII. Assistir seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;

VIII. Eleger o Diretor Clínico e o Vice-Diretor, bem como a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VIII - DAS PUNIÇÕES

Art. 31º Será passível de punição o Membro do Corpo Clínico que:

I. Não observar o Regulamento, este Regimento, normas técnicas e administrativas da unidade de saúde;

II. Praticar atos médicos contrários à legislação vigente;

III. Praticar atos que causem danos financeiros a unidade de saúde ou a terceiros.

Parágrafo Único: Constatada a prática de uma atitude que se enquadre nas disposições acima, será o fato levado ao conhecimento do médico mediante qualquer meio, podendo ser convocado junto a outros envolvidos para esclarecimentos, sendo-lhe garantido amplo direito de defesa, que deverá ser feita por escrito e entregue ao Diretor Clínico no prazo improrrogável de 07 (sete) dias úteis a contar de sua citação.

Art. 32º Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Comissão de Ética instaurará sindicância, obedecendo aos preceitos contidos na Resolução 1.657 e eventuais alterações, e formulará relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o, caso necessário, ao CRM, sem emitir juízo. Todos os atos da Comissão de Ética Médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso. As sindicâncias serão instauradas mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;

e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Primeiro: Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, serão apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Segundo: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Terceiro: O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Parágrafo Quarto: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Parágrafo Quinto: Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “ad referendum” do Plenário do Conselho Regional de Medicina e:

a) Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica;

b) Caso não haja conciliação a sindicância seguirá seu trâmite normal, a partir do envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 33º Uma vez que, utilizado o direito de defesa, for definido que o infrator deverá ser punido, com exceção dos casos encaminhados ao CRM, através de sindicância da Comissão de Ética Médica, devido ter sido evidenciado a existência de indícios de infração ética, a qual a punição se dará somente mediante determinação do referido Conselho após a competente tramitação, serão aplicadas pelo Diretor Clínico as seguintes punições, de acordo com a gravidade do ato praticado:

a) Advertência por escrito;

b) Suspensão de suas atividades na unidade de saúde por 30 (trinta) dias;

c) Exclusão do Corpo Clínico, sendo que está penalidade será homologada em Assembleia Geral do Corpo Clínico.

CAPÍTULO IX - DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 34º De acordo com a Resolução 1.657 do CFM, as Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais Membros Efetivos e Suplentes, eleitos pelos médicos que compõem o Corpo Clínico.

A Comissão de Ética Médica definirá calendário de reuniões ordinárias e fará reuniões extraordinárias sempre que necessário e será instalada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

I. Se na instituição houver até 15 (quinze) médicos não haverá a obrigatoriedade da Comissão de Ética;

II. Se na instituição houver de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será ser composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

III. Se na instituição houver de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será ser composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

IV. Se na instituição houver de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão será ser composta por 06 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;

V. Se na instituição houver um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética será ser composta por 08 (oito) membros efetivos e 08 (oito) suplentes.

Parágrafo Único: Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica, Clínica ou Geral/Administrativa da Instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina. Quando nas funções acima, após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 35º O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Parágrafo Primeiro: Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Nos casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Caso ocorra alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo afastar-se-á da Comissão enquanto durar a sindicância que será instaurada para elucidar os fatos.

Parágrafo Segundo: Todas as deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples de votos, sendo prerrogativa do Presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Parágrafo Terceiro: As competências específicas dos membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com os artigos 11, 12 e 13 da Resolução 1.657 do CFM e detalhadas em seu Regimento Interno e sua Ata de Abertura.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 36º O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os membros do Corpo Clínico, será disponibilizado a cada médico, mediante protocolo de entrega e responsabilidade sobre o mesmo.

Art. 37º É função do Diretor Clínico manter este Regimento atualizado e aprovado, revisando-o a cada troca de mandato.

CAPÍTULO XI - DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 38º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Diretor Clínico e Diretor Técnico, homologado pelo Corpo Clínico e aprovado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39º Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela XXXXXXXXXXXX do XXXXXXXXXXXXXXXX ou Conselho Regional de Medicina.

APROVAÇÃO

_____ Data:

_____/_____/_____

Diretor Clínico

_____ Data:

_____/_____/_____

Diretor Técnico

1.3.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

CAPÍTULO I - DA APRESENTAÇÃO

Este Regulamento representa a estrutura do corpo de Enfermagem do Hospital XXXXXXXXXXXX. Em linhas gerais, são representados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da enfermagem do XXXXXX e institui as normas gerais de

funcionamento do Serviço de Enfermagem (SE) aplicável a todos os profissionais lotados nesta Instituição. Este serviço interage em todas as áreas, de forma integrada e com a corresponsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente e sua atuação é sempre feita com responsabilidade, competência, conhecimento técnico - científico e humanização.

O Serviço de Enfermagem do Hospital (XXXXXX) tem por finalidade a assistência de enfermagem de excelência, pautada nos seguintes instrumentos:

- Lei nº 7.498/ 1986 "Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências";
- Resolução COFEN 311/ 2007 "Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem", Revogada pela Resolução COFEN nº564/ 2017 "Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Resolução COFEN nº 358/ 2009 – revogada pela resolução COFEN nº 736/ 2024" Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Parágrafo único: O serviço de enfermagem do Hospital Municipal de Araucária (XXXXXX) terá como parâmetro para a execução de suas atividades a legislação aplicável no âmbito da saúde proveniente dos órgãos competentes legais e especificamente, do exercício profissional estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem/XX.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art. 1º O serviço de Enfermagem do Hospital (XXXXXX) deverá:

I. Participar do processo de planejamento da assistência de enfermagem, observando princípios científicos, tecnológico e normas da diretoria de enfermagem;
II. Estabelecer, implantar e controlar o Plano Diretor de Enfermagem;
III. Planejar, organizar e coordenar a assistência prestada aos pacientes;
IV. Prover recursos necessários à assistência integral aos pacientes;
V. Manter padrão de atendimento seguro em todos os níveis de assistência;
VI. Estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho;

VII. Programar e coordenar o dimensionamento adequado de recursos humanos para a assistência ao paciente;

VIII. Estimular e promover trabalho em equipe;

IX. Definir programa e promover condições para o desenvolvimento profissional da Equipe de Enfermagem;

X. Colaborar com a equipe multiprofissional de saúde;

XI. Colaborar com instituições educacionais na formação de profissionais da saúde;

XII. Estimular e oferecer condições para o desenvolvimento da pesquisa.

XIII. Propor critérios a serem avaliados pela gestão de enfermagem para dotação de recursos humanos e materiais necessários ao atendimento de enfermagem;

XIV. Assessorar a implantação de programas assistências hospitalares;

XV. Promover a avaliação de competência periódica, observando, observando o desempenho do pessoal e pelas assistências prestadas ao paciente;

XVI. Supervisionar a equipe de enfermagem com relação a assistência ao paciente;

XVII. Cumprir a sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) conforme a Resolução do COFEN 358/2009;

XVIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento interno de Enfermagem

CAPÍTULO III - DO MODELO ASSISTENCIAL

Modelo Assistencial escolhido é o do Cuidado Centrado no Paciente, que considera o ponto de vista do paciente. A função básica desse modelo é tornar o paciente informado e envolvido com a tomada de decisão em relação aos seus cuidados, fazendo-o sentir-se apoiado, confortável e confiante. Os principais objetivos do Cuidado Centrado no Paciente são reduzir danos decorrentes da assistência e reduzir o sofrimento.

Modelo está sustentado na teoria do autocuidado escrito pela Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem passou a refletir acerca do porquê os indivíduos necessitam de auxílio da enfermagem e podem ser ajudados pela mesma. A partir desta reflexão formulou a sua teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas:

- A teoria do autocuidado (executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar); O autocuidado, conforme nos valida a autora, tem como propósito, emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo, que contribui para o desenvolvimento humano, ou seja, requisitos universais do autocuidado comuns para todos os seres humanos e incluem a conservação do ar, água, alimentos, eliminação, atividade e descanso, solidão e interação social, prevenção de risco e promoção da atividade humana. Estes oitos requisitos representam os tipos de ações humanas que proporcionam as condições internas e externas do autocuidado.
- A teoria do déficit do autocuidado (a enfermagem é necessária para ajudar a pessoa a cuidar de si mesma); uma relação entre a demanda terapêutica de autocuidado e as ações de autocuidado das propriedades. Destaca-se que todas as limitações das pessoas comprometerem em esforços práticos, dentro do domínio e limites da enfermagem, estão associadas com a subjetividade dos indivíduos adultos ou em vias de envelhecimento, de ações relacionadas ou derivadas da saúde, que as capacitam parcial ou totalmente para conhecer os requisitos existentes ou emergentes da assistência.

- E a teoria dos sistemas de enfermagem (relacionada ao fato da pessoa apresentar déficit de autocuidado e para compensá-lo necessita do cuidado de enfermagem). Destaca-se o conhecimento cientifico, tendências das percepções no processo saúde/ doença e cuidado terapêutico.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º O Serviço de Enfermagem é representado por Gerência Assistencial de Enfermagem subordinada à Diretoria Geral. Sua composição compreende quatro departamentos, devidamente representados por Coordenadores e Supervisores Assistências no período noturno. Os departamentos são denominados e compreendem os setores conforme o organograma:

A Gerência Assistencial de Enfermagem subordina-se a Diretoria Geral do XXXXXX, está organizada de forma a gerenciar as atividades assistenciais especificas:

- Departamento de Cuidados Pediátricos – Setores: Pronto Socorro Pediátrico, Clínica Pediátrica e UCI Pediátrica.
- Departamento Cirúrgico/Ambulatorial Pediátrico: Ambulatório, SADT (Setor de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento), Centro Cirúrgico, e Central de Materiais Esterilizados (CME).

Parágrafo único: A Gerência de Enfermagem conta com apoio dos Departamentos consultivos, como: Serviço de Controle de Infecção Hospital (SCIH), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), Qualidade, Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NHE), Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e Humanização.

CAPÍTULO IV - DAS ATIVIDADES DE CADA SERVIÇO

Art. 3º O Setor de Pronto Atendimento tem por finalidade o atendimento ao paciente em situação de emergência e urgência, com Classificação de Risco.

Art. 4º O Setor de Ambulatório tem por finalidade prestar assistência interdisciplinar por meio de consultas e procedimentos de baixa complexidade, atraves de encaminhamento via central de regulação do Município e agendamento prévio, garantindo a continuidade do tratamento por profissionais especialistas.

Art. 5º O Setor de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT) tem por finalidade prestar assistência aos pacientes que necessitam ser submetidos a exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos nas diversas modalidades e áreas, tais como radiologia geral, ultrassonografia e exames laboratoriais.

Art. 6º Os setores de Unidade Cuidados Intermediário têm como finalidade prestar assistência integral aos pacientes em condições críticas até que sejam transferidos para as referências e contra referencias, nas diversas afecções clínicas e cirúrgicas.

Art. 7º O Setor Centro Cirúrgico e Obstétrico tem como finalidade prestar assistência integral aos pacientes que se submetem a atos anestésico-cirúrgicos, oferecendo condições tecnológicas seguras aos pacientes e a equipe interdisciplinar, respeitando os princípios de assepsia, antissepsia, anestesia e a técnica operatória.

Art. 8º A Central de Materiais Esterilizados (CME) tem como finalidade realizar os processos de limpeza, desinfecção, preparação, esterilização e distribuição dos artigos hospitalares aos setores assistenciais. Fazer a previsão e provisão de todos os materiais e equipamentos, necessários para prestar a assistência.

Art. 9º Os Setores de Clínicas Médica e Cirúrgica Pediátrica possuem como finalidade a prestação de uma assistência norteada pelo cuidado integral da equipe interdisciplinar, a pacientes clínicos e cirúrgicos.

Art. 10º O Setor de Educação Permanente tem por finalidade coordenar e fornecer suporte pedagógico aos processos de desenvolvimento das equipes multiprofissionais, proporcionando a integração, qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, bem como realizar o monitoramento da evolução dos profissionais, aquisição de conhecimentos, melhoria dos processos, qualidade e humanização na prestação de serviços assistenciais e de gestão.

Art. 11º O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar tem por finalidade o controle e a prevenção de infecções hospitalares, definindo e aprovando protocolos,

realizando auditorias e visitas diárias, visando diminuir a incidência e gravidade das infecções. A prevenção de infecções hospitalares é importante para a qualidade da assistência prestada, para o bem-estar dos pacientes e para a redução de custos e do tempo de internação.

Art. 12º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem por finalidade 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 NQSP nos estabelecimentos de saúde.

Art. 13º O Serviço de Qualidade tem por finalidade coordenar ações e processos para melhorar a estrutura, os processos e os resultados, estimulando a melhoria contínua e sustentada na instituição, atraves de planejamento, coordenação, monitoramento e ciclos de melhoria.

Art. 14º O Serviço de Atendimento ao Cliente tem por finalidade, realizar acolhimento com empatia, oferecer suporte, ouvir e esclarecer as dúvidas, visando promover um atendimento individualizado, satisfatório e resolutivo ao paciente e seus familiares.

Art. 15º O Núcleo de Vigilancia Epidemiológica tem por finalidade detectar as doenças de notificação compulsória (DNC) atendidas no hospital e implementar estratégias de registro da informação, investigação, medidas controle e interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças. Contribuindo para detecção de fatores que determinam a saúde de uma população, medidas de prevenção e controle de doenças.

Art. 16º O Serviço de Humanização (SAU) tem por finalidade disseminar o conjunto de valores da Instituição, promovendo empatia atraves de técnicas, comportamentos e ações, construídas dentro de seus princípios, valorizando a qualidade das relações e suas experiências.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL, SEUS REQUISITOS E COMPETÊNCIAS:

Art. 17º O Serviço de Enfermagem possui as seguintes funções:

I. Gerencia Assistencial;

II. Supervisor de Enfermagem;

III. Enfermeiro;

IV. Técnico de Enfermagem;

V. Auxiliar de Enfermagem.

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 23º São atribuições do Gerencia Assistencial:

I. Gestão da equipe assistencial

II. Garantir a execução dos serviços de enfermagem nos setores do Hospital, em conformidade com a Lei N° 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e Legislações Pertinentes (COFEN), bem como cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem e Regimentos Internos / Institucionais;

III. Manter atualizada a Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT, junto ao Conselho Regional de Enfermagem Regional (COREN);

IV. Elaborar, divulgar e acompanhar o Plano de Gestão da Enfermagem e Regimento de Enfermagem;

V. Responsabilizar-se pelos atos e ações da Equipe de Enfermagem perante a direção do hospital, órgãos representativos de classe, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, dentre outras entidades;

VI. Estabelecer, divulgar e fazer cumprir os processos e documentações padronizadas de trabalho desenvolvidas em consonância com a Política da Qualidade da Instituição;

VII. Interagir com as equipes de trabalho, mantendo inter-relação com os demais serviços do hospital, buscando e incentivando o cumprimento das Interações de Processos, a fim de tornar ágil e melhorar a qualidade dos serviços prestados;

VIII. Dimensionar o quadro de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho, de acordo com as Legislações e resoluções COFEN;

IX. Oferecer condições e apoiar o desenvolvimento aos trabalhos dos grupos de estudo e das Comissões Institucionais;

X. Incentivar e propor planos de ação em busca da melhoria contínua;

XI. Valorizar o profissional por meio do incentivo à sua capacidade de trabalho, desenvolvimento profissional e comprometimento com a Instituição;

XII. Elaborar, divulgar e executar a programação anual de desenvolvimento profissional;

XIII. Incentivar a participação dos profissionais que integram de Enfermagem na programação anual de desenvolvimento profissional e estimular o desenvolvimento da pesquisa;

XIV. Manter a Direção do Hospital informada sobre qualquer problema operacional, técnico e/ou administrativo relacionado aos cuidados prestados aos pacientes, bem como apresentar relatório mensal de atividades;

XV. Avaliar desempenho do pessoal de enfermagem, promoções, transferências e desligamentos com a colaboração das coordenações / supervisão dos departamentos e setores;

XVI. Favorecer a integração com outras instituições de saúde e entidades, na busca de conhecer as melhores práticas assistenciais;

XVII. Informar, orientar e interpretar as normas hospitalares elaboradas a serem implantadas;

XVIII. Zelar pelo cumprimento do Código de Ética e Deontologia de Enfermagem.

II. Planejamento

I. Administrar recursos materiais, físicos e orçamentários colocados à disposição da gerência de enfermagem;

II. Estabelecer, divulgar e implementar a política da assistência de enfermagem com foco no cuidado integral;

I. Responder pelos testes e padronização de materiais hospitalares;

II. Estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as Unidades sob sua responsabilidade.

III. Organização

IV. Solicitar e orientar aos Coordenadores de Enfermagem na elaboração e apresentação de relatórios mensais de atividades;

V. Promover reuniões periódicas com os Coordenadores / Supervisores para alinhamento estratégico, resolução e discussão de problemas, bem como receber sugestões e propostas em relação à melhoria dos serviços, mantendo registro na pauta dos problemas apresentados e tomada de decisões;

VI. Emitir parecer sobre assuntos relativos à área de enfermagem;

VII. Deliberar a solicitação de horas extras e compensação por meio do banco de horas;

VIII. Elaborar em conjunto com os coordenadores a programação anual de férias;

I. Participar do processo de seleção de pessoal conduzindo a entrevista de seleção;

II. Estabelecer e monitorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

III. Controle

III. Estabelecer e implantar, junto com os Coordenadores / Supervisores os Indicadores de Qualidade dos setores;

IV. Manter avaliações contínuas, visando aferir o desempenho do profissional e equipe de enfermagem, bem como, a qualidade da assistência prestada ao cliente;

IX. Manter e atualizar registro funcional de todos os profissionais de sua responsabilidade;

X. Acompanhar registro das atividades de enfermagem, ocupação dos pacientes e procedimentos realizados para fins de controle e efeito estatístico.

XI. Supervisionar e ou executar a elaboração da escala de serviço/ plantão e o cronograma de férias, orientando sempre que necessário

Parágrafo único: O Gerencia Assistencial deve ser substituído em suas ausências e ou impedimentos pelo Coordenador ou Enfermeiro, conforme indicação do Gerencia Assistencial.

Art. 24º São atribuições do Coordenador de Enfermagem:

I. Substituir ao Gerente em suas ausências e impedimentos;

II. Monitorar e divulgar os indicadores (gerenciais e de produção);

III. Realizar planos de ação na busca de melhoria contínua;

IV. Contribuir com a Gerência de Enfermagem na implementação dos processos de trabalho e padronizações, apoiando as diretrizes da Politica de Gestão da Qualidade;

V. Realizar e participar de reuniões periódicas com sua equipe, mantendo registro da pauta, problemas e sugestões apresentadas, bem como as tomadas de decisões;

VI. Receber diariamente o plantão dos enfermeiros/ supervisores noturno inteirando-se das intercorrências e providências tomadas, realizando os devidos encaminhamentos e ciclos de melhorias;

VII. Elaborar, coordenar e orientar as escalas de serviço e férias;

VIII. Auditar por amostragem o prontuário do paciente quanto ao registro adequado de informações;

IX. Realizar visitas técnicas nas unidades de sua responsabilidade, afim de elaborar estratégias para correção de desvios;

X. Acompanhar e monitorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em cumprimento à determinação legal da Resolução COFEN N° 358/2009;

XI. Informar, orientar e interpretar as normas hospitalares elaboradas implementadas e a serem implantadas;

I. Zelar pelo cumprimento do Código de Ética e Deontologia de Enfermagem;

II. Supervisionar e ou executar a elaboração da escala de serviço/ plantão e o cronograma de férias, orientando sempre que necessário.

XII. Participar, avaliar e emitir parecer de testes técnicos de materiais, equipamentos e/ ou assuntos relativos à Assistência de Enfermagem;

XIII. Alinhar a equipe de Enfermagem à Política de Assistêncial da Instituição;

XIV. Promover a avaliação de desempenho dos seus profissionasi, conforme as diretrizes preconizadas pela Instituição;

XV. Participar do processo de seleção de pessoal de Enfermagem.

XVI. Cumprir e fazer cumprir as normas estabelecidas pela CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

XVII. Participar das comissões institucionais quando solicitado;

XVIII. Apresentar relatório mensal de possibilidades de melhorias para sua Gerência de Enfermagem;

XIX. Manter a conservação da área, física, mobiliário e equipamentos realizando as solicitações necessárias ao setor pertinente;

XX. Favorecer, incentivar e participar dos projetos de pesquisa que envolva os Enfermeiros que integram a Equipe de Enfermagem.

V. Manter avaliações contínuas, visando aferir o desempenho do profissional e equipe de enfermagem, bem como, a qualidade da assistência prestada ao cliente;

XII. Monitorar a evolução dos indicadores, tomando ações corretivas e ciclos de melhoria sempre que necessário;

XIII. Manter e atualizar registro funcional de todos os profissionais de sua responsabilidade;

XIV. Acompanhar registro das atividades de enfermagem, ocupação dos pacientes e procedimentos realizados para fins de controle e efeito estatístico.

Art. 25º São atribuições do Supervisor de Enfermagem:

I. Realizar a supervisão administrativa e assistencial dos setores sob sua responsabilidade;

II. Supervisionar e intervir na escala de atividades garantindo uma adequada distribuição de profissional/ leito e realização das ações inerentes à dinâmica assistencial;

III. Supervisionar a reposição de materiais conforme normalização estabelecida;

IV. Supervisionar, orientar e registrar ocorrências e intercorrências conforme preconizado na Instituição;

V. Cumprir e fazer cumprir as normas estabelecidas pela CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VI. Participar das comissões institucionais quando solicitado;

VII. Apresentar relatório mensal de possibilidades de melhorias para sua Gerência Assistencial;

VIII. Manter a conservação da área, física, mobiliário e equipamentos realizando as solicitações necessárias ao setor pertinente;

IX. Receber diariamente o plantão dos coordenadores/ enfermeiros inteirando-se das intercorrências e providências tomadas;

X. Identificar, planejar, monitorar e avaliar as atividades de educação permanente estimulando a participação dos colaboradores;

Art. 26º São atribuições do Enfermeiro Serviço de Educação Permanente:

I. Assessorar a Gerência Assistencial nos programas de desenvolvimento profissional;

II. Recrutamento e Seleção, realizar a elaboração e correção das provas por área de atuação;

III. Transferência, manter o controle das solicitações de transferências de interesse do profissional, por meio de um programa de adequação a solicitação;

IV. Treinamento de Pessoal, organizar anualmente a LNT (Levantamento de Necessidade de Treinamento) de todos os serviços da Instituição;

V. Organizar, promover, divulgar, assessorar e monitorar os treinamentos da Instituição.

VI. Promover integração e treinamento do profissional recém admitido, realizado posterior ao treinamento institucional;

VII. Promover treinamento do profissional com alteração de função, programa especifico de treinamento;

VIII. Aperfeiçoamento de Pessoal

IX. Programação de Atividades Internas (PAI) - programação mensal, encaminhada ao RH, disponível nos murais setoriais;

X. Programação de Atividades Externas (PAE) - programação anual, por meio de um levantamento das atividades desenvolvidas pelas entidades de classe e instituições de saúde e em conjunto com a direção executiva;

XI. Visita Técnica - compreende a visita a outras instituições em busca de novas ideias e melhoria continua dos processos de trabalho;

XII. Integração de Estágio Curricular - estágios na realizados de acordo com as diretrizes da Instituição (escolas e universidades);

XIII. Avaliações de Desenvolvimento, apoiar às Gerências no mapeamento de competências e implantação de instrumentos de avaliação das mesmas;

XIV. Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), colaborar na realização, implantação e treinamentos das Instruções de Trabalho;

XV. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE), coordenar o grupo de enfermeiros que estarão estudando e implantado a SAE;

XVI. Apoio à pesquisa, avaliar as solicitações de pesquisa que envolva profissionais de enfermagem desenvolvidas na Instituição.

Art. 27º São atribuições do Enfermeiro do Serviço Controle de Infecção Hospitalar:

I. Realizar vigilância das infecções hospitalares por meio do método de busca ativa;

II. Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância;

III. Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pelo SCIH;

IV. Participar das investigações de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;

V. Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;

VI. Normatizar, junto à Comissão de Padronização de Materiais/ Medicamentos e outros membros do grupo executor, o uso de germicidas hospitalares;

VII. Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções hospitalares;

VIII. Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar periodicamente;

IX. Elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar;

X. Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

XI. Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);

XII. Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico – hospitalar;

XIII. Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;

XIV. Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico hospitalar;

XV. Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviços relacionados à assistência, tais como: farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno, lavanderia hospitalar, laboratório, etc.;

XVI. Participar de grupos de interesse para o controle das infecções hospitalares, como exemplo: comissão de curativos, cateter, reuso, etc.

XVII. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais legislações em vigência.

Art. 28º São atribuições comuns aos Enfermeiros:

I. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional;

II. Cumprir e fazer cumprir o Regimento de Enfermagem da Instituição;

III. Cumprir e fazer cumprir as Instruções de Trabalho do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar);

IV. Participar de reuniões e integrar Comissões sempre que necessário, quando convidado ou convocado;

V. Representar a instituição em eventos externos quando convidado, repassando o conhecimento adquirido;

VI. Interagir com os integrantes da equipe, a fim de incentivar e melhorar o trabalho em grupo;

VII. Desenvolver na equipe uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizado;

VIII. Participar, incentivar e favorecer o envolvimento dos profissionais nas atividades de educação permanente propostas pelo Programa de Desenvolvimento Profissional;

IX. Divulgar e fazer cumprir as Instruções de Trabalho padronizadas;

X. Realizar o controle da pontualidade, assiduidade, postura e apresentação pessoal dos colaboradores conforme normatização;

XI. Colaborar na avaliação de desempenho dos seus profissionais;

XII. Acionar a Coordenação em situações que não estão contempladas nas suas atribuições;

XIII. Colaborar com a Coordenação de Enfermagem e Gerência Assistencial na elaboração, revisão e implantação de rotinas e para a resolução dos problemas;

XIV. Observar as normas, rotinas e instruções de trabalho do setor sob sua responsabilidade;

XV. Participar da elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde no seu setor;

XVI. Atentar para que os protocolos institucionais sejam cumpridos;

XVII. Desempenhar atividades de alta e/ou maior complexidade na assistência de enfermagem;

XVIII. Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência;

XIX. Planejar, executar, orientar e controlar a assistência de enfermagem;

XX. Aplicar o processo de enfermagem, através do histórico, evolução, diagnóstico e prescrição de enfermagem no prontuário;

XXI. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme Política de Assistência definida pela Gestão de Enfermagem;

XXII. Delegar e supervisionar as tarefas dos membros da equipe de forma equilibrada, tendo como parâmetro a SAE – Sistematização da Assistência da Enfermagem;

XXIII. Coordenar a passagem de plantão mantendo o registro de todos os dados e intercorrências de seu período de trabalho;

XXIV. Orientar pacientes e familiares diante da admissão e alta;

XXV. Zelar pelo processo de Internação Hospitalar, conferindo documentos e/ou encaminhando familiares para a realização do mesmo;

XXVI. Realizar visitas aos pacientes, buscando resolutividade e/ou encaminhando das possíveis queixas e necessidades do paciente;

XVII. Controlar o fluxo dos pacientes no setor de sua responsabilidade, no que tange a admissão, alta, transferência ou óbito;

XVIII. Providenciar a documentação e exames necessários para a TFD (Transferência Fora do Domicílio), comunicando imediatamente o Assistente Social de tal solicitação;

XXIX. Acompanhar eventualmente (quando determinado e autorizado pela gestão) pacientes em exames ou outro processo que seja necessário;

XXX. Comunicar imediatamente ao SND (Serviço de Nutrição e Dietética) qualquer alteração na prescrição da dieta dos pacientes;

XXXI. Realizar a notificação de doenças de notificações compulsórias ao SCIH;

XXXII. Realizar as notificações de não conformidades ao Serviço do Núcleo de Qualidade;

XXII. Promover reuniões periódicas com os colaboradores da equipe;

XXIII. Realizar e manter o sistema Kanban atualizado diariamente;

XXIV. Realizar o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) estabelecido para cada unidade;

XXV. Promover humanização do atendimento;

XXVI. Monitorar as identificações dos procedimentos assistenciais e de pacientes;

XXVII. Manter o setor organizado e proporcionar um ambiente adequado para o bom desenvolvimento dos serviços, supervisionando a entrega do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem, de higienização e de manutenção;

XXVIII. Coletar, medir e acompanhar os indicadores Assistenciais de Enfermagem que lhe forem solicitados;

XXIX. Manter os registros atualizados e corretamente preenchidos para fins estatísticos;

XVII. Realizar solicitação de materiais no sistema informatizado (farmácia e almoxarifado);

XVIII. Repor e controlar materiais do carrinho de emergência;

XXIX. Certificar, checar e registrar diariamente (em formulário próprio) o funcionamento do desfibrilador, lâmpada do laringoscópio e demais equipamentos essenciais ao setor;

XL. Revisar, diariamente, os materiais e equipamentos em uso, verificando seus empregos adequados, e comunicar o coordenador de setor quando da falta de materiais ou necessidade de consertos;

XLI. Participar de testes de materiais e equipamentos, emitindo parecer técnico;

XLII. Zelar pelo patrimônio do setor, contribuindo com o programa de manutenção preventiva e corretiva;

XLIII. Controlar o uso, a movimentação e a conservação dos materiais sob sua responsabilidade, visando evitar os desperdícios e/ou danos aos equipamentos;

XLIV. Supervisionar a realização da troca semanal das almotolias, limpeza do mobiliário e equipamentos do local de trabalho, bem como suas identificações e validades;

Art. 29º Atribuições específicas do Enfermeiro da Unidade de Tratamento Intermediário:

I. Participar da passagem de plantão, leito a leito, inteirando-se sobre a evolução do serviço;

II. Participar na visita multiprofissional aos pacientes diariamente;

III. Realizar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

IV. Monitorar, registrar e comunicar ao plantonista médico qualquer alteração no estado geral do paciente;

V. Coletar e analisar dados referentes ao indicadores padronizados no serviço;

VI. Recepcionar e orientar aos familiares no horário preconizado para visita;

VII. Observar e orientar as condutas específicas para Isolamento de pacientes;

VIII. Avaliar e autorizar visitas fora do horário preconizado, inclusive de menores, quando julgar prudente.

Art. 30º Atribuições especificas do Enfermeiro do Pronto Atendimento:

I. Participar da passagem de plantão, inteirando-se sobre a evolução do serviço;

II. Realizar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

III. Viabilizar a execução de exames complementares necessários à diagnose;

IV. Auxiliar a equipe médica na execução dos procedimentos complexos e diversos;

V. Coordenar a equipe de enfermagem no atendimento à PCR;

VI. Solicitar vaga em unidades de internação, conforme a necessidade do paciente;

VII. Acompanhar o transporte do paciente até o local de destino;

VIII. Orientar acompanhantes e visitantes, conforme rotina estabelecida pela instituição.

Art. 31º Atribuições específicas do Enfermeiro do Centro Cirúrgico:

I. Administrar o Mapa Cirúrgico e a planilha mensal de atividades;

II. Realizar o registro das cirurgias realizadas em local específico;

III. Prestar assistência de enfermagem durante o período perioperatório;

IV. Organizar o fluxo das atividades na unidade;

V. Programar, solicitar, conferir e monitorar os materiais de acordo com os procedimentos cirurgicos, atentando aos processos de esterilização e validades;

VI. Distribuir a equipe de acordo com as demandas da unidade;

VII. Realizar e monitorar a execução do Protocolo de Cirurgia Segura;

VIII. Realizar supervisão das salas cirúrgicas quanto à reposição de materiais e medicamentos, alocação e funcionamento adequado de equipamentos;

Checar e rubricar a folha de gasto cirúrgico;

Art. 32° - São atribuições comuns aos Técnicos de Enfermagem:

I. Admitir e orientar pacientes e familiares que internarem no setor;

II. Receber e passar plantão, prestando informações básicas, essenciais e necessárias à continuidade do serviço;

III. Promover a identificação do paciente, bem como de seus processos durante a permanência na unidade;

IV. Prestar os cuidados integralmente aos pacientes sob sua responsabilidade, atendendo com cortesia, educação e agilidade de acordo com a prescrição médica e de enfermagem;

V. Acompanhar o paciente durante a realização de exames, obedecendo às regras de segurança durante o transporte;

VI. Registrar em prontuário a assistência prestada, sendo que as intercorrências do plantão devem ser comunicadas imediatamente ao Enfermeiro da unidade e realizar as notificações de não conformidade;

VII. Manter o prontuário identificado, organizado, limpo, devidamente preenchido e em boas condições de manuseio;

VIII. Auxiliar a equipe interdisciplinar na realização de exames e procedimentos;

IX. Preparar, disponibilizar, controlar e manter em condições de uso, os materiais, medicamentos e equipamentos necessários à execução das atividades assistenciais;

X. Realizar tarefas de organização e manutenção setorial conforme escala de atividades;

XI. Zelar pela limpeza do setor e das áreas específicas de trabalho da Enfermagem;

XII. Receber e conferir as medicações;

XIII. Participar das programações de treinamento e desenvolvimento profissional promovidos na instituição;

XIV. Participar das reuniões da equipe de enfermagem quando convocado;

XV. Conhecer e cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Instruções de Trabalho;

XVI. Comunicar ao enfermeiro alterações de dieta do paciente;

XVII. Comunicar ao enfermeiro as observações de alterações do estado geral do paciente.

Parágrafo único: O profissional Técnico de Enfermagem deverá solicitar a presença do enfermeiro quando se sentir inseguro ou julgar-se imperito para realizar determinado procedimento.

Art. 33º Atribuições específicas dos Técnicos de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediário:

I. Realizar conferência e reposição dos materiais e utilizados na assistência preconizados para o box de atendimento;

II. Realizar e conferir o balanço hídrico;

III. Acompanhar os pacientes até as unidades de internação, quando transferidos.

Art. 34º Atribuições específicas dos Técnicos de Enfermagem do Ambulatório:

I. Preparar e manter a organização dos consultórios e sala de curativos, conforme estabelecido pelas unidades.

II. Realizar os procedimentos na sala de curativos, conforme prescrição médica;

III. Controlar e repor estoque de materiais e insumos;

IV. Verificar a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor.

Art. 35º Atribuições específicas dos Técnicos de Enfermagem do SADT:

I. Preparar os pacientes para exames;

II. Auxiliar o médico na realização do exame;

III. Desinfetar, encaminhar para esterilização e controlar os materiais utilizados nos exames;

V. Controlar e repor estoque de materiais e insumos;

VI. Verificar a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor.

Art. 36º Atribuições específicas dos Técnicos de Enfermagem do Centro Cirúrgico:

I. Recepcionar o paciente cirúrgico, conferindo pulseira de identificação, prontuário, exames e preparos pré- operatórios;

II. Realizar a conferência e controle de validade dos materiais e medicamentos da sala cirúrgica;

III. Preencher folha de débito e documentos preconizados;

IV. Preparar e manter a organização da sala para o procedimento cirúrgico conforme padronização da unidade.

CAPÍTULO VI - DAS NORMAS GERAIS

Art. 37º É vedado o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros;

Art. 38º É obrigatório comunicar à Coordenação de Enfermagem, sem perda de tempo, as variações de residência, telefone e estado civil, para que possa ser encaminhado ao departamento de pessoal;

Art. 39º É proibido fumar nas dependências do hospital;

Art. 40º É proibido permanecer na Instituição fora do seu horário de trabalho sem autorização ou justificativa prévia;

Art. 41º É proibido organizar, dentro das dependências da Instituição, rifas, subscrições, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela administração, bem como tomar parte delas;

Art. 42º É vedado receber pessoas estranhas no recinto de trabalho, salvo com ordem superior;

Art. 43º É vedado servir-se de uso de telefones ou impressos do Instituição, para assuntos estranhos ao serviço;

Art. 44º É proibido sair das dependências do Instituição durante o período de trabalho, sem para tanto estar autorizado pela gerencia, coordenação ou supervisão;

Art. 45º É obrigatório, durante o período de trabalho, os profissionais estarem uniformizados e devidamente identificados;

Art. 46º É proibido aos profissionais receber, sob qualquer forma ou pretexto, dádivas e gorjetas de outras pessoas que estejam em relação de negócio com o Hospital;

Art. 47º Os profissionais da enfermagem deverão estar em seus setores minutos antes do seu horário de trabalho para a passagem de plantão na troca de turno;

Art. 48º É permitida a troca de plantão mensal entre os profissionais da Equipe de Enfermagem em casos excepcionais, desde que o profissional não tenha faltas, atrasos e está conduta esteja intermediada e autorizada pelo Gerente Assistencial e Coordenador de Enfermagem de sua área;

Art. 49º O colaborador deverá fazer o uso adequado do EPI (Equipamentos de Proteção Individual) e do EPC (Equipamentos de Proteção Coletiva) pertinente à sua atividade;

Art. 50º Não é permitido aos colaboradores o uso de adornos, conforme determinação da NR 32 (Portaria MT – Nº 485 – 11/11/2005) e orientações do SESMT;

Art. 51º Não é permitido aos profissionais divulgação e ou entrevistas em midea de assuntos relacionados a Instituição;

Art. 52º Não é permitido fotografias nas dependências da Instituição, sem prévia autorização por escrito da Direção Geral.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 53º Os profissionais receberão orientações sobre Regimento de Enfermagem, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável;

Art. 54º A Gerência Assistencial poderá resolver questões não previstas neste regimento, sempre que seja necessário preservar a imagem da instituição e garantir o bom andamento do serviço;

Art. 55º Este regimento será mantido nos setores, atualizado anualmente e disponível em local de fácil acesso para consulta dos profissionais da equipe de Enfermagem da Instituição;

Art. 56º Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Gerência Assistencial e aprovado em reunião com os Coordenadores / Supervisores de Enfermagem, convocada para esta finalidade;

Art. 57º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e será assinado pelo Diretor Geral e Gerencia Assistencial, obedecendo integralmente ao que reza o regulamento da Instituição.

APROVAÇÃO

_____ Data:

_____/_____/_____

Diretor Geral

_____ Data:

_____/_____/_____

Gerente Assistencial

1.3.4 Proposta de implantação de serviços de registros eletrônico de atividades assistenciais da unidade

A implantação de serviços de registros eletrônicos de atividades assistenciais nas unidades de saúde é um passo fundamental para otimizar a gestão da informação, melhorar a qualidade da assistência ao paciente e garantir maior eficiência operacional. A proposta de implantação deste sistema no Hospital da Criança Dr. José Machado Souza visa modernizar e automatizar o processo de documentação das atividades assistenciais realizadas pelos profissionais de saúde, garantindo um ambiente de trabalho mais seguro, integrado e eficiente.

O objetivo principal desta proposta é implementar um sistema eletrônico de registros de atividades assistenciais, integrando todas as informações relacionadas ao cuidado dos pacientes de forma organizada e acessível. O sistema permitirá a atualização em tempo real dos dados dos pacientes, aumentando a precisão, a transparência e a segurança nas informações registradas.

Estrutura da Implantação do Sistema de Registros Eletrônicos:

Escolha e Personalização da Plataforma:

O hospital realizará um estudo para selecionar a plataforma de registros eletrônicos mais adequada às necessidades das unidades assistenciais. O sistema escolhido deverá ser compatível com as normas de segurança da informação, ser de fácil utilização para os profissionais e permitir personalização conforme as especificidades do hospital e das especialidades atendidas.

O sistema será configurado para incluir todas as funcionalidades necessárias para registrar dados médicos, procedimentos, prescrições, diagnósticos, evolução do paciente e outros aspectos assistenciais importantes.

Treinamento da Equipe:

Todos os profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros, serão treinados para utilizar o sistema de registros eletrônicos de maneira eficiente.

O treinamento será realizado em fases, com acompanhamento contínuo para garantir que todos os colaboradores se sintam confortáveis com a nova ferramenta e compreendam a importância do registro adequado e preciso das informações.

Serão disponibilizados manuais e tutoriais online, além de suporte técnico durante a implementação do sistema.

Integração com Outros Sistemas de Gestão Hospitalar:

O sistema de registros eletrônicos será integrado com outros sistemas de gestão hospitalar existentes, como o sistema de gestão de estoque, de faturamento, de marcação de consultas e de exames, garantindo uma visão unificada e precisa do processo assistencial.

A integração com o prontuário eletrônico permitirá o compartilhamento de informações em tempo real entre as unidades assistenciais e outras áreas, como farmácia, laboratório e centro cirúrgico.

Padronização de Protocolos e Fluxos de Trabalho:

Para garantir que todos os registros sigam os mesmos critérios de qualidade e precisão, serão desenvolvidos protocolos e fluxos de trabalho padronizados. Estes protocolos garantirão que todos os profissionais registrem informações de forma consistente, utilizando a mesma terminologia e metodologia.

O fluxo de trabalho será ajustado para garantir que todos os dados registrados no sistema sejam relevantes, completos e atualizados, evitando erros de documentação e facilitando a tomada de decisão clínica.

Monitoramento e Garantia de Qualidade:

Após a implantação, será estabelecido um processo de monitoramento contínuo da utilização do sistema, visando identificar possíveis falhas e oportunidades de melhoria. A equipe de TI do hospital será responsável por garantir a manutenção do sistema, atualizações de software e suporte técnico.

Também serão realizadas auditorias periódicas dos registros para verificar a conformidade com as normas de qualidade e segurança da informação.

6. Segurança e Proteção de Dados:

O sistema será projetado com altos padrões de segurança para proteger as informações sensíveis dos pacientes, de acordo com as legislações de proteção de dados, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A plataforma contará com criptografia de dados, controle de acesso restrito, autenticação de usuários e registros de auditoria para garantir a integridade e confidencialidade dos dados dos pacientes.

Fase de Implementação:

Fase 1 – Planejamento e Escolha da Plataforma (1-2 meses):

Levantamento de requisitos do sistema, incluindo funcionalidades específicas para cada unidade assistencial.

Seleção da plataforma de registros eletrônicos mais adequada às necessidades do hospital.

Elaboração do cronograma de implantação e definição das etapas do projeto.

Fase 2 – Capacitação e Testes Piloto (3-4 meses):

Treinamento das equipes de saúde e capacitação da equipe técnica para o uso do sistema.

Realização de testes piloto em unidades selecionadas para identificar possíveis ajustes e validar a eficácia do sistema.

Ajustes na plataforma conforme feedback das equipes assistenciais.

Fase 3 – Implementação Total e Integração (5-6 meses):

Implementação completa do sistema em todas as unidades assistenciais.

Integração com outros sistemas de gestão hospitalar e validação da troca de informações entre as unidades.

Acompanhamento e suporte contínuo às equipes assistenciais para garantir o bom uso do sistema.

Fase 4 – Monitoramento e Ajustes (7-12 meses):

Monitoramento da utilização do sistema e realização de ajustes com base nas necessidades dos profissionais de saúde e nos resultados obtidos.

Avaliação contínua da eficiência do sistema de registros eletrônicos, coleta de feedback das equipes e realização de treinamentos adicionais, se necessário.

Benefícios Esperados, aumento da qualidade assistencial, com o registro em tempo real e a centralização das informações, será possível melhorar a tomada de decisão clínica e proporcionar uma assistência mais segura e eficaz aos pacientes.

Redução de erros e omissões, a digitalização dos registros elimina o risco de erros causados por anotações manuais ilegíveis ou incompletas, garantindo maior precisão nos dados.

Eficiência operacional, a eliminação de processos burocráticos e manuais, como o preenchimento de prontuários em papel, tornará o atendimento mais rápido e eficiente, otimizando o tempo dos profissionais de saúde.

Segurança e conformidade, o sistema permitirá o cumprimento das regulamentações de segurança e proteção de dados, garantindo a confidencialidade das informações dos pacientes.

A implantação de serviços de registros eletrônicos de atividades assistenciais no Hospital da Criança Dr. José Machado Souza representará um avanço significativo na modernização da gestão da informação e no aprimoramento da qualidade assistencial, uma implementação bem-sucedida desse sistema não só melhorará a eficiência operacional do hospital, mas também garantirá um atendimento mais seguro e eficaz, alinhado com as melhores práticas internacionais de saúde e os requisitos regulatórios de proteção de dados.

No entanto, para a viabilidade deste projeto, é essencial um planejamento financeiro detalhado, bem como uma avaliação da infraestrutura de informatização existente, para garantir que ela seja capaz de suportar as necessidades de inovação do sistema.

1.3.5 Proposta de integração gerencial das unidades

A integração gerencial das unidades de saúde é essencial para promover a continuidade da assistência, otimizar os processos internos e garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficiente e eficaz. A proposta de integração gerencial das unidades do Hospital da Criança Dr. José Machado Souza visa fortalecer a comunicação entre as diversas áreas da instituição, melhorar a coordenação de serviços e garantir que as decisões administrativas e assistenciais sejam tomadas de forma colaborativa, sempre com foco na qualidade do atendimento ao paciente e na melhoria contínua dos processos.

A proposta de integração gerencial das unidades visa criar um ambiente colaborativo, onde as decisões são compartilhadas e as ações coordenadas para garantir a melhoria contínua do hospital. A adoção de sistemas integrados, a criação de fluxos comuns, e o fortalecimento da comunicação entre as unidades são aspectos-chave para o sucesso dessa integração. A implementação cuidadosa e o monitoramento constante garantirão que o Hospital atinja seus objetivos de qualidade, eficiência e excelência no atendimento aos seus pacientes.

Objetivo: O objetivo desta proposta é estabelecer um modelo de integração entre as unidades do hospital que possibilite uma gestão mais fluida e integrada, visando melhorar o atendimento, reduzir erros e promover a eficiência nas operações do hospital.

Estrutura da Integração Gerencial:

Criação de Comitês de Integração entre Unidades:

A proposta consiste na criação de comitês gerenciais compostos por representantes das diversas unidades (assistenciais, administrativas, financeiras, etc.), com o objetivo de promover o intercâmbio de informações e facilitar a tomada de decisões.

Os comitês serão formados por profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, gestores administrativos, financeiros e técnicos. Esse modelo busca garantir que todos os aspectos operacionais e assistenciais sejam considerados nas decisões e nas estratégias institucionais.

Centralização de Informações:

Será implementado um sistema centralizado de gestão de informações, com dados atualizados sobre os pacientes, estoque de materiais, status de procedimentos e indicadores de qualidade.

O sistema permitirá que as unidades possam acessar, em tempo real, informações essenciais para a tomada de decisões rápidas e eficazes, promovendo uma resposta mais ágil a necessidades emergenciais e facilitando a comunicação entre as áreas.

Desenvolvimento de Protocolos e Fluxos Comuns:

O hospital irá desenvolver e padronizar protocolos e fluxos de trabalho comuns entre as unidades. Isso inclui desde o processo de admissão de pacientes até o seu encaminhamento para alta ou outras unidades.

Tais protocolos garantirão que todos os profissionais envolvidos sigam as mesmas diretrizes e procedimentos, garantindo uniformidade na prestação de cuidados, minimizando erros e melhorando a eficiência do atendimento.

Sistema de Comunicação Interunidades:

A comunicação entre as unidades será facilitada através da implementação de canais dedicados (plataformas digitais, aplicativos corporativos, reuniões periódicas), que possibilitem a troca rápida de informações.

Serão realizadas reuniões gerenciais periódicas entre as lideranças das unidades, com o objetivo de avaliar o desempenho das unidades, identificar desafios comuns e propor soluções conjuntas.

Monitoramento e Avaliação Contínua:

A integração gerencial será constantemente monitorada através de indicadores-chave de desempenho (KPIs), como tempo de resposta, taxa de satisfação do paciente, qualidade assistencial, custo-benefício de processos e eficiência no uso dos recursos.

O desempenho de cada unidade será analisado em conjunto, permitindo a identificação de áreas que necessitam de melhorias ou ajustes, e o desenvolvimento de estratégias corretivas em tempo hábil.

Treinamento Contínuo e Capacitação das Equipes:

O hospital promoverá programas de treinamento contínuo para todos os colaboradores, focados em práticas de integração gerencial, boas práticas de comunicação, e estratégias para melhorar o desempenho interunidades.

Serão realizados oficinas, cursos e workshops para fomentar o espírito de equipe, a colaboração e o entendimento das particularidades e necessidades de cada unidade.

Plano de Implantação:

Fase Inicial – Diagnóstico e Planejamento (1-3 meses):

- Levantamento de informações sobre os atuais processos de gestão e identificação de áreas que carecem de integração.
- Reuniões com as lideranças de cada unidade para alinhar as expectativas e definir metas para a integração gerencial.

- Escolha de sistemas e ferramentas para centralização das informações e facilitação da comunicação.

Fase de Implementação (4-6 meses):

- Implementação de sistemas de gestão integrada e canais de comunicação entre as unidades.
- Criação dos protocolos e fluxos comuns de trabalho.
- Início das reuniões periódicas entre as lideranças de cada unidade.

Fase de Acompanhamento e Ajustes (7-12 meses):

- Monitoramento constante dos KPIs para avaliar a eficácia da integração.
- Identificação de pontos de melhoria e ajuste de processos.
- Acompanhamento contínuo das necessidades de treinamento e capacitação das equipes.
- Fase de Consolidação e Melhoria Contínua (12 meses em diante):
- Avaliação contínua da eficácia do modelo de integração gerencial e ajustes conforme necessário.
- Realização de novas capacitações com base em feedbacks das equipes e indicadores de desempenho.
- Adoção de boas práticas e inovações que possam aprimorar ainda mais a integração gerencial.

1.4 IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS

1.4.1 Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

MANUAL DE FATURAMENTO

FATURAMENTO HOSPITALAR

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Protocolar prontuário completo do paciente.	Recebimento de prontuário de paciente com toda documentação respectiva de internação conforme Check list da auditoria de prontuário;
2 – Avaliar pendências das clínicas no laudo de AIH	Análise dos laudos de AIH que se encontra com pendências, (Nome do estabelecimento solicitante), Nome do paciente, nº de prontuário, cartão SUS, data de nascimento, sexo, raça, etnia caso o paciente pertença um grupo indígena, telefone de contato, nome do responsável, endereço completo, município de residência, principais sinais e sintomas clínicos, condições que justificam a internação, principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados), diagnóstico inicial (CID), descrição do procedimento solicitado, código do procedimento, clínica, caráter de internação, CNS (Cartão SUS do profissional), assinatura e carimbo do registro do conselho, data da solicitação de internação, nome do profissional autorizador, CNS ou CPF do profissional autorizador, data da autorização e nº da autorização de internação hospitalar emitida pela central de regulação.
3 – Levantamento de todos os procedimentos realizados AIH do cliente.	Levantamento de todos os procedimentos cirúrgicos, clínicos, Transplantes de órgãos, tecidos e células, Medicamentos, Ortéses, Próteses e Materiais especiais e finalidade diagnóstica realizados no paciente pelo estabelecimento executante no seu período de internação que fazem parte do âmbito hospitalar SUS até o 4 dia de cada mês.
4 – Preenchimento de pendências do laudo de AIH.	Envio de prontuário de paciente para preenchimento de Principais sinais e sintomas clínicos, condições que justifiquem a internação, principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados), Diagnóstico inicial (CID), Descrição do procedimento solicitado, código do procedimento,

	Admissão Médica, Ficha de Descrição do Ato Cirúrgico, Ficha de anestesia, laudo de solicitação e ou mudança de procedimentos especiais e Informe de alta.
5 – Processamento de AIH Cirúrgica.	Identificada Tratamento Cirúrgico por meio de ficha de ato cirúrgico descrito conforme procedimento realizado, ficha anestésica ou informe de ata onde está descrito o tipo de atendimento prestado ao cliente. Inserir código de procedimento cirúrgico, Cid compatível e CBO conforme descrição do Médico Cirurgião executante do procedimento.
6 – Processamento de AIH Clínica.	Identificação de Tratamento Clínico por meio laudo de Aih, evolução multiprofissional ou Informe de alta contendo descrição de tratamento de patologia realizada no período de internação. Inserir código de procedimento clínico, Cid compatível e CBO conforme descrição do Médico assistente.
7 – Abrir uma Nova AIH para o Mesmo Paciente na Mesma Internação	Emitir uma nova AIH para o mesmo paciente é obrigatória nas condições abaixo: • Realização de outra cirurgia em ato anestésico diferente durante a mesma internação, incluída também os casos de reoperação. • Uma internação originalmente para procedimento obstétrico que precisa de intervenção cirúrgica fora da obstetrícia ou quando o segundo ato for realizado em tempo anestésico diferente. • Na realização de parto e/ou intervenção obstétrica em paciente internada por motivo não relacionado à obstetrícia no momento da internação. • Quando houver duas intervenções obstétricas em tempos cirúrgicos diferentes numa mesma internação. Exemplo: parto normal (prematuro ou não) e na mesma internação a paciente precisa de uma curetagem por retenção de restos de parto. • Nos casos de parto ou intervenção cirúrgica, depois de esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela para o procedimento que gerou a internação e paciente apresentar quadro clínico que exija continuar internado por motivo não consequente ao ato obstétrico. • Se esgotado o tempo de permanência para o procedimento, o paciente apresentar quadro clínico que exija continuar internado por motivo não consequente ao ato cirúrgico. • Em casos clínicos onde durante o internamento haja intercorrência cirúrgica não relacionada diretamente com a patologia clínica, depois de ultrapassada a metade dos dias da média de permanência para o procedimento clínico que gerou a internação.

	• Quando no decorrer da internação, o paciente desenvolver quadro clínico que necessite de cirurgia. • Quando é preciso reoperar o paciente no decorrer da mesma internação. No caso do procedimento principal ser Politraumatizado ou Cirurgia Múltipla e forem realizados mais de 05 (cinco) procedimentos principais, deve ser emitida nova AIH com motivo de apresentação 2 - Permanência. Nos casos de emissão de nova AIH para um mesmo paciente numa mesma internação pelos motivos acima, a data de apresentação da primeira AIH será a mesma data de entrada da segunda AIH, com motivo de acordo com a Tabela Auxiliar de Motivo de Apresentação do SIH/SUS/SIA/CIH (ver item 6.3 deste Manual). Nestes casos o sistema bloqueia a AIH por "duplicidade" (homônimo), mas o gestor autoriza.
8 – Quando não emitir nova AIH.	No caso de retorno do paciente com menos de 03 dias da alta para o mesmo hospital para continuar tratamento da mesma patologia deve permanecer com a mesma AIH. Não deve ser aberta nova AIH, mesmo que o internamento seja feito por médicos diferentes. Deve ser registrado na AIH o código de consulta de paciente internado para cada médico que atender ao paciente.
9 - Mudança de Procedimento	Durante a internação, a hipótese diagnóstica inicial pode não ser confirmada ou pode surgir uma condição clínica superveniente, ou ainda, ser identificada outra patologia de maior gravidade, complexidade ou intercorrência que implique na necessidade de mudança de procedimento. Nestes casos, o procedimento solicitado e autorizado precisa ser modificado. Neste caso deve ser preenchido o Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento. É necessário autorização do Diretor Geral ou Diretor Clínico nos estabelecimentos públicos e, do gestor na rede complementar. A mudança de procedimento pode acontecer nas seguintes situações: Paciente internado para realização de um determinado procedimento, no decorrer da internação desenvolve quadro compatível com outro procedimento, sendo este último de valor maior. Pode ser solicitada mudança de procedimento para o procedimento de maior valor.
10 – Faturamento de cirurgias Múltiplas	Cirurgias múltiplas são atos cirúrgicos, sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devido a diferentes doenças, executado através de uma única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico (Portaria nº. 421 de 23 de julho de 2007). Neste conceito, todos os procedimentos em órgãos bilaterais,

	deverão ser aceitos quando registrados duas vezes no SISAIH01. Na AIH com o 04.15.01.001-2 – Tratamento com Cirurgias Múltiplas como procedimento solicitado e realizado aceita até 05 (cinco) procedimentos principais, no máximo. Quanto à complexidade, a AIH "assume" a complexidade do primeiro procedimento informado. Se o primeiro procedimento informado for financiado pelo FAEC, toda a AIH será paga pelo FAEC. Quando ocorrerem novas cirurgias de emergência, na mesma internação, com atos anestésicos diferentes, inclusive reoperação, deve ser solicitar nova AIH com o motivo de apresentação 2.7 – por reoperação. Cirurgia bilateral não é considerada cirurgia múltipla quando no nome ou na descrição do procedimento houver a palavra "bilateral".
11- Faturamento de Diárias de Acompanhante	Para cada paciente é permitido apenas um acompanhante. Para maiores de 18 anos o médico assistente deve decidir pela necessidade ou não do acompanhante. Essas diárias são remuneradas e devem ser registradas nos Procedimentos Realizados do Sisaih01. O Sisaih01 crítica a quantidade de diárias de acompanhante até, no máximo, os dias de permanência do paciente e não exige liberação. Alguns procedimentos não permitem diária de acompanhante mesmo para menores de 18 anos, é o caso de: Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, além dos procedimentos remunerados em hospital dia. • **DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE CRIANÇA COM ADOLESCENTE COM PERNOITE:** Faturar a presença de acompanhante de criança ou adolescente. • **DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE PARA IDOSO:** Faturar a presença de acompanhante de idoso acima de 60 anos internados. No SIGTAP existem os procedimentos: 08.02.01.004-0 - Diária de Acompanhante de Idosos com pernoite e 08.02.01.005-9 – Diária de Acompanhante de Idoso sem Pernoite. • **DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA GESTANTE:** Faturar a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto conforme Portaria GM/MS n.º 2.418/2005. •
12 - Faturamento Diária de	O faturamento da Diária de Permanência a maior só pode ser apurado nos casos em que o paciente necessite permanecer internado após o período, definido no SIGTAP, para a média de permanência do procedimento principal que determinou a internação. A Diária de Permanência Maior pode ser registrada

permanência a Maior	nos casos em que o período de internação do paciente ultrapassar o dobro da permanência prevista na tabela de procedimentos. Neste caso a quantidade de diárias será o quantitativo de dias que o paciente permaneceu internado além do dobro dos dias previstos na tabela para o procedimento principal que gerou a AIH. O registro no SISAIH01 deve ser feito na tela Procedimentos Realizados informando o número de dias que o paciente permaneceu além do dobro dos dias previstos para a Média de Permanência do procedimento principal. Deve ser contado a partir do primeiro dia de permanência após o dobro da média, excluídas as diárias de UTI, que tem código próprio. Nos casos de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da AIDS, Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia e Cirurgia Plástica Corretiva pós Gastroplastia, deve-se utilizar como parâmetro a média de permanência do procedimento principal que tem mais dias na média no SIGTAP, entre os registrados na AIH.
13 - Cobrança de Consulta e Avaliação em Paciente internado	Verificar no prontuário do paciente a evolução multiprofissional do médico ou cirurgião dentista assistente ou de especialista para emitir parecer. É realizada junto ao leito. Procedimento 03.01.01.017-0 - CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO. Nos casos de emissão de parecer, deve-se registrar uma consulta para cada parecer, conforme o CBO do médico que prestou o atendimento. Colocar também o número do CNS Cartão do profissional para possibilitar o rateio de pontos. O CPF foi substituído pelo número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional desde 2008. Caso o paciente fique internado em período que abrange mais de uma competência os procedimentos especiais e secundários deve ser repetido tantas vezes quantas tenham sido as competências em que as consultas foram realizadas. Para os demais profissionais de nível superior que realizarem consulta ao paciente internado deve ser registrado o procedimento 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO).
14 – Faturamentos de Hemoterapia	Verificar se consta no prontuário laudo de solicitação/Autorização de procedimento especial, solicitação de sangue e Etiqueta de identificação do receptor, contendo os dias e o total de bolsas processadas. Verificar no formulário nome e sobrenome do paciente, sexo, idade, peso, número de prontuário ou registro do paciente, número do leito, diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente solicitado, (com o respectivo volume ou quantidade), tipo de transfusão, resultados laboratoriais que justificam a indicação do hemocomponente, a data, a assinatura e numero do CRM do médico solicitante. Requisição incompleta, inadequada ou

	ilegível deve ser encaminhada ao serviço de hemoterapia para correção. Os procedimentos registrados na AIH devem informar nos campos Executante e Apurar Valor, o CNES do próprio hospital. No caso dos procedimentos relacionados aos exames pré transfusionais serem realizados utilizando serviços de hemoterapia terceirizados, deve ser informado o CNES do serviço executante responsável, cadastrado como *terceiro* pelo Hospital, apurando valor para o mesmo.
15 – Faturamento em Fisioterapia	Identificar sessões de fisioterapia nas prescrições e evoluções multiprofissionais. Os procedimentos de fisioterapia em pacientes internados são registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Todos os procedimentos de Fisioterapia estão no Grupo 03, Subgrupo 02 e Formas de Organização de 01 a 07. A quantidade máxima é de 20 por AIH, podendo ser solicitada liberação de quantidade e são procedimentos especiais na AIH.
16 – Faturamento em Anatomia Patológica	Identificar exames de anatomia patológica no prontuário do paciente ou sistema matrix e registrá-los na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Quando o exame for realizado por terceiros deve ser informado o CNES do executante. E no caso do serviço ser do próprio hospital, colocar o CNES do hospital para apurar valor corretamente.
17 – Faturamento de Ato anestésico	Faturar ato anestésico em procedimento que no SIGTAP não inclui o valor da anestesia no valor do procedimento principal, podem ser registrados os seguintes códigos: 04.17.01.006-0 Sedação, 04.17.01.004-4 – Anestesia Geral, 04.17.01.005-2 – Anestesia Regional. Estes procedimentos têm valor e devem ser registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Para anesteia obstétrica para cesariana, anestesia regional e analgesia obstétrica para parto normal estão no SIGTAP também o CBO do obstetra, nestes casos o sistema permite o CNS do mesmo médico no campo cirurgião e anestesista.
18 – Faturamento em Intercorrências nas Gestão.	Para faturamento para intercorrências clínicas na gravidez e controle de gestantes de alto risco os códigos que devem ser utilizados como procedimentos principais são: 03.03.10.002-8 - Tratamento de Eclâmpsia 03.03.10.003-6 - Tratamento de Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos na Gravidez. 03.03.10.004-4 - Tratamento de Intercorrências Clinicas na Gravidez. Estes três procedimentos têm média de permanência de 03 dias, mas admitem permanência a maior.
19 – Faturamento em Tratamento da Tuberculose	Para registro de tuberculose na AIH é o procedimento 03.03.01.021-5 - Tratamento da Tuberculose (por dia) e podem ser internados os portadores em leitos de pneumologia sanitária, clínico ou pediátrico, inclusive a Tuberculose com lesões extensas. Este procedimento admite longa

<table>
<tr><td></td><td>permanência, (AIH 5). No caso do paciente precisar de UTI, deve ser dado alta com motivo de apresentação 2 - por permanência e emitida nova AIH.</td></tr>
<tr><td>20 - Faturamento em Tratamento da Hanseníase</td><td>Para registro da Hanseníase na AIH é o procedimento Tratamento da Hanseníase – 03.03.01.008-8. O Tratamento da Hanseníase com lesões extensas deve ser registrado na AIH o código 03.03.13.008-3 – Tratamento de Pacientes sob Cuidados Prolongados em Hanseníase.</td></tr>
<tr><td>21 – Faturamento em Tratamento em Reabilitação</td><td>O faturamento procede quando a internação for o mais adequado ao paciente após avaliação de equipe multiprofissional. Para registro dos procedimentos na AIH deve ser usado o código 03.03.19.001-9 – Tratamento em Reabilitação. Pode ser clínico, pediátrico ou de reabilitação.</td></tr>
<tr><td>22 – Faturamento em diagnostico e/ou atendimento de urgência em clínica médica, pediátrica e cirúrgica</td><td>O Faturamento em diagnostico sugeri três códigos de códigos de procedimentos:
<table>
<tr><td>03.01.06.001-0</td><td>Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica</td></tr>
<tr><td>03.01.06.008-8</td><td>Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica</td></tr>
<tr><td>03.01.06.007-0</td><td>Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Cirúrgica</td></tr>
</table>
Devem ser utilizados em caso de alta a pedido, evasão ou transferência para outro hospital, com período de internação igual ou inferior a 24 (vinte e quatro) horas. O procedimento solicitado deve obrigatoriamente ser mudado para Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento na especialidade correspondente. Diagnóstico não confirmado, com internação de curta permanência. Tratamento de patologia de rápida resolução não codificada na tabela. Internação para investigação diagnóstica. Em casos passíveis de tratamentos ambulatoriais, identificados pela auditoria. Não permite permanência a maior ou mudança de procedimento.</td></tr>
<tr><td>23 – Faturamento de medicamentos.</td><td>Verifica se os medicamentos que são procedimentos especiais na AIH. Vários têm compatibilidade com o procedimento principal informado e são criticadas nos sistemas SISAIH01 e SIH/SUSD. As compatibilidades e as quantidades máximas podem ser consultadas no SIGTAP.</td></tr>
<tr><td>24 – Faturamento em Terapia Nutricional</td><td>A verificação da Nutrição Parenteral e Enteral são contabilizadas por dia, independentemente da quantidade administrada no dia, sendo que em caso na administração concomitante de nutrição parenteral e enteral, independente da faixa etária, será remunerada a terapia de maior valor, ou seja, a parenteral, conforme cada procedimento abaixo:
<table>
<tr><td>03.09.01.009-8</td><td>Nutrição Parenteral Pediátrica</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

	03.09.01.006-3 — Nutrição Enteral em Neonatologia 03.09.01.008-0 — Nutrição Parenteral em Neonatologia 03.09.01.004-5 — Nutrição Enteral Adulto 03.09.01.007-1 — Nutrição Parenteral Adulto
25 – Faturamento de Curativo Grau II	O procedimento 04.01.01.001-5 pode ser faturado quando evidenciado no prontuário uma lesão aberta, em que há grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade. È um procedimento especial e deve ser registrado em uma AIH de qualquer procedimento principal. Este procedimento não tem compatibilidade especificada no SIGTAP por atender a necessidades clínicas inerentes ao quadro clínico do paciente e não tem ligação formal ou técnica com nenhum procedimento principal que tenha gerado a internação do paciente.
26 – Inclusão de Cid e código de procedimento hospitalar realizado.	Incluir procedimento x CID realizado em AIH correspondente ao tratamento realizado no cliente no período do seu tratamento o em ambiente hospitalar através de consulta no prontuário e Tabela procedimento SUS.
27 – Processamento de dados de informações do laudo de AIH do paciente.	Inserir informações referentes ao laudo de AIH no SUSAIH ou SISAIH dos procedimentos realizados no período da internação do cliente.
28 – Gerar protocolo de remessa do SUS AIH para SISAIH.	Consistir protocolo do SUSAIH referente ao protocolo a ser enviado para verificação de suposto erros, corrigi-los caso seja evidenciado não conformidade, e enviar para o SISAIH para validação do banco.
29 – Gerar lote de autorização SUS	Imprimir relação de laudos de solicitação de Aih do SUSIHS e anexar junto com AIHS conforme clínica especifica e enviar para sala da auditoria médica SUS da 9º regional para autorização da contas.

FATURAMENTO DO BPA MAG/SISCAN

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Faturamento de Atendimento de Urgência/Emergência	Receber as fichas de pronto atendimento do setor de acolhimento diariamente, protocolando-as adequadamente.

	Fazer contagem dos procedimentos realizados conforme Ficha de atendimento e inserir no Sistema Bpa Mag ou SUS Bpa os códigos, CBO e quantidade de procedimentos realizados no mês.
2 – Faturamento dos setores de Métodos Gráficos, Imagem diagnóstico, Fisioterapia, Ambulatório de consultas especializadas, Oncologia e Agência Transfusional	Imprimir relatório de procedimentos executados diariamente nos setores de Métodos Gráficos, Imagem, Agência Transfusional, Oncologia via sistema Sistema. Receber do setor de SPP no quarto dia útil do mês relatório de total de consultas de fisioterapia e médica realizadas nos ambulatórios respectivos. Receber fichas ou imprimir relatórios dos atendimentos referentes aos pequenos procedimentos cirúrgicos (Biopsias, Exerese e Excisão) realizados no setor de oncologia e ambulatório.
3 – Executar Produção via sistema pelo SUS Bpa.	Executar e inserir as contas da produção ambulatorial no protocolo de destino do SUS Bpa.
4 - Verificação de FPO.	Verificar se as quantidades estão dentro da folha orçamentária, caso não esteja, solicitar nova programação para competência.
5 - Exporta protocolo via sistema pelo SUS Unificado	Exportar os protocolos da competência do SUS Bpa para o Bpa Magnético.
6 – Receber fichas de anestesias do setor de imagem.	Protocola ficha de ato anestésico realizados em regime ambulatorial na imagem.
7 - Faturar as fichas anestésicas.	Preencher o código de procedimento de todos os procedimentos realizados no âmbito ambulatorial, identificando-os grupos e sub-grupos até o 10º dia útil de cada mês.
8- Receber produção do laboratório	Receber mensalmente a produção do laboratório com todos os procedimentos realizados em regime ambulatorial.
9 - Digitação dos procedimentos ambulatoriais.	Inserir via sistema Bpa Mag todos os pacientes que realizaram procedimentos ambulatoriais
10 – Prévia dos valores dos sistemas ambulatórios.	Avaliar a prévia dos valores da produção ambulatorial, verificando possíveis erros e identificando soluções.
11 – Solicitação de acesso ao SCPA.	Solicitar em formulário web os dados do profissional de saúde para gestor estadual com todos dados obrigatórios, cartão SUS, e-mail institucional ou pessoal, nome, CPF, País, sexo, Órgão ou Unidade, cargo, Estado, município, endereço completo, telefone da unidade e ramal do setor e senha de acesso. Após solicitação de cadastro ao sistema, solicitar acesso aos sistemas disponíveis para estabelecimento, escolher a opção solicita acesso aos sistemas, escolher o sistema desejado (SISCAN) e perfil desejado PSA –

	Prestador de serviço Administrativo ou Máster Administrativo Técnico e avançar para o filtro de detalhamento de esfera, escolhendo o País, Estado, Regional de Saúde (9º Regional) e Estabelecimento de Saúde.
12 – Acesso ao sistema Siscan Web.	Entrar no módulo Siscan Web, na ferramenta gerenciar exame e pesquisar unidade de saúde solicitante pelo CNES, em seguida escolher o tipo de exame a ser realizado (Mamografia), escolher a tela dará o numero do exame, protocolo e prontuário todas as requisições das unidades de saúde vinculadas ao hospital ou se caso for paciente interno escolher a opção novo, para cadastramento dos dados do paciente para solicitação de exame desejado. Os exames com resultados podem ser alterados a qualquer momento e exames liberados só podem ser alterados antes do encerramento da competência e após autorização da unidade de saúde solicitante, através de um destravamento do laudo para incluir resultado qualquer profissional do prestador de serviço pode realizar. Após passo a passo preencher todos os campos obrigatórios do laudo do exame e liberar para impressão assinatura do médico radiologista.
13 – Encerrar Competência de Exportação do banco do Siscan.	Localiza a função exame, selecionar encerrar competência e gerar arquivo de produção de Bpa Individualizado para o SIA.
14 – Download do banco de produção do Siscan.	Gerar download do arquivo de produção, protocolo de entrega e prévia do encerramento de competência.
15 – Backup dos sistemas.	Realizar backup de todos os sistemas de informações mensalmente após exportação de dados.
16 – Envio da produção dos sistemas Bpa e Siscan.	Exportação das informações ambulatoriais para o SIA/DSA/DAS/DDASS/SESPA via CD-R ou Email e protocolo de envio até o 10º dia útil de cada mês.

REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SCNES

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Colher informações cadastrais do corpo clínico para o CNES.	Atualizar mensalmente os profissionais que saíram ou entraram no quadro clínico do hospital até o 1º dia útil de cada mês.
2 – Receber mensalmente Ficha de cadastro de profissional.	Receber ficha de profissionais de ensino médio, superior e residência multiprofissional conforme cronograma de admissão. Todas as fichas devem está devidamente preenchida conforme os campos demarcados na ficha.

3 – colher informações cadastrais de instalação física para assistência.	Atualizar a infra-estrutura do estabelecimento de saúde, (consultórios médicos, sala de gesso, leitos, etc.).
4 – serviços de apoio.	São serviços de suporte para funcionamento dos setores.
5 – serviços especializados.	Atualizações dos serviços ambulatoriais diagnósticos e terapêuticos, e sistema de serviços hospitalares oferecidos pela instituição até o 1º dia útil de cada mês.
6 – módulo de leitos.	É feita a atualização, inclusão e retirada de leitos no estabelecimento até o 1º dia útil de cada mês.
7 – serviços de habilitações.	Atualizar mensalmente serviços de alta complexidade conforme habilitação credenciada pela secretaria de atenção a saúde – SAS até o 1º dia útil de cada mês
8 - Atualizações de carga horária.	Atualizar mensalmente carga horária de médicos prestadores de serviço conforme ultrapassada as 66 horas semanais até o 1º dia útil de cada mês.
9 – Atualizar cartão nacional de saúde de profissional.	Atualizar mensalmente CNS de todos profissionais que estão vinculados com o estabelecimento de saúde executante via oline até o 1º dia útil de cada mês.
10 – Atualizar Profissionais com Carga Horária superior acima de 168 h	Atualizar mensalmente arquivo de carga horária de trabalho dos profissionais de saúde que estão superior a 168 horas na rede pública e privada.
11 – Atualizar Profissionais com mais de 2 vínculos públicos.	Atualizar mensalmente arquivo de carga de profissionais com mais de 2 vínculos públicos na rede.
12 – Atualizar Profissionais com mais de 5 vínculos privados	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de profissionais com mais de 5 vínculos privados na rede.
13 - Atualizar CRM de Profissionais	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de CRM do profissional que se encontra lotado no estabelecimento, para compatibilizar registro com situação cadastral.
14 – Atualizar Profissionais ESF em de estabelecimentos.	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de profissionais da saúde família que estão em mais de 3 estabelecimentos.
15– Atualizar estabelecimentos Notificantes	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de estabelecimentos notificantes.

16 – Atualizar equipes validas Brasil	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de equipes válidas do Brasil.
17 – Atualizar Profissionais equipe Brasil	Atualizar mensalmente o arquivo de carga de profissionais de equipes do Brasil.
18- Atualizar Municípios Brasil/Incentivo e Adesão Municipal	Atualiza mensalmente o arquivo de carga de municípios Brasil / Incentivo e Adesão Municipal para acompanhamento Físico Orçamentário do estabelecimento.
19 – Advertência do sistema.	Realizar advertência no sistema conforme dados informados para identificação de futuros erros na base dados do estabelecimento cadastrado até o 1º dia útil de cada mês.
20 – Consistências do Sistema	Realiza consistência do sistema com intuito de verificar se há condições de exportação dos dados cadastrados para gestor estadual mensalmente.
21 - Advertência do Sistema	Realiza advertência do sistema para gerar relatório de erros criados pelo sistema.
22 – Exportação do Sistema	Exportar banco de dados contento a base do estabelecimento de saúde para o gestor estadual para atualização na base federal do Datasus até o 5º dia útil de cada mês.

FATURAMENTO E CONTROLE DE MATERIAL DE ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM)

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 - Separar Material de OPM para cirurgia.	O material é separado conforme aviso cirúrgico e mapa, verificando se o material está completo e estéril para utilização. Caso não tenha em estoque é avisado ao médico para conduta de realização ou não do procedimento com o material disponível.
2 - Conferir Matérias de OPM pré e pós-procedimento.	Momento antes da realização da cirurgia é verificar in loco a caixa de opm a ser utilizada conforme etiqueta de controle de entrega. Ao término do procedimento verificado novamente, compatibilizando etiqueta e o ato cirúrgico realizado. Após conferência da caixa, levar para o expurgo para recolhimento pelo CME, em seguida é elaborado o pedido no nome do paciente e impresso para recolhimento de assinatura com carimbo do médico cirurgião responsável para envio via e-mail para o fornecedor.
3 – Receber Material de OPM do Fornecedor.	Recebimento de material de OPM no setor de almoxarifado no horário acordado com o fornecedor compatibilizando com o pedido em relação à quantidade, nome do paciente e médico solicitante.
4 - Reposição de Material de OPM.	Após recebimento de OPM, se dirigir ao CME para realização de reposição de materiais que foram repostos pelo fornecedor e caso haja faltas na caixa descreve o item pendente e colocar ao lado de fora da

	caixa, após 72 horas do envio do pedido é emitido à nota fiscal via e-mail e impresso três vias, onde a 1º para contabilidade, 2º para setor de faturamento hospitalar e 3º para o consignado, todas as notas devem conter solicitação do pedido devidamente assinada pelo médico.
5 – Identificar material de consignado em AIH.	Identificar nas Aih's se foi utilizado material de opm dos seguintes grupos; Opm em Ortopedia, em assistência cardiovascular, comuns, urologia, oftálmicas, reparador/plástica, otorrinolaringologia, nefrologia, queimados e transplante no ato cirúrgico, e separá-las para recebimento de notas fiscais para anexo.
6 – Receber notas fiscais de material consignado.	Receber todas as notas fiscais referentes ao material utilizado nos procedimentos cirúrgicos logo que disponível no estabelecimento.
7 – Receber notas fiscais de material de uso.	Receber todas as notas fiscais referentes ao material utilizado nos procedimentos de acesso venoso para administração de quimioterapicos que foram realizados no âmbito hospitalar.
8 - Inserir em Planilha notas fiscais recebidas	Alimentar planilha conforme ordem de material por especialidade e fornecedor com os seus respectivos campos para controle de entrada e saída.
9 – Análise de notas.	Verificar se a nota contempla todos os dados obrigatórios para processamento, como: Nome do paciente, data da cirurgia, médico solicitante e conselho, código de matéria SUS, quantidade utilizada, valor unitário, valor total, CNPJ da empresa fornecedora, numero da nota fiscal e Pedido de compra assinada pelo médico responsável.
10 – Compatibilidade de material de OPM.	Verificar a utilização de OPM relacionadas ao ato cirúrgico deve ser observado às compatibilidades entre procedimento principal e OPM, o limite das quantidades máximas estabelecidas para cada produto constante no SIGTAP.
11 – Verificar registro de fornecedores de OPM e cadastro na ANVISA.	Verificar se as órteses, próteses e materiais especiais para serem comercializadas têm que possuir registro na ANVISA, publicados em Diário Oficial da União e por meio do txt gerado no site http://cnes.datasus.gov.br/. Aquisição das órteses, próteses e materiais especiais são de inteira responsabilidade dos hospitais ou gestores, devendo obrigatoriamente ser observadas as normas vigentes da ANVISA relacionadas às boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos. A cada competência o SIHD/SUS obriga a importação da Tabela de Fornecedores Cadastrados na ANVISA antes do processamento das AIH e faz o batimento com o CNPJ informado na AIH. O fornecedor não constando deste arquivo da ANVISA, o sistema permite o registro da OPM e a AIH é rejeitada. O objetivo de registro da Nota Fiscal e CNPJ do fornecedor é permitir o rastreamento do material utilizado naquele paciente, em casos de problemas decorrentes do uso de OPM, como por exemplo, as metaloses. Em caso de implantes de produtos radiopacos, é importante

	o controle radiológico pré e pós-operatório, com a identificação do paciente.
12 – Inserir OPM via sistema.	Cada procedimento informado deve ser registrado nas linhas imediatamente abaixo com as OPM correspondentes. Só registrar o código da segunda cirurgia quando encerrar todas as OPM da primeira cirurgia e assim sucessivamente. Se não for obedecida esta lógica, há rejeição da AIH. As OPM são pagas integralmente para todas as cirurgias.
13 - Consistência via sistema.	O sistema fará consistência dos materiais de OPM com os procedimentos realizados no âmbito hospitalar, caso o procedimento identifique algum erro emitira um relatório de erro.

ATUALIZAÇÕES DE SISTEMAS SUS E INSTITUCIONAIS

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Atualização do Sigtap.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas da tabela no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download. jsp para atualização de versão obrigatória do banco da tabela de procedimentos e sistema da competência corrente.
2 – Atualização do Bpa Magnético.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do sistema Bpa Magnético no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) site: http://sia.datasus.gov.br/versao/listar_ftp_bpa.php para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
3 – Atualização do CNES.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do CNES no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://cnes.datasus.gov.br/ para atualização de versão e arquivos obrigatórios da competência corrente.
4 – Atualizações do SISMAMA	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do SISMAMA no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=02 para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
5 – Atualizações da Apac Mag.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas da APAC Magnética no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://sia.datasus.gov.br/versao/listar_ftp_apac.php para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
6 – Atualizações do SISAIH	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do SIAIH no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site:

	http://sihd.datasus.gov.br/versao/versao_sisaih01.php para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
7 – Atualização do Modulo Autorizador.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do Módulo Autorizador no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://sihd.datasus.gov.br/versao/versao_autorizador.php para atualização de versão obrigatória da competência corrente.
8 –Atualização do banco de tabelas do Bpa e Apac's.	Verificar mensalmente se há versões novas disponibilizadas do BDSIA no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*) no site: http://sia.datasus.gov.br/versao/listar_ftp_sia.php para atualização e carga nos sistemas BPA e Apac da competência corrente.
9 – Atualizações da base de carga SUS Unificado	Importar carga de tabelas e versões novas na base do gerenciamento da função SUS Unificado do sistema Sistema dos sistemas SISAIH, BPA, APAC E SIGTAP para processamento dos sistemas de informações de faturamento. Obs: Todas as atualizações devem ser importadas quando lançada uma nova versão no site do DATASUS.

SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA E REPRESENTAÇÃO AIH

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Registro de solicitação de Liberação de CBO	Solicitar liberação por Aih, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar aih's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs: Caso o CBO informado na produção seja diferente do que está definido no SIGTAP do procedimento realizado, solicitar liberação de critica no SISAIH01 OU SUSAIH.
2 – Registro de solicitação de Liberação de CNS	Solicitar liberação por Aih, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar aih's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs: Quando o cartão nacional de saúde do paciente não estiver preenchido e o caráter de atendimento variar de 02 à 06, a solicitação de liberação de CNS deverá ser informada no SISAIH01 OU SUSAIH.
3 - Registro de solicitação de Liberação de Idade Maior ou Menor	Solicitar liberação por Aih, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar AIH's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs:Os procedimentos que determinam idade maior ou menor, mas que de fato ocorreram em idade diferente, deve-se solicitar liberação de critica informando no SISAIH01 OU SUSAIH.

4 - Registro de solicitação de Liberação de Quantidade Máxima	Solicitar liberação por Aih, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar aih's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs: Esta liberação de crítica está restrita aos procedimentos que tem o atributo complementar "Admite liberação de quantidade na AIH" no SIGTAP. Observar quais procedimentos pode ser liberado por quantidade e informado no SISAIH01 OU SUSAIH.
5 - Registro de solicitação de Liberação de Telefone	Solicitar liberação por Aih, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar aih's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Obs: É obrigatório o preenchimento do telefone, caso não tenha solicitar liberação no sistema.
6 - Registro de solicitação de Liberação de Tempo de Permanência	Solicitar liberação por Aih, após consistência do banco de dados de processamento. Identificar aih's com item solicitação e repassar ao Gestor para formulação de documento oficial. Procedimentos com quantidade de dias inferior ao previsto no SIGTAP são rejeitados por motivo de permanência menor em número de dias (menos de 50% dos dias previstos) do que o definido na tabela de procedimentos, mas houve alta precoce do paciente, pode se solicitar liberação de critica no sistema SISAIH01 OU SUSAIH.
7 – Solicitação de Aih's Bloqueadas para Análise do Gestor	Solicitar liberação de crítica do processamento de faturamento, ocorrido na prestação de serviço Hospitalares pelos motivos citados acima, por da auditoria SUS/DOCA/9ºCRS via documento oficial datado e assinado pelo auditor médico autorizador solicitando liberação dos intens, 1,2,3,4,5 e 6 concomitante aos demais bloqueios abaixo; Quando houver mais de uma AIH para o mesmo paciente, que pode ser por emissão de nova AIH em paciente internado ou reinternação, quer seja no mesmo estabelecimento ou em outro estabelecimento, que possuam períodos de internação sobrepostos ou data de entrada em até 3 dias a partir da data de saída da AIH anterior o gestor pode liberá-las ou não para processamento.
8 – Liberação e representação de bloqueio do Gestor.	As AIH bloqueadas, após a análise e recomendação do gestor, serão liberadas pelo serviço (obrigatório), para serem desbloquedas para processamento quando permitido, após a correção das informações.. Essas AIH, quando reapresentadas, estarão identificadas como "BLOQUEADAS EM PROCESSAMENTO ANTERIOR" cabendo ao gestor uma nova análise e liberação, quando indicada.

	Representar todas Aih's bloqueadas em competência anterior, para apresentação seguinte, conforme fluxo do Gestor.

AUDITORIA MÉDICA SUS

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1- Exportação de protocolo de Aih's do SUSAIH	Consistir protocolo fechado do SUSAIH para verificação de erros, após exportar banco para importação no Sistema SISAIH.
2- Emissão de relatório dos laudos de solicitação de Aih's.	Após exportação do protocolo de contas médicas, acessar a função gestão autorização SUS no relatório Cate 00191, selecionar lote, tipo lote e unidade de internação. Visualizar e imprimir relação dos dados das contas processadas na competência corrente, anexar lista no bloco de Aih's conforme ordem alfabética.
3 – Envio de remessa de Aih para Auditoria SUS.	Envio de remessa de Aih´s via oficio e lista contendo, quantidade de laudos total, laudos por clínica, nome do paciente, numero de prontuário, procedimento realizado, CID e Médico responsável.
4 – Recebimento de remessas de AIH do faturamento	Conferir juntamente com setor de Auditoria SUS todos os laudos de Aih's entregues conforme protocolo. Obs: Realizar a mesma atividade no retorno das contas autorizadas.
5 – Autorizações de Aih's	Analisar tecnicamente os protocolos clínicos locais e nacionais avaliando a internação solicitada dos laudos para emissão de AIH e permitir ou não aquela autorização ou aquele procedimento realizado no paciente na unidade executante. Inserir a partir do sistema módulo autorizador todas as Aih's autorizadas pelo auditor e imprimir etiquetas com a numeração de Aih com 13 dígitos e incluindo seu dígito verificador e anexar nas contas médicas. Obs: O gestor deve remeter todas as Aih's autorizadas para hospital solicitante, caso haja bloqueio de conta, o auditor deve remeter relatório analítico das Aih's bloqueadas e o motivo para avaliação e correção. Todas as Aih's devem está assinadas e carimbadas pelo médico auditor
6 – Emissão de relatório do modulo autorizador	Enviar relatório de AIHS autorizadas para o setor de faturamento para inserir numero de faixas em SISAIH OU SUSAIH.
7 – Recebimento de Aih's	Verificar junto ao setor de Auditoria SUS, se todas Aih's e chekin's autorizadores estão devidamente assinadas pelo Médico Autorizador Verificar se todas as contas médicas foram reenviadas conforme protocolo Cate00191.

8 – Inserir numero de faixas de Aih's	Preencher número de Aih's sem numeração vinculadas ao processamento corrente, compatibilizando número de prontuário, data de internação e data de saída no sistemas SISAIH. Obs: Observar atentamente os números de prontuários e faixas de aih's para evitando erros de cadastro.
9 – Substituição de faixa de aih definitiva no SUSAIH	Acessar remessa de Aih's função (Protocolo), selecionar conta do paciente, clicar com o botão direito e substituir nº de atendimento pela faixa de Aih definitiva, referente à competência corrente.

ACESSO AO PRONTUÁRIO

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Solicitação pelo próprio paciente	O prontuário pertence ao paciente, portanto é um direito do paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren, etc.), podendo, inclusive, solicitar cópias do mesmo.
2 - Solicitações por familiares e/ou do responsável legal do paciente.	Quando da solicitação do responsável legal pelo paciente – sendo este menor ou incapaz – o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas. No caso de ter havido óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a "causa morte". Em qualquer caso, o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é documento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou. Os laudos médicos emitidos a partir das informações constantes do prontuário do paciente não podem ser registrados facultando-se, porém, a critérios da entidade, a cobrança das xerocópias quando fornecidas por ela.
3 – Solicitação por outras entidades.	Salvo com autorização expressa do paciente é vedado ao médico fornecer tais informações, (Artigo 102 do CEM), salvo por justa causa, isto é, quando diante de um estado extremo de necessidade. Haverá justa causa quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outro. O acesso ao prontuário pelo médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que ele tem atribuição de perito para analisar a cobrança dos serviços prestados, cabendo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e registrados, tendo, inclusive, o direito de

	examinar o paciente para confrontar o descrito no prontuário. Esse acesso deve ocorrer dentro das dependências da instituição de assistência à saúde responsável por sua posse e guarda. O hospital não pode ser obrigado, a qualquer título, a enviar os prontuários para qualquer instituição pública ou privada (Resolução CFM n.º 1614/2001).
4 – Solicitação do prontuário do paciente por autoridades policiais ou judiciárias	Com relação ao pedido de cópia do prontuário por Autoridades Policiais e/ou Judiciárias por "justa causa" ou implicando em "dever legal" ou por autorização expressa do paciente, o médico está liberado do segredo. No entanto, o segredo médico também não deve ser revelado para autoridade judiciária ou policial. Não há disposição legal que respalde ordens desta natureza. De acordo com o entendimento do Supremo Tribunal Federal no "Habeas Corpus" n.º 39308 de São Paulo, cuja ementa é a seguinte: "Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais." Por força do sigilo, as informações contidas no prontuário do paciente alcançam todos os profissionais e pessoas afins que, por dever de ofício, tenham acesso ao prontuário. O médico não está obrigado a comunicar às autoridades crime pelo qual seu paciente possa ser processado. O dever de manutenção do segredo médico decorre de necessidade do paciente em confiar em ter que confiar, irrestritamente no médico, para que o tratamento se estabeleça da melhor forma e com o menor agravo à saúde. Neste sentido, o médico não pode revelar à autoridade, por exemplo, um aborto criminoso, posto que isso pode ser considerado procedimento criminal contra a sua paciente.
5 – Liberação de Prontuário nos itens 1,2,3 e 4.	Verificar se a solicitação é pertencente ao usuário ou órgão competente, mediante oficio, liberar prontuário perante Guia de Solicitação e Autorização da Diretoria Técnica. Obs: Caso o prontuário esteja no setor de faturamento em processamento corrente, o mesmo deve ser disponibilizado ao setor de spp para disponibilização de copia conforme fluxo.
6 – Solicitação de Prontuário da equipe multiprofissional.	Solicitação de prontuário do paciente para equipe multiprofissional para acompanhamento do tratamento.
7 – Solicitação de Prontuário para estudo de ensino e pesquisa	Solicitação de prontuário do paciente para estudo de ensino e pesquisa perante projeto autorizado pela Diretoria da área, Direção Técnica e gestor do setor. **NOTA 1**: Antes da realização da pesquisa, a DEP encaminhará CI apresentando os pesquisadores ao Gestor da área;

	NOTA 2: Mediante autorização, o gestor do setor é quem organizará o fluxo da coleta de dados conjuntamente com os pesquisadores; **NOTA 3**: Para ensino e pesquisa não é necessário o preenchimento da Guia de Solicitação de Autorização , visto que a pesquisa só será realizada mediante parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, o qual ficará sob a responsabilidade da DEP.
8 – Empréstimo de Prontuário para equipe multiprofissional.	Protocolar prontuário do paciente, com os seguintes, itens: Nome do paciente, prontuário, Setor solicitante, Assinatura legível e Data de empréstimo.
9 – Devolução de Prontuário.	Devolver prontuário conforme com assinatura e data.

VERIFICAÇÃO DE CARTÃO SUS

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 – Verificar validade de Cartão SUS.	Verificar dígito verificador de 15 (Quinze) números do CNS do usuário ao informar nos sistemas de informações com intuito de validar a ordem e importar se há cartão já cadastrado na base do sistema.
2 – Consultar dados na base Nacional.	Verificar no portal nacional do Cartão SUS https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb/ dados dos usuários com incompatibilidade de número e dados complementares cadastrados no sistema de gestão sistema.
3 – Cadastrar e Alterar de Dados do Usuário.	Emitir CNS ou alterar dados do usuário junto ao portal do Cadweb verificando campos obrigatórios.
4 – Alterar número de CNS nos demais sistemas de gestão e faturamento.	Ao finalizar ou alterar o cadastro de um novo registro deve ser informado o numero do CNS em ambos os sistemas de processamento de faturamento e gestão do estabelecimento.
5 – Emitir relatório de cadastros de numero de cartões errados a gestão setorial.	Emitir relatório de cartões informados errados e usuário que o fizeram a gestão setorial mensalmente.
6 – Cadastro de novo operador.	Cadastrar operador via site https://cadastro.saude.gov.br para acesso do sistema cadweb para emissão de cartão nacional de saúde.

Elaborado por: Supervisor Faturamento	Verificado por: NQG	Aprovado por: Gerente Administrativo/ Apoio	Data elaboração: XX/ XX/ XXXX	Data revisão: XX/ XX/ XXXX

1.4.2 Proposta de manual de rotinas para administração financeira

MANUAL ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Sumário

Gestão Administrativa Financeira 1
Setor de Recrutamento e Seleção 2
Setor de Departamento de Pessoal 2
Setor Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina de Trabalho (SESMT) 2
Setor Financeiro 2
Setor Contabilidade e Custos 2
Serviço de Coordenação de Logística 3
Setor de Compras 3
Setor de Almoxarifado 3
Setor de Farmácia 3
Setor de Documentações, Contratos e Comissões 5
Setor do Faturamento 5
Política de Gestão De Pessoas 5
Contratação e Transferências 6
Treinamento, Competência, Qualificação e Conscientização 6
Ambiente de Trabalho 6
Adiantamento de salário 7
Plano de Contingência 7
Controle e Manutenção de Patrimônios 8
Gestão de Compras 8
Sistemática de Aquisição 8
Sistemática de Recebimento, Armazenamento e Distribuição 9
Preservação de Produtos 9
Política de Gestão de Contratados 9
Gestão da Infraestrutura para Prestação de Serviços 9

Considerações Gerais 10

Gestão Administrativa Financeira

Cumprir e executar todas as determinações do Manual de Gestão, substituir o Diretor Geral em seus impedimentos, dentro dos limites de delegação fixados. Preparar o expediente, as informações diárias e mensais e compilar os dados de que o Diretor Geral necessite para a tomada de decisões.

Setor de Recrutamento e Seleção

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente ao Gestor Administrativo, estruturado para a plena consecução dos objetivos do serviço. Sua participação e a aplicação está diretamente ligada ao recrutamento e seleção de pessoas, considerando sempre as necessidades organizacionais para captação de profissionais com competências mais adequadas ao exercício de determinada função no serviço.

Setor de Departamento de Pessoal

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente Gestor Administrativo, estruturado para a plena consecução do objetivos do serviço. Cuida exclusivamente das admissões, do pagamento e das demissões da mão de obra do serviço, de acordo com a legislação trabalhista vigente.

Setor Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina de Trabalho (SESMT)

Este setor tem a finalidade de promover saúde e segurança ao colaborador no local de trabalho, realizando um monitoramento contínuo sobre as condições e de como são desenvolvidas as atividades, podendo assim aplicar medidas de proteção aos colaboradores. Terá como responsáveis profissionais devidamente qualificados, subordinados diretamente a Gestão de Pessoas, seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

Setor Financeiro

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente Gestor Administrativo, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. É responsável pela administração de recursos financeiros que tem por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade.

Setor Contabilidade e Custos

Este setor terá como responsável profissional contabilista qualificado, subordinado diretamente ao Gestor Administrativo, estruturado para a plena consecução dos objetivos do Hospital. Responsável por todas as movimentações possíveis de mensuração monetária e por todos os coeficientes de rateio dos serviços, setores e produtos comuns a todo Hospital, que registrados contabilmente, em seguida, em forma de relatórios (demonstrações financeiras), demonstrarão o resultado econômico decorrente da gestão da riqueza patrimonial, subsidiando os gestores com informações úteis.

Serviço de Coordenação de Logística

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente ao Gestor Administrativo, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do serviço. Coordenará todos os materiais que são entendidos como o conjunto de recursos não-humanos e não-financeiros, que engloba, portanto, materiais de consumo, matérias-primas, medicamentos, gêneros alimentícios, oxigênio, materiais importados, produtos em trânsitos, produtos em processos, produtos acabados, materiais auxiliares, consignações e até ativos fixos, envolvendo assim todos os recursos patrimoniais conforme processo monitorado pela Central de Suprimentos

Setor de Compras

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado ao Gestor Administrativo, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do serviço. Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando parceria com o departamento de Compras. O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Setor de Almoxarifado

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente ao Gestor Administrativo, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do serviço. O Almoxarifado tem a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos adquiridos pelo serviço, assim como exercer o correto armazenamento, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz. O Almoxarifado deve manter um contado direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento do serviço, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

Setor de Farmácia

Este setor terá como responsável profissional farmacêutico qualificado, subordinado diretamente a ao Gestor Administrativo, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos do serviço. Atuará como um importante centro de distribuição e controle de medicações, bem como a prevenção e acompanhamentos de reações adversas com interação expressa com o corpo clínico e SCIH/CCIH, adotando mecanismos que garantam a rastreabilidade e integridade dos mesmos, além de atender a demanda dos serviços assistenciais em tempo hábil.

Setor de Documentações, Contratos e Comissões

O setor de documentações é subordinado à diretoria Administrativa Financeira, devendo auxiliar a diretoria em seus propósitos conforme solicitações, bem como gerenciar documentações legais e contratos da Instituição.

Setor do Faturamento

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a ao Gestor Administrativo, estruturado para a plena consecução dos objetivos do serviço, sua participação e a aplicação dos objetivos e metas a serem alcançadas é de extrema relevância no dia a dia do serviço. O Faturamento é responsável pelo processamento das faturas, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS.

Política de Gestão De Pessoas

O processo de gestão de pessoas é necessário para garantir a qualificação e as competências adequadas aos colaboradores que desenvolvem atividades que afetem a qualidade e a segurança dos serviços. Os subitens abaixo estão detalhadamente descritos em procedimento operacionais específicas do Departamento de Recursos Humanos.

O ser humano é o maior valor que o serviço possui. A política de gestão de pessoas praticada pela instituição é pautada nos valores organizacionais e desenvolvida através de uma série de ações específicas.

As ações de treinamento e desenvolvimento buscam atender às necessidades de capacitação e de desenvolvimento profissional das pessoas. As melhorias de desempenho são os indicadores dos resultados da política de treinamento.

O acompanhamento do desempenho humano, monitora os resultados obtidos em relação às metas pactuadas, constituindo uma estratégia voltada para o crescimento profissional dos integrantes do serviço.

Contratação e Transferências

Nas contratações ou transferências internas de profissionais, são sempre prospectados profissionais que melhor atendam à qualificação e a competência requerida para o cargo.

Dentro deste processo, o serviço atenderá a lei 8.213/91(PNE) com a contratação de portadores de necessidades especiais, propiciando oportunidades de qualificação e espaço junto às exigências do mercado de trabalho.

Treinamento, Competência, Qualificação e Conscientização

As necessidades de treinamento, competência e qualificação de todos os colaboradores, que executam atividades que influenciam a qualidade e a segurança do serviço, são identificadas para cada área e função onde estes estão alocados através das descrições de cargos.

A identificação destas necessidades é realizada através do Levantamento de Necessidade de Treinamento, realizada anualmente e são considerados os treinamentos obrigatórios para que os colaboradores possam desenvolver as suas atividades adequadamente, às necessidades do cargo e perfil do colaborador.

Ambiente de Trabalho

O ambiente de trabalho dos setores é monitorado periodicamente através do PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, de responsabilidade do setor de Segurança do Trabalho e Medicina Ocupacional, respectivamente.

Também como decorrência do PPRA, estudos dos riscos operacionais definem-se os Equipamentos de Proteção Individua/ Equipamentos de Proteção Coletiva adequados para a segurança do serviço. Na definição das restrições, cuidados operacionais e manipulações do SESMT avalia a necessidade, testa e implanta tais equipamentos de proteção, conforme descrito na Instrução de Trabalho do Departamento SESMT.

Nos setores onde existam fatores restritivos, como por exemplo: setor de radiologia, tais locais mantém todos os monitoramentos legais e adequados para garantir a efetiva operação, sem causar quaisquer danos aos colaboradores, usuários, clientes, comunidade em geral e ao meio ambiente.

Também são vitais para o ambiente de trabalho as condições de higiene, limpeza e assepsia dos locais, equipamentos e instrumentos. Os detalhes estão descritos nos Procedimentos específicos dos setores com validação da CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, quando necessário.

Adiantamento de salário

O serviço instituiu como política de adiantamentos aos colaboradores para os casos de doenças, viagens emergenciais e situações judiciais. Outras situações poderão ser consideradas, mediante avaliação das diretorias Geral e Gestão Administrativa Financeira.

A solicitação de adiantamento de salário deverá ser formalizada pelo colaborador junto à Diretoria de Área e/ ou ao setor de Recursos Humanos. Em seguida, a mesma deverá ser encaminha para a Gestão Administrativa Financeira e Diretoria Geral para validação, devendo respeitar as seguintes regras:

Valor de adiantamento: Até 70% do salário base; Parcelamento: Limite de três parcelas:

Desconto: Desconto máximo de 30% do salário base (mensal).

Todo fluxo de adiantamento deverá ser formalizado, contendo assinatura e carimbo dos aprovadores, bem como assegurar o gerenciamento dos pagamentos pelo setor financeiro.

Em casos de desligamento, o valor total do empréstimo faltante deverá ser descontado na rescisão.

Plano de Contingência

O serviço tem o compromisso de cumprir a sua missão, elaborando seu plano de contingência setorial visando garantir o atendimento aos usuários com maior segurança no caso de aparecimento de alguma falha em seus processos vitais.

Este documento tem o objetivo de descrever o conjunto de ações orientadas para planejar, organizar e melhorar a capacidade de resposta frente aos prováveis efeitos dos eventos adversos ao funcionamento das instalações e serviços da instituição.

Paralisações

Havendo ocorrências de paralisações aos serviços que onere direta/ indiretamente a assistência ao usuário, frente qualquer tipo de manifestação sindical/greve, causas externas, ligadas diretamente ao colaborador, serão tratadas, de imediato, tendo os seguintes passos:

- Avaliação da necessidade mínima de colaboradores para o funcionamento da unidade;
- Verificação de remanejamento interno das equipes;
- Convocação de colaboradores em folga/ outro plantão/ turno;
- Planejamento e acompanhamento diário dos impactos e necessidades para continuidade dos cuidados assistenciais;
- Comunicação e apoio às unidades de saúde de sua abrangência de referência;
- Comunicação o contratante;
- Comunicação aos órgãos públicos relacionados;
- Convocação de colaboradores de outras unidades de assistência à saúde.

Controle e Manutenção de Patrimônios

Patrimônio é definido como um conjunto de bens pertencente a uma pessoa física, a um conjunto de pessoas, como ocorre nas sociedades informais ou a uma sociedade ou instituição de qualquer natureza, independentemente da sua finalidade que pode ou não incluir o lucro. O essencial é que o patrimônio disponha de autonomia em relação aos demais patrimônios existentes, o que significa que a Entidade dele pode dispor livremente, claro que nos limites estabelecidos pela ordem jurídica e, sob certo aspecto da racionalidade econômica e administrativa.

Devem ser mantidos em bom estado, classificados em local adequado, conferidos por meio de inventário, identificando os bens ociosos, obsoletos ou inservíveis para fins de alienação e/ou doação dos bens.

Gestão de Compras

Para os produtos e serviços adquiridos que estão ligados direta e indiretamente nos resultados dos serviços prestados, onde existe sistemática de Seleção e Homologação de Fornecedores definida pelo departamento Compras.

Sistemática de Aquisição

Para esses produtos e serviços a aquisição somente pode ser realizada após a seleção dos fornecedores de acordo com critérios previamente estabelecidos pela Diretoria Geral e Diretoria da Sede Administrativa. A performance e/ou desempenho dos mesmos é monitorada periodicamente onde são tomadas às ações quando evidenciado o não atendimento aos requisitos.

Quando identificada à necessidade de aquisição de material hospitalar e medicamentos padronizados a área emite solicitação com a definição clara do produto a ser adquirido pelo serviço de Compras, o qual entra em contato com o solicitante em caso de dúvidas. Quando identificada a necessidade de aquisição de material hospitalar e medicamentos não padronizados, o solicitante emite solicitação de padronização com justificativa, encaminha para análise das Diretorias específicas e após aprovação envia para o serviço de Compras.

Sistemática de Recebimento, Armazenamento e Distribuição

Para os materiais adquiridos é feita uma verificação no ato do recebimento, quanto às condições gerais da documentação, avaliação das embalagens, apresentação, quantidades, documentação exigida, visando garantir que os itens recebidos sejam equivalentes aos itens comprados.

Preservação de Produtos

Durante o armazenamento de materiais, além do manuseio, são utilizados acessórios adequados que são identificados desde a sua origem até o seu destino.

Este sistema proporciona a proteção contra eventuais danos ou intercorrências resultantes do armazenamento ou manuseio inadequado, preservando assim a sua qualidade.

Os materiais utilizados durante as atividades técnicas da terapêutica são dispostos em locais apropriados, próximos aos postos de trabalho com o objetivo de minimizar o manuseio e a movimentação. O sistema de armazenamento, especificamente aplicado ao setor de estoque está detalhado na Instrução de Trabalho da Farmácia e Almoxarifado e SND, obedecendo ao sistema "FEFO – First-Expire, First-Out ou seja, Primeiro que Vence, Primeiro que Sai". As demais áreas determinadas para estocagem também são devidamente protegidas e organizadas, garantindo assim a qualidade do material e sua utilização dentro do prazo de validade, conforme Instrução de Trabalho do setor de Farmácia.

Política de Gestão de Contratados

Esta política tem como objetivo orientar, controlar e promover a gestão em relação aos contratos a serem firmado pelo serviço XXXXX e definir as responsabilidades dos profissionais envolvidos. Documento Código: XXXX.

Gestão da Infraestrutura para Prestação de Serviços

Os processos desenhados no Mapa de Processo fazem uso dos recursos básicos abaixo:

Finanças (Recursos Financeiros): São definidos e gerenciados conjuntamente pela Diretoria Geral e Diretoria Administrativa/Financeira em conformidade com o Contrato de Gestão, nas fases de planejamento de investimentos, análise crítica e no estabelecimento das metas de controle.

Qualquer necessidade além das referenciadas acima é comunicada a Diretoria de Operações para análise e provisão.

Considerações Gerais

Aqui seguem considerações que a Diretoria Geral do XXXXX primam para que todos os colaboradores, independente de cargo ou função, cumpram em suas prestações de serviços e produtos gerados dentro desta Instituição:

Casos omissos ou duvidosos serão resolvidos pela Diretoria Geral e/ou Diretoria de Operações.

O presente Manual Administrativo Financeiro revoga os anteriores e demais disposições contrárias ao mesmo e entrará em vigor na data da sua aprovação pela Diretoria de Operações e Geral do XXXXXXXX

Elaborado por: Supervisor Financeiro	Verificado por: NQG	Aprovado por: Gerente Administrativo/ Apoio	Data elaboração: XX/ XX/ XXXX	Data revisão: XX/ XX/ XXXX

1.4.3 Proposta de manual de rotinas administrativas para o almoxarifado e patrimônio

MANUAL DO ALMOXARIFADO

1.CONCEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS

A Administração de Materiais é a técnica da utilização de princípios e meios, através dos quais, fazemos render em plenitude, os equipamentos, as matérias primas, as ferramentas e os materiais, conseguindo sua devida conservação e controle.

A Administração de Materiais é um ramo da Administração que trata especificamente dos materiais do Hospital, para a produção de bens e serviços.

2. FINALIDADE

A Administração de Materiais no Hospital tem por finalidade assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender à demanda do mesmo, bem como, cuidar de todos os problemas relacionados à Materiais, fiscalizando, zelando e controlando, no sentido de garantir quantidade e qualidade no abastecimento e padrão no atendimento.

3. OBJETIVOS

- Reduzir os custos na aquisição;
- Racionalizar as técnicas de estocagem para reduzir o custo de manutenção;
- Reduzir os custos de reposição estabelecendo lotes de compras;
- Manter rotatividade dos estoques segundo o consumo médio mensal e capacidade para armazenamento;
- Reduzir os custos com a mão-de-obra, procurando a informatização dos dados
- Treinar, aperfeiçoar e qualificar o pessoal;
- Garantir o fornecimento contínuo dos materiais;
- Exigir a qualidade dos materiais a serem adquiridos;
- Cultivar boas relações com os fornecedores;
- Manter atualizado o cadastro de fornecedores por produtos e por fornecedores;
- Padronizar os materiais e medicamentos a serem utilizados;
- Prever o abastecimento periódico, de forma, a otimizar o atendimento aos setores/serviços;
- Maximizar o retorno, ou seja, proporcionar um retorno rápido e crescente de todo investimento feito em estoque;
- Centralizar as atividades de Materiais, possibilitando maior controle e eficiência, mais responsabilidade e harmonia, evitando duplicação de esforços e desperdícios de tempo.
- Definir claramente a responsabilidade de cada setor, de modo a disseminar a harmonia e a integração entre todos, evitando conflitos;
- Manipular fórmulas magistrais e soluções, dentro das possibilidades do Hospital;
- Implantar uma política de compras equilibrada, possibilitando maior reciprocidade entre Hospital/ Fornecedor e Fornecedor/Hospital;
- Planejar a aquisição de novos equipamentos e materiais, modernizando os serviços;
- Fazer previsão orçamentária, evitando assim o desequilíbrio das finanças do Hospital.

4. COMPETÊNCIA

Compete ao Serviço de Materiais:

- **Compras** - a competência do setor de compras refere-se à aquisição dos materiais necessários à operação do sistema produtivo do Hospital. Sua finalidade básica é manter fontes de suprimentos.
- **Recebimento e Conferência** - é uma operação que processa por ocasião do ato da entrega do material comprado, na qual são verificadas as indicações contidas nas notas fiscais (endereço/marca), em confrontação com o pedido de compras.
- **Armazenagem** - visa a utilização de técnicas de estocagem para salvaguardar os materiais de perigos de queda, deterioração, perda e outros. Assim, o armazenamento deve ser feito de conformidade com o tipo de material e com o tipo de recipiente adequado.
- **Controle** - a Administração de Materiais deve ser capaz de controlar os diversos tipos de materiais que devem realmente ser mantidos em estoque, o tempo em que deve ser reposto os estoques e a quantidade que devem ser adquiridos a fim de que não haja problemas de faltas ou excessos.
- **Distribuição -** a Administração de Materiais está ligada à entrega de mercadorias requisitadas pelo setores/serviços.

Almoxarifado

É o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento do Hospital.

a) Funções

- Recebimento dos materiais;
- Guarda ou estocagem;
- Controle;
- Distribuição ao setores/serviços requisitantes;
- Planejamento de quando e quanto comprar;
- Levantamento periódico dos estoques;
- Estabelecimento da quantidade máxima, mínima e do ponto de pedido.

b) Localização

O Almoxarifado hospitalar deverá estar localizado no pavimento térreo e o mais próximo possível da entrada destinada ao abastecimento do hospital em local arejado e dotado de claridade natural, com área livre de escadaria e de fácil acesso à entrada de mercadorias.

c) Área Física

A área destinada ao almoxarifado deverá ser prevista em, no mínimo, 0,80 a 1,20m^2 por leito e deve abranger:

- Local de recebimento e conferência dos materiais;
- Local de estocagem dotado de estrado, estantes simples e duplas;
- Local de distribuição dos materiais requisitados;
- Acesso externo coberto com marquise de proteção contra sol e chuva;
- Corredores internos com largura mínima de 0,80 cm e externos com largura mínima de 2,00m^2;
- Plataforma para descarga;
- Paredes de cor clara;
- Pisos e rampas com revestimento antiderrapante.

5. NORMAS ADMINISTRATIVAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

São normas comuns ao serviço de materiais:

- O horário de trabalho estabelecido, deverá ser cumprido;
- Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;
- As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
- As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;
- As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Diretor Administrativo;
- Os documentos inerentes ao Serviço de Materiais, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Direção.

São normas do setor de almoxarifado:

- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;
- A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;
- Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;
- Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

6. NORMAS TÉCNICAS DO SERVIÇO DE MATERIAIS

Normas técnicas para estocagem de gêneros:

- Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;
- A Despensa deverá ser equipada com estrados de madeira para a estocagem das sacarias;
- Os estrados deverão distar 0,40cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.
- Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de amiagem ou algodão;
- As prateleiras poderão ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;
- As prateleiras deverão distar 10cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;
- Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;
- Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;
- Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);
- Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível

e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;

- Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;
- Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;
- Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;
- As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

7.1 Normas Técnicas para Estocagem de Filmes e Papéis Fotográficos:

- A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;
- Deverão ser evitados locais próximos a caldeiras, condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;
- A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;
- Serão estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes:

A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;

Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;

Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

7.2 Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis:

A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;

Quando situada em edificação, deverá, ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;

Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;

Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

7.3 Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris:

Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;

Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;

Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

7.4 Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares:

Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;

As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;

Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

7.5 Normas Técnicas para Guarda de Sacarias:

Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)

Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas “armadas”;

Pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

7.6 ROTEIRO PARA O SERVIÇO DE MATERIAIS

Horário	**Atividade**	**Observação**
07:00	Pega o plantão	
07:15	Faz bandeja, o PS e devoluções.	
07:30	Devoluções de todos os setores.	

07:40	Reposições da noite, Clínica Médica, Clinica Cirúrgica, CTI, Pronto Socorro e Central de Materiais esterilizados.	
08:30	Realizar os pedidos de medicamentos.	
11:45	Almoço.	
12:00	Edificar.	
13:00	Faz pedido de alimentos e impressos.	
14:00	Pedidos do Centro Cirúrgico.	
15:00	Edificar.	
16:00	Faz novamente os pedidos do Pronto Socorro.	
17:00	Organiza os remédios.	
18:00	Fraciona os medicamentos.	

Roteiro: Movimentação Diária

Setor: Materiais.

Horário	**Atividade**	**Observação**
07:00	Cadastro de produtos novos.	
07:30	Entradas do dia	

08:00	Devoluções do dia.	
08:30	Lança as saídas.	
11:30	Arruma os produtos em seus lugares.	
12:00	Auxilia na Farmácia.	
15:30	Passa as notas fiscais para as planilhas.	
17:00	Encerra o expediente.	Obs.: Recebimento e conferência de mercadoria (07:00 às 17:00)

Roteiro: Coordenação de Materiais.

Setor: Materiais.

Horário	**Atividade**	**Observação**
07:00	Verifica o estoque.	
08:00	Carimba as Notas fiscais e lança no mapa de compras.	
08:30	Recebe cotações e verifica os melhores preços, e efetua compras.	
	Atende representantes.	Durante todo horário.

	Resolve problemas dos demais setores.	Durante todo horário.
13:00	Confere caixas de urgência.	Uma vez por semana.
15:00	Compras de urgência.	Qualquer horário.
	Verificação de estoques para compra.	
16:30	Envia fax para cotação.	

*Nota: Roteiro deve ser adaptado de acordo com a realidade da Instituição.

Elaborado por: Supervisor Almoxarifado	Verificado por: NQG	Aprovado por: Gerente Administrativo/ Apoio	Data elaboração: XX/ XX/ XXXX	Data revisão: XX/ XX/ XXXX

2. QUALIDADE OBJETIVA (F2)

2.1 COMISSÕES

2.1.1 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

A obrigatoriedade da implantação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuário está estabelecida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Com o aumento da complexidade dos serviços e os avanços técnicos e científicos na área da saúde, tornou-se essencial a avaliação contínua dos prontuários. A Comissão será composta por um grupo técnico de assessoria, estudo, análise, normatização e fiscalização, fornecendo diretamente subsídios técnicos à Diretoria do Hospital, com os seguintes objetivos principais:

- Estabelecer e recomendar normas para a elaboração e manutenção dos prontuários, garantindo o cumprimento dessas diretrizes;

- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais relacionadas à assistência, pesquisa e estatísticas do hospital;
- Realizar revisões e avaliações por amostragem dos prontuários, com o intuito de verificar o cumprimento das normas estabelecidas;
- Planejar e implementar ações necessárias para manter um padrão eficaz de qualidade na documentação médica;
- Oferecer apoio às demais comissões do hospital, contribuindo para o alcance dos objetivos comuns a todas as suas atribuições.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos e metas da CARP.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico Clínico	1	Profissional com formação em medicina, especialista em clinica médica e ou emergência, que atua na Instituição.
Médico Cirurgião	1	Profissional com formação em medicina, residência em áreas cirúrgicas e que atua na Instituição.
Enfermeiro	1	Profissional com formação em Enfermagem, na Instituição.
Administrativo	2	Profissional com formação em Administrativa (preferencialmente do Faturamento e SAME), que representa a Direção da Instituição.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Análise detalhada garantindo a precisão, a integridade e a conformidade dos prontuários da instituição
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e Registro das Atas.
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 03 meses, após inicio da gestão.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata do numero de prontuários analisados (em média 10% do total de prontuários), com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas e tratadas.

O funcionamento da CAVP ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

CAPITULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuário da XXXXXXXXXXXXXXX tem como atividade avaliar e promover a melhoria continua da qualidade de seus registros.

Art. 2º - Atender a Resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário do paciente/ cliente como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações 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.

Art. 3º - A Comissão de Revisão de Prontuário, tem por finalidade atender:

I. Estabelecer normas para estruturar, monitorar, avaliar a qualidade e promover ações de melhoria dos prontuários do paciente/ cliente;

II. Monitorar o cumprimento do artigo nº 69 previsto no código de Ética Médica o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste.

III. Estabelecer critérios para atender a da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante, bem como assegurar que estejam permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a eles pertinentes;

IV. Atender as Resoluções do CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define o prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde; Resolução CFM nº 1.639/2002 o qual Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre o tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

CAPITULO II - DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4° - Esta Comissão está diretamente ligada à Diretoria Administrativa da Unidade e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta Diretoria.

CAPITULO III
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel):

II. Identificação do paciente/ cliente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).

III. Anamnese: exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado.

IV. Evolução diária do paciente/ cliente: com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

V. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente/ cliente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. É obrigatório constar a assinatura e o respectivo número do CRM com a aposição do carimbo.

VI. Nos casos de emergências, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente/ cliente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

VII. Exigir que o médico elabore o prontuário para cada paciente/ cliente e que assiste, conforme previsto no artigo 69 do Código de Ética Médica.

VIII. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários.

IX. Recomendar formulários e sistemas bem como dar orientações para se obter um bom prontuário.

X. Rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatórios, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.

XI. Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário.

XII. Devolver os prontuários aos chefes de serviços e unidades para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso.

XIII. Verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar o Diretor Clínico sobre tais ocorrências.

CAPITULO IV - DA COMPOSIÇÃO:

Art. 5º - A composição mínima da comissão deverá ser membros Médicos, Administrativo, Serviço de Arquivo e Estatística e Enfermeiro. Poderá haver representantes de outros serviços e/ ou profissional da equipe multiprofissional.

Parágrafo único: Na vacância de uma vaga caberá ao Diretor Geral convidar e nomear em consenso com a Comissão um novo membro para ocupar a vaga.

CAPITULO V - DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO

Art. 6º - Os membros da Comissão de Revisão de Prontuário deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 7º - A eleição desta comissão se deu por Ato Administrativo e Nomeação de Membros em reunião de implantação da Comissão, com vigência indeterminada.

Art. 8º - A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Revisão de Prontuário será feita

imediatamente por indicação do Presidente em conjunto com a Diretoria Administrativa.

Art. 9º - Cabe aos membros da Comissão de Revisão de Prontuário a avaliação e metodologia da organização dos prontuários, bem como relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias nos processos, visando responsabilização, guarda e manuseio dos prontuários.

Art. 10º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Parágrafo único: Caberá mensalmente o envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo serviço de Comissões.

CAPITULO VI - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11º - A Comissão de Revisão de Prontuário será composta por Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membros Ordinários, com as seguintes atribuições:

Art. 12º - As atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Convocar e presidir as reuniões da Comissão.

II. Dirigir os trabalhos da Comissão.

III. Representar a Comissão perante a Diretoria, setores e órgãos competentes.

IV. Assinar toda a documentação da Comissão.

V. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros da Comissão.

Art. 13º - As atribuições do Vice-Presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 14º - Ao Secretário, atribuem-se:

I. Preparar os materiais necessários para as reuniões;

II. Comparecer às reuniões convocadas.

III. Registrar em atas todas as reuniões da Comissão e colher as assinaturas dos participantes.

IV. Cuidar do controle e arquivo dos documentos da Comissão.

V. Colaborar com os trabalhos da Comissão.

Art. 15º - Aos Membros Ordinários, atribuem-se:

I. Comparecer às reuniões convocadas.

II. Colaborar com os trabalhos da Comissão.

III. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.

IV. Divulgar as atividades e objetivos da Comissão de Revisão de Prontuários.

CAPÍTULO VII - DO FUNCIONAMENTO

Art. 16º – Os membros da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbito deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico, extraordinariamente, por convocação do Presidente ou por requerimento da maioria dos membros. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 17º – As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total de seus membros.

Art. 18º – Cada membro terá direito a um voto e os convidados não terão direito ao voto.

Art. 19º – Nas situações em que os membros da Comissão Revisão de Prontuário julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 20º - As reuniões deverão ser registradas em ata, assinadas e arquivadas pelo serviço de Comissões.

Parágrafo único - Na ausência do Presidente ou de seu Vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

CAPITULO VIII - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 21º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. Total de prontuários avaliados/ mês da Instituição;

II. Índice de prontuários incompletos;

Disposições gerais

Art. 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com a Direção Geral do Hospital.

Art. 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 24º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão foi composta na data de XX.XX.XXXX, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar o conteúdo de preenchimento e qualidade dos dados constantes nos prontuários de pacientes/ clientes.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

2.1.2 Comissão de Verificação de Óbitos

Ao compreendermos as causas e os processos que envolvem a ocorrência do óbito, tora-se fundamental o aprimoramento contínuo da qualidade da atenção e do cuidado prestado no ambiente hospitalar. Esse entendimento não só contribui para a melhoria dos processos assistenciais, mas também permite a otimização dos

registros hospitalares, com especial ênfase na atualização e qualidade dos prontuários dos pacientes. A Comissão de Óbitos, tem como missão à responsabilidade junto a Diretoria da Instituição, de analisar e entender a situações que originaram os óbitos, para que possa ser revisado os procedimentos e instituir e aprimoras as condutas adotadas pela equipe médica, além de garantir a precisão e qualidade das informações registradas nos atestados de óbito.

Atribuições:

- Analisar e emitir pareceres sobre os casos de óbito da Instituição e encaminhados à Comissão;
- Elaborar normas para a auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que evoluíram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários dos pacientes falecidos;
- Estabelecer normas e fiscalizar o correto registro e preenchimento dos atestados de óbito;
- Convocar o médico responsável pelo atestado de óbito sempre que houver informações conflitantes;
- Desenvolver orientações para melhorar a qualidade das informações nos prontuários de óbito;
- Comparar o diagnóstico pré-operatório com os resultados dos exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados das necropsias, incluindo as realizadas pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO).

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos e metas da CVO.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico Clínico	1	Profissional com formação em medicina, especialista em clinica médica e ou emergência, que atua na Instituição.
Médico Cirurgião	1	Profissional com formação em medicina, residência em áreas cirúrgicas e que atua na Instituição.
Enfermeiro	1	Profissional com formação em Enfermagem, na Instituição.
Administrativo	1	Profissional com formação em Administrativa (preferencialmente do Faturamento e SAME), que representa a Direção da Instituição.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Análise detalhada das causas e circunstâncias do óbito, se os procedimentos seguidos foram éticos, legais e adequados.
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas em atas, formulários de análise e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 03 meses, após inicio da gestão e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados..
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata do numero de óbitos analisados (em média 80% do total de óbitos), com registro das conclusões e ações.

O funcionamento da CVO ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

CAPITULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Óbito do XXXXXXXXXXXX tem como atividade avaliar as condições e causas mortis de seus obtidos, bem como promover a melhoria continua da qualidade de seus registros.

Art. 2º - A Comissão de Revisão de Óbito, tem por finalidade atender:

I. Atender a orientação do CRM a Resolução CFM n.1897 de 17 de abril de 2009 encontrando maior especificidade na Resolução CREMESP n.114 de 01 de março de 2005.

II. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade informações dos atestados de óbitos.

III. Buscar continuamente a melhoria do processo diagnostico e terapêutico através de análise crítica dos óbitos ocorridos e como documento ético profissional.

IV. Manter fonte de dados estatísticos, para identificação do perfil epidemiológico regional e contribuir com o banco de dados do DATASUS – SIM (Serviço de Informação sobre Mortalidade).

CAPITULO II - DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 3° - Esta Comissão está diretamente ligada à XXXXXXXXX da Unidade e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta XXXXX.

CAPITULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - São atribuições da Comissão de Revisão de Óbito;

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados.

II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.

III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.

IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos.

V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.

VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações de óbito nos prontuários.

VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anátomo patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade).

VIII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).

IX. Zelar pelo sigilo ético das informações.

X. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

XI. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

XII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

XIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

XIV. Identificar os óbitos evitáveis como eventos sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;

XV. Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar.

XVI. Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessária para a redução da mortalidade infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis;

XVII. Elaborar relatório analítico semestral/anualmente e encaminhar Diretor Administrativa nos diversos níveis da assistência.

CAPITULO III - DA COMPOSIÇÃO:

Art. 5º - A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição. Poderá haver representantes de outros serviços e/ ou especialidades médicas.

Parágrafo único: Na vacância de uma vaga caberá ao XXXXXX convidar e nomear em consenso com a Comissão um novo membro para ocupar a vaga.

CAPITULO IV - DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO

Art. 6º - Todo óbito ocorrido na Instituição, deverá ser registrado no sistema informatizado (MV) ao ser liberado o corpo (seja para serviço funerário, SVO ou IML) pela Enfermeira responsável do setor, contendo nome do paciente/ cliente, data e hora do óbito e Unidade de Internação.

Art. 7º - Os registros deverão ser encaminhados mensalmente ao serviço de Comissões.

Art. 8º - Os prontuários deverão serem analisados em até 48 horas após ocorrido o óbito, devendo o mesmo permanecer no setor até concluído a revisão;

Art. 9º - A Comissão de Revisão de Óbito deverá averiguar em que condições se deu o óbito, verificar se o atendimento prestado pelo Médico e Enfermagem estavam adequados, assim como toda a assistência oferecida durante todo o período de internação.

Art. 9º - A Comissão de Revisão de Óbito poderá solicitar formalmente o prontuário, se necessário para a coleta de informações com os próprios envolvidos no referido atendimento.

Art. 10º - Avaliar o preenchimento da Declaração de Óbito pelo Médico e quando necessário orientar sobre o correto preenchimento. Desta avaliação deverá ser emitido um relatório em formulário próprio com os dados específicos.

Art. 10º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 11º - Após cada reunião, a Comissão deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem e Diretoria Administrativa da Instituição.

Art. 12º - A eleição desta comissão se deu por voto em reunião de nomeação e tem vigência de 24 meses a contar desta data

Parágrafo único: Caberá mensalmente o envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo serviço de Comissões.

CAPITULO V - DA COMPOSIÇÃO

Art. 13º - A Comissão de Revisão de Óbito será composta por Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membro Ordinário, com as seguintes atribuições:

Art. 14º - As atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Elaborar e organização da pauta das reuniões e a preparação de cada tema nela incluído.

III. Representar a comissão junto à Diretoria Administrativa da Instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

V. Fazer cumprir o regimento.

VI. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

VII. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Art. 15º - As atribuições do Vice-Presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 16º - As atribuições da Secretaria da Comissão, são:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

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

Art. 17º - Aos Membros Ordinários, atribuem-se:

I. Comparecer às reuniões convocadas.

II. Colaborar com os trabalhos da Comissão.

III. Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.

IV. Divulgar as atividades e objetivos da Comissão de Revisão de Prontuários.

CAPITULO VI - DO FUNCIONAMENTO

Art. 18º – Os membros da Comissão de Revisão de Óbito deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico, extraordinariamente, por convocação do Presidente ou por requerimento da maioria dos membros. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 19º – A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Revisão de Prontuário será feita imediatamente por indicação do Presidente.

Art. 20º – As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total de seus membros.

Art. 21º – Cada membro terá direito a um voto e os convidados não terão direito ao voto.

Art. 22º – Nas situações em que os membros da Comissão Revisão de Óbito julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 23º - As reuniões deverão ser registradas em ata, assinadas e arquivadas pelo serviço de Comissões.

Parágrafo único - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

CAPITULO VII - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 24º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. O número óbitos/ mês da Instituição;
II. Perfil por faixa etária;
III. Perfil de óbito por epidemiologia;
IV. Índice de óbitos evitáveis.

CAPITULO VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com a XXXXXXXXXXX da Unidade.

Art. 26º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 27º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão foi composta na data de XX.XX.XXXX formada, na sala de reuniões da Unidade, com o intuito primário de avaliar e revisar o os óbitos e suas causas em como o conteúdo de preenchimento e qualidade dos prontuários de pacientes/ clientes.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

2.1.3 Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica é o órgão responsável pela supervisão e promoção da ética profissional dentro da instituição, atuando como representante dos Conselhos Regional e Federal de Medicina. Sua principal função é garantir que a prática médica ocorra de acordo com os mais altos padrões éticos, zelando pelo correto exercício da profissão, pela reputação da Medicina e pelo prestígio daqueles que a exercem de maneira legal e responsável. A Comissão tem o compromisso de assegurar que os médicos da instituição cumpram rigorosamente as normas éticas e profissionais, contribuindo para a manutenção de um ambiente de confiança e respeito entre profissionais de saúde e pacientes.

A criação da Comissão de Ética Médica deve estar embasada nas normativas e regulamentações dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, como a Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) e o Código de Ética Médica. Essas leis estabelecem diretrizes claras sobre a atuação ética da Medicina, incluindo a constituição de comissões dentro das instituições de saúde.

A comissão deve ser composta por médicos da instituição que atendam aos requisitos definidos pelo regimento interno. A estrutura da comissão inclui cargos como o presidente, membros e secretário. Além disso, a escolha dos membros da comissão deve ocorrer por meio de um processo eleitoral democrático, onde todos os médicos da instituição têm o direito de votar ou ser votados.

Atribuições:

- Orientar e fiscalizar o cumprimento dos princípios éticos no exercício da Medicina dentro da instituição, promovendo um ambiente de trabalho ético e responsável;
- Atuar como um controle de qualidade, monitorando as condições de trabalho e a prestação de assistência médica, sugerindo e acompanhando as mudanças necessárias para melhorar os processos;
- Denunciar às instâncias superiores quaisquer condições inadequadas de trabalho que possam comprometer a qualidade do atendimento e o bem-estar dos profissionais e pacientes;
- Prestar assessoramento às diretorias clínica, administrativa e técnica da instituição, oferecendo suporte e orientações dentro de sua área de competência, a fim de garantir o alinhamento das práticas institucionais com os princípios éticos da Medicina.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos e metas da CEM.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Presidente (membro efetivo)	1	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Instituição.
Vice - Presidente (membro efetivo)	1	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Instituição.
Secretário (membro efetivo)	1	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Instituição.
Membros Suplentes	3	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Instituição.
ESTRATEGIA	**IMPLEMENTAÇÃO**	
Âmbito de desempenho	Manutenção da ética médica, interação com outras comissões e intervenção em desvios éticos da profissão.	
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.	
Fonte de Auditoria	Fontes de investigações éticas, julgamento deliberaçõe e registro das atas.	
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 04 meses (devido ao processo eleitoral), após inicio da gestão.	
Meta Permanente:	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas e tratadas.	

O funcionamento da CEM ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.
Da natureza e finalidade
Art. 1º - A Comissão de Ética Médica (CEM) do XXXXXXXXXXXX, desempenha suas atribuições, educativas e fiscalizadoras.

Art. 2º - A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CRM / LOCAL, que exercem atividade assistencial ou Administrativa nas dependências do XXXXXXXXXX.

Art. 3º - A CEM é autônoma em relação à Administração hospitalar, mantendo com a mesma, relação de assessoria em ações educativas e fiscalizadoras.

Art. 5º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 6º - A Comissão Ética Médica tem por finalidade assessorar nos processos:
I. Proporcionar aos pacientes/ clientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica;
II. Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde;
III. Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante programas de educação continuada;
IV. Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.
Parágrafo Único: Os atendimentos respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Administrativa e Técnica, ressalvados os casos de urgência e emergência.
Da subordinação
Art. 7° - Esta Comissão está diretamente ligada à Diretoria da Unidade e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta Diretoria, será composta por membros das equipes multiprofissionais do

XXXXXXXXXX, devendo contar obrigatoriamente, com representação de profissionais médico.

Da composição

Art. 8º - A CEM será composta por X (XXXX) médicos membros titulares e um auxiliar administrativo, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto. Além de X (XXXX) membros suplentes que serão convocados, por ordem de votação, na impossibilidade de participação dos membros titulares.

Parágrafo Único – o número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do CFM ou CRM / LOCAL;

Art. 9º - Os membros eleitos, escolherão por votação, o Presidente e o Secretário.

Parágrafo único - No caso de vacância ou desligamento dos membros titulares, os membros suplentes procederão a substituição dos mesmos por ordem do resultado da eleição e exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 10º - Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em Reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleição do seu Presidente e ou Secretário.

Art. 11º - Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam quites com o CRM-ES.

Parágrafo 1 – Os membros da CEM que, posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na Unidade deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

Parágrafo 2 – O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

Das competências

Art. 12º - Compete ao CEM:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar o exercício ético e legal da atividade médica dentro das dependências da Unidade;

II. Comunicar ao CRM / LOCAL quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

III. Comunicar ao CRM / LOCAL denúncia do exercício ilegal da profissão;

IV. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao CRM / LOCAL quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica, sem emitir juízo.

V. Desenvolver atividade educativa através de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria Administrativa e Técnica;

VI. Fornecer subsídios à Direção Administrativa, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

VII. Atuar preventivamente, conscientizando os médicos da Unidade, quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, através de reuniões, comunicados eletrônicos e outros meios disponíveis;

VIII. Divulgar a CEM aos médicos e usuários da Unidade, sua constituição, finalidades e localização.

IX. Manter relação com as Comissões de Óbito e de Prontuário colaborando na avaliação da qualidade da documentação produzida.

X. Realizar orientação sempre que necessário para o exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes e determinações dos órgãos componentes;

XI. Solicitar esclarecimentos ao Diretor Clínico e Técnico sobre seus atos, quando entender necessário.

XII. Eleger o Presidente e o Secretário;

XIII. Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta;

XIV. Desenvolver as atribuições conferidas a CEM;

XV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias;

XVI. Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;

Art. 13º - Compete ao Presidente da CEM:

I. Representar a CEM perante as Direções da Unidade e do CRM / LOCAL.

II. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

III. Convocar o Secretário ou, na ausência deste membro da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;

IV. Encaminhar ao CRM / LOCAL os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiveram origem naquele órgão;

V. Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório a CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder às consultas referentes a assuntos éticos.

Art. 14º - Compete ao secretário da CEM:

I. Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

II. Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;

III. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

IV. Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CEM;

V. Manter em arquivo próprio os documentos relativos a CEM.

Art. 15º - Compete ao apoio administrativo

I. Receber os expedientes encaminhados a CEM;

II. Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;

III. Manter o arquivo da CEM em ordem;

IV. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

V. Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, as Atas das reuniões;

VI. Confecção de memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM

VII. Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM

VIII. Zelar pelo patrimônio disponibilizado à Secretaria da CEM;

IX. Proceder as convocações para as reuniões da CEM;

X. Proceder as convocações para as oitivas;

XI. Secretariar as oitivas instituídas pela CEM;

XII. Lavrar os depoimentos durante as oitivas;

XIII. Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;

XIV. Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

Das eleições

Art. 16º - A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade médica, inscritos regularmente no CRM / LOCAL. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Art. 17º - A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no período de 30 trinta dias antes da eleição.

Art. 18º - Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor XXXX com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 19º - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados pelo Diretor XXXX, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 20º - O Diretor XXX designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CRM / LOCAL.

Art. 21º - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

Art. 22º - A CEM será composta pelos X (XXX) candidatos que obtiverem o maior número de votos.
Parágrafo único - Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico da Unidade. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CRM / LOCAL.

Art. 23º - A apuração deverá ser realizada imediatamente após o encerramento da votação pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 24º - O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CRM / LOCAL para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 25º - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após a eleição, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao CRM-LOCAL.

Art. 26º - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CRM-LOCAL ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral, quando então se procederá a escolha do Presidente e Secretário da CEM através de ordem decrescente do número de votos recebidos.

Art. 27º - O mandato da CEM será de até 24 (vinte e quatro) meses.

Do funcionamento

Art. 28º - A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias trimestrais e reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art. 29º - As reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário na ausência do primeiro ou de membro titular na ausência dos dois primeiros, no dia e hora devidamente divulgados com presença de no mínimo X (XXX) membros.

Parágrafo único - Na ausência do Presidente e Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário que a conduzirão, respeitando ordem de classificação pelo número de votos na eleição.

Art. 30º - Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância tem caráter sigiloso.

Art. 31º - Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes à reunião, sendo prerrogativa do Presidente o "voto de Minerva" em caso de empate. Entretanto, a aprovação de Relatórios de Sindicâncias ou de assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença de no mínimo 3 (três) membros da CEM.

Art. 32º - As sindicâncias serão instauradas mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
II. Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Técnico da Unidade.
III. Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado;
IV. Determinação do CRM / LOCAL.

Art. 33º - Aberta a Sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir o Relatório com suas conclusões e apresentá-lo em reunião ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido para determinada Sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art. 34º - Instaurada a Sindicância, a CEM notifica os citados na sindicância, oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.
Art. 35º - Os envolvidos na Sindicância podem manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela comissão sindicante.

Art. 36º - Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitivas, prontuários, e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da Sindicância, deverão ser devidamente numerados e juntados à sindicância.

Art. 37º - O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultado somente às partes e aos membros da CEM.

Art. 38º - Em qualquer momento os envolvidos têm direito a consulta e solicitar cópia dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Art. 39º - Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

Art. 40º - O membro da CEM, presente à reunião que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas da Sindicância, propor diligências ou adiamento da votação. O prazo de vistas, improrrogável, será até a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 41º - Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade de recurso junto ao CRM / LOCAL, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art. 42º - Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CRM / LOCAL, para a competente tramitação.

Art. 43º - Constatada a existência de indícios de infração Administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria Técnica do XXXXXXXXXX para as providências cabíveis.

Art. 44º – Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do CRM / LOCAL.

I. Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

II. Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do Relatório ao CRM / LOCAL.

Art. 45º - O membro da CEM envolvido em sindicância não participará das discussões de análise e da votação final do referido expediente.

Das disposições gerais

Art. 46º – Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CRM / LOCAL para manifestação.

Art. 47º - Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CRM / LOCAL e quando a CEM julgar necessário.

Art. 48º - O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os membros do Corpo Clínico, será disponibilizado a cada médico, mediante protocolo de entrega e responsabilidade sobre o mesmo.

Art. 49º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão foi composta na data de _____/_____/_____, formada, na sala de reuniões da Unidade, com o intuito primário de avaliar e promover a assistência e qualidade em terapia nutricional dos pacientes/ clientes.

Cidade, de XXXXX de 20xx.

_____

Presidente

_____

Vice - Presidente

2.1.4 Comissão de Ética em Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é o órgão responsável por garantir o cumprimento das normas éticas no exercício da profissão de enfermagem dentro das instituições de saúde. Ela representa o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) em caráter permanente, exercendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas sobre a conduta profissional dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Reconhecida pela Gestão de Enfermagem, a CEE estabelece uma relação de autonomia e independência, assessorando sobre os temas relacionados à ética no Serviço de Enfermagem.

Além disso, a comissão atua como um elo entre os profissionais de enfermagem, os gestores da instituição e os órgãos reguladores, com o intuito de promover a qualidade dos serviços prestados, resguardar os direitos dos pacientes e preservar a integridade da profissão. Ao realizar auditorias, investir em educação continuada e orientar sobre boas práticas, a comissão fortalece o compromisso da instituição com a excelência na assistência à saúde e com o cumprimento das normas éticas que regem a profissão de enfermagem.

O processo de instalação da **CEE** é um procedimento formal que segue uma série de etapas para garantir que a comissão seja constituída de forma adequada, transparente e de acordo com as normativas institucionais e do **Conselho Regional de Enfermagem local (COREN)**, seguindo os requisitos legais, a composição, a eleição e os procedimentos para sua implementação.

Atribuições

- **Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição**, de forma preventiva e corretiva, garantindo que todos os profissionais de enfermagem mantenham padrões éticos elevados no exercício de suas funções.
- **Zelar pelo exercício ético da profissão de enfermagem**, assegurando o cumprimento rigorosamente do código de ética da profissão, preservando o respeito à dignidade humana e os direitos dos pacientes.
- **Colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão** trabalhando em parceria com o COREN para identificar práticas fraudulentas ou ilegais.
- **Promover a educação ética e a reflexão contínua entre os profissionais de enfermagem**, proporcionando aos profissionais de enfermagem o conhecimento necessário para a prática diária da profissão com responsabilidade e respeito às normas éticas.
- **Realizar investigações sobre denúncias de práticas antiéticas** formalmente recebida, a C.E.E. tem o dever de investigar os fatos e adotar medidas disciplinares cabíveis.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos e metas da CEE.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Presidente	1	01 Enfermeiro eleito por votação interna pela equipe de Enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.
Vice Presidente	1	01 Enfermeiro eleito por votação interna pela equipe de Enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.
Secretário	1	01 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem eleito por votação interna pela equipe de Enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.
Membros Efetivos	2	01 Profissional Enfermeiro e 01 profissional Técnicos e ou Auxiliares de Enfermagem eleito por votação direta pela equipe de enfermagem da Instituição. para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.
Membros Suplentes	5	03 Profissionais Enfermeitos e 02 profissionais Técnicos e ou Auxiliares de Enfermagem eleito por votação direta pela equipe de Enfermagem da Instituição para compor a Comissão de Ética de Enfermagem.

ESTRATEGIA	IMPLEMENTAÇÃO
Âmbito de desempenho	Manutenção da ética de enfermagem, interação com outras comissões e intervenção em desvios éticos da profissão.
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.
Fonte de Auditoria	Fontes de investigações éticas, julgamento deliberações e registro das atas.
Meta Inicial:	Comissão implantada em até 04 meses (devido ao processo eleitoral), após inicio da gestão.
Meta Permanente:	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas e tratadas.

O funcionamento da CEE ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

CAPÍTULO I

DA APRESENTAÇÃO

Art.1º. A comissão de ética em enfermagem do XXXXX é um órgão representativo do COREN/ Local, com função educativa, consultiva, fiscalizadora e ética do exercício profissional nesta instituição, e tem com esta uma relação de autonomia.

CAPÍTULO II

DA IMPORTÂNCIA

Art.2º. A criação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é importante para melhor encaminhar e avaliar os problemas profissionais de enfermagem, bem como proporcionar melhores condições de análise da assistência prestada e as condições de trabalho oferecidas.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art.3º. A Comissão de Ética de Enfermagem do XXXXX será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, e respectivos suplentes eleitos, das categorias Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício junto à Instituição. A vacância de Presidente obrigatoriamente será pelo profissional Enfermeiro, eleitos em pleito legal.

Art.4º. O Enfermeiro que exerce o cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da C.E.E..

Art.5º. O tempo de mandato da C.E.E. será de 03 (três) anos, sendo admitido uma reeleição.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art.6º. Compete à Comissão de Ética de Enfermagem do XXXXXXX:

I. Identificar um princípio absoluto de conduta e atitude perante os dilemas morais da condição humana;

II. Eliminar conflitos profissionais, moralizar a profissão e contribuir na formação do caráter dos enfermeiros;

III. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

IV. Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos usuários, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

V. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Enfermagem, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

VI. Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

VII. Assessorar a diretoria técnica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

VIII. Proceder Sindicância a pedido de interessados, enfermeiros e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

IX. Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição.

X. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

XI. Promover e participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN/ Local;

XII. Realizar a necessária orientação à equipe de enfermagem sobre comportamento ético-profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas;

XIII. Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre dilemas éticos;

XIV. Apreciar e emitir parecer sobre dilemas éticos de enfermagem, sempre que necessário;

XV. Fiscalizar o exercício ético da profissão;

XVI. Averiguar as denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;

XVII. Notificar ao COREN/ Local as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;

Art.7º. Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem

I. Eleger Presidente e Secretário;

II. Comparecer às reuniões da comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;

III. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias;

IV. Desenvolver atribuições previstas no presente regimento.

Art.8º. Compete ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem

I. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da comissão;

II. Planejar e controlar as atividades programadas;

III. Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à chefia de enfermagem para ciência e demais providências administrativas;

IV. Elaborar relatório de acordo com o preconizado e encaminhar ao COREN/XX;

V. Representar a CEE perante às instâncias superiores, inclusive n o COREN/XX;

VI. Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

VII. Solicitar ao Presidente do COREN/XX, apoio quando o caso assim requeira;

VIII. Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências.

Art.9º. Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem

I. Secretariar as reuniões e registrá-las em ata;

II. Verificar o quórum nas sindicâncias;

III. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos na CEE;

IV. Realizar as convocações dos denunciados e dos denunciantes, bem como das testemunhas;

V. Organizar arquivo referente aos relatórios da sindicância;

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

Art. 10º. Os membros da CEE serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto e na impossibilidade poderá ser através de indicação do Enfermeiro Responsável Técnico ou manifestação voluntária de candidatos.

Parágrafo único – quando ocorrer indicação do Enfermeiro Responsável Técnico ou manifestação voluntária, deverão ser observados os critérios contidos no Art. 15, deste regimento, devendo a relação dos nomes ser afixados em local de fácil acesso à todos os profissionais de enfermagem, por sete dias, para ciência e manifestação.

Art.11º. Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

Grupo 1 – Categoria de Enfermeiros

Grupo 2 – Técnicos de Enfermagem

Parágrafo único – Os Enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do grupo I e os Técnicos de Enfermagem, nos candidatos do grupo II.

Art.12º. A convocação da eleição será feita pelo Enfermeiro Responsável Técnico, por Edital a ser divulgado na instituição no período de 60 dias antes da eleição.

Art.13º. O Enfermeiro Responsável Técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, divulgar, dirigir e supervisionar todo processo eleitoral.

Parágrafo único – Os membros da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à CEE.

Art.14º. Os candidatos farão sua inscrição individualmente, com antecedência mínima de 30 dias antes da eleição, e a lista dos inscritos, divulgados na instituição, por ordem alfabética durante o período mínimo de 1 (uma) semana.

Parágrafo único – A lista de candidatos deverá ser enviada ao COREN/ Local para apreciação das condições necessárias de elegibilidade.

Art.15º. Os candidatos deverão apresentar os seguintes requisitos:

I. Estar com situação inscricional regularizada junto ao COREN/ Local seja ela definitiva ou provisória, inclusive com a inexistência de débito junto ao COREN/ Local.

II. Quando for inscrição provisória, o candidato deverá efetuar renovação ou inscrição definitiva 10 dias antes da data de vencimento;

III. Não estar envolvido em processo ético no COREN/ Local.

IV. Não estar respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Art. 16º. A apuração será realizada pelo presidente da Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento do processo, podendo ser assistida por todos os interessados.

§ 1º Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos no Grupo I e Grupo II e os resultados finais deverão ser encaminhados ao COREN/ Local no prazo máximo de 10 dias após o pleito.

§ 2º Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate utilizando-se do critério de maior tempo de exercício profissional na instituição na categoria eleita. Persistindo empate, deverá ser utilizado o tempo de inscrição no Conselho.

Art. 17 º. Recursos em protestos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral ou contra algum candidato eleito, indicados ou voluntário, deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após a eleição e encaminhados, em primeira instância à Comissão Eleitoral, e por último, à instância superior COREN/ Local.

Parágrafo único – Quando se tratar de candidato indicado ou voluntário, encaminhar por escrito ao COREN/ Local.

Art. 18º. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo COREN/ Local.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 19º. A CEE eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal ordinariamente e reunir-se de forma extraordinária quando necessário.

Art. 20º. Os atos da CEE relativos à sindicância ou fiscalização deverão ser sigilosos.

Art. 21º. As deliberações da CEE serão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto minerva" em caso de empate.

Art. 22º. A sindicância deverá ser instauradas mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II. Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III. Deliberação da própria CEE;

IV. Determinação do COREN/ Local.

Art.23º. Aberta sindicância, a CEE informará o fato aos envolvidos, procedendo à convocação, se for o caso para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 07 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Parágrafo único – O profissional de enfermagem que não atender às convocações ou solicitações da CEE deverá ser encaminhado para análise do COREN/ Local.

Art.24º Todos os documentos relacionados com os fatos, as quais sejam cópias dos prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo único – O acesso à esses documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEE, preservando assim o sigilo.

Art. 25º. O presidente da CEE nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 26º. Concluído a coleta de informações, a CEE deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo.

Parágrafo único – Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art.27º. Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao COREN/ Local, para tramitação competente.

Art. 28º. Quando o fato for de menor gravidade e que não tenham acarretado danos à terceiros, sem infringir o Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatórios para o COREN/ Local através da página disponibilizada na web.

§ 1º Ocorrendo a conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2 º Não ocorrendo a conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art.29º. Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEE, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.30º. Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, esses serão substituídos pelos suplentes, de acordo com o número de votos comunicando-se o fato ao COREN/ Local.

Art.31º. A ausência não justificada a mais de 03 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente.

Art.32º. Havendo necessidade da presença de profissionais de outras áreas os mesmos poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados, comunicando-se o fato ao COREN/ Local.

CAPÍTULO XI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 38º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Responsável Técnico Enfermagem e Diretor Geral, homologado e aprovado pelo Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 39º Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela Diretoria do XXXXXXXXXXXXXXX ou Conselho Regional de Enfermagem.

APROVAÇÃO

_____ Data: _____/_____/_____

Diretor Hospitalar

_____ Data: _____/_____/_____

Responsável Técnico de Enfermagem

HOMOLOGAÇÃO

Homologado pelo Conselho Regional de Enfermagem em XX.XX.XXXX (Cidade e Estado), conforme lista de assinaturas anexa na Ata da 1ª. Assembleia Geral do Corpo Clínico.

Aprovado pelo Conselho Regional de Enfermagem de XXXX .

Cidade, _____/_____/_____.

_____

Dr(a).

_____

Dr(a).

_____

Dr(a).

2.1.5 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

A **Lei Federal 9.431, de 06/01/97**, instituiu a obrigatoriedade da criação da **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** e de um **Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH)**, com o objetivo de coordenar e implementar ações sistemáticas voltadas para a redução da incidência e da gravidade das infecções nosocomiais. O PCIH é um conjunto de atividades planejadas que buscam, de forma estratégica e contínua, minimizar os riscos de infecções dentro do ambiente hospitalar, com foco na segurança do paciente e na qualidade do atendimento. Em 13/05/98, o **Ministério da Saúde**, por meio da **Portaria 2.616/98**, estabeleceu diretrizes e normas detalhadas para a execução dessas ações, atualizando-as conforme as necessidades de uma gestão hospitalar mais eficiente e alinhada com as exigências da legislação vigente.

A **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**, portanto, desempenha um papel fundamental na criação, implementação e monitoramento de estratégias que visam à prevenção e controle das infecções nosocomiais, garantindo que os profissionais de saúde estejam sempre alinhados com as melhores práticas e diretrizes sanitárias.

Atribuições

- **Propor diretrizes e estratégias de atuação** em assuntos relacionados ao controle de infecção hospitalar, visando a integração entre as diversas áreas do hospital e o engajamento de todos os profissionais no processo de prevenção e controle de infecções.
- **Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)**, bem como o **Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas** do hospital. Isso inclui a análise

contínua dos dados coletados, a identificação de padrões epidemiológicos e a implementação de ações corretivas quando necessário.

- **Estimular e promover o desenvolvimento de pesquisas** científicas no hospital que contribuam direta ou indiretamente para o controle das infecções hospitalares.
- **Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar estratégias de prevenção e controle** das infecções hospitalares. Isso envolve o desenvolvimento e a revisão periódica de protocolos e normativas internas para garantir que todos os setores do hospital cumpram rigorosamente as medidas de prevenção recomendadas.
- **Planejar e implementar cursos de atualização contínua** sobre o controle de infecções hospitalares, com foco na capacitação de toda a equipe multiprofissional.
- **Padronizar, treinar e supervisionar técnicas e procedimentos** relacionados à prevenção e controle das infecções hospitalares, assegurando que todas as áreas do hospital sigam as normas universais de prevenção. Isso inclui o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), protocolos de higienização, normas de esterilização e o gerenciamento adequado de resíduos hospitalares.
- **Realizar a auditoria periódica e o monitoramento das práticas de controle de infecções**, implementando auditorias internas para verificar o cumprimento dos protocolos de controle de infecção e avaliar a eficácia das ações implementadas.
- **Analisar dados epidemiológicos e elaborar relatórios de desempenho** sobre os índices de infecção hospitalar, monitorando as taxas de infecção em diferentes setores e apresentando resultados à gestão hospitalar.
- **Participar ativamente de comissões interinstitucionais** e colaborar com outros órgãos de saúde pública, contribuindo com a disseminação de boas práticas de controle de infecções hospitalares e o desenvolvimento de novas diretrizes para o setor.
- **Assegurar o cumprimento da legislação vigente** relacionada à vigilância e controle de infecções hospitalares, mantendo o hospital em conformidade com as normas do **Ministério da Saúde** e as exigências do **Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)**.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos e metas da CCIH.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico Infectologista	1	Profissional Medico Infectologista, que atua no SCIH da Instituição.
Enfermeiro	1	Profissional Enfermeiro, que atua no SCIH da Instituição.
Farmacêutico	1	Profissional Farmaceutico no Serviço de Farmácia e dispensação de medicamentos da Instituição
Biólogo, Bioquímico ou Biomédico	1	Profissional com formação em Biologia, Farmácia e Bioquímica ou Biomedicina, ista e que atua no Laboratório de Análises Clínicas para a Instituição
Administrativo	1	Profissional com atuação em área Administrativa, que represente a Direção da Instituição.
ESTRATEGIA	**IMPLEMENTAÇÃO**	
Âmbito de desempenho	Monitoramento constante das taxas de infecção hospitalar, coletando dados e identificando padrões epidemiológicos. Permitindo a tomada de decisões baseadas em evidências para implementar intervenções direcionadas.	
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.	
Fonte de Auditoria	Metodologia de investigações, relatório, analises e deliberações das investigações, notificações realizadas e providências adotadas. Registro das atas.	
Meta Inicial	Comissão implantada em até 03 meses , após inicio da gestão.	
Meta Permanente	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação e analise críticas dos casos e indicares de infecção, ações e soluções propostas.	

O funcionamento da CCIH ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

CAPITULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da XXXXXXXXXXX, tem seus atos norteados pelos princípios Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde, pelo humanismo, Código de Ética.

Art. 2º - Esta Comissão de Controle de Infecção Hospitalar visa coordenar as atividades de investigação, prevenção e controle, objetivando reduzir a incidência e

a gravidade das infecções hospitalares às menores taxas possíveis, sendo que, deve-se entender por infecção hospitalar qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente/ cliente na XXXXXXXX e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Art. 3º - Desempenhar um papel de extrema relevância junto à Unidade de Saúde, uma vez que, as infecções constituem risco significativo à saúde dos pacientes, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária entre outras.

CAPITULO II - DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4° - Esta Comissão está diretamente ligada à XXXXXXXXXXX da Unidade, tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta XXXXXXX.

CAPITULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

I. Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção, adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:

II. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções.

a) Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção de controle das infecções.

b) Capacitação dos profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.

c) Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

III. Avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

IV. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle.

V. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e aos responsáveis de todos os setores da Unidade, a situação do controle das infecções, promovendo seu amplo debate na comunidade.

VI. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico- operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções hospitalares em curso na Unidades, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

VII. Definir, em cooperação com o Setor de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares para a Instituição.

VIII. Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

IX. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do sistema público de saúde, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

X. Assessorar tecnicamente ao SESMT.

CAPITULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 6º - A composição mínima da comissão será composta atendendo a Legislação (Portaria nº 2616/1998) deverá ser constituída com membros:

a) Executores: que compõem o Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), atuando diretamente na prevenção e controle de infecção na instituição, sendo preferencialmente Enfermeiro e Profissional de Nível Superior (preferencialmente Médico).

b) Consultores consistem em representantes dos setores de apoio ao SCIH, através de consultoria técnico-científica e administrativa. Farmacêutico, Microbiologista, Gestor da Enfermagem, Gestor Médico e Administrativo.

c) E profissionais da equipe multiprofissional e ou Gestores em que a Instituição considere importante.

d) Será composta por Presidente; Vice-presidente; Secretária e Membros Ordinários.

CAPITULO V - DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO

Art. 7º - Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Art. 8º - A eleição desta comissão se deu por voto em reunião de nomeação e tem vigência indeterminada a contar desta data.

Art. 9º - A ausência não justificadas em 03 reuniões seguidas serão passivas de medidas administrativas, a definir pela Comissão.

Art. 10º - Cabe aos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar a avaliação das ocorrências das infecções, bem como elaboração relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias nos processos, visando redução de IRAS e suas consequências.

Art. 11º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Parágrafo único: Caberá mensalmente o envio de informações e indicadores operacionais para a avaliação na Comissão.

CAPITULO VI - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 12º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Membros Ordinários, com as seguintes atribuições:

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

I. Representar a CCIH dentro da Unidade, inclusive na Diretoria.

II. Ser elo de ligação entre a CCIH e a administração.

III. Aprovar e monitorar o Programa de Controle de Infecção da Unidade de acordo com os padrões determinados pela Portaria Nº 2616 de 12.05.1998, bem como monitorar as ações através de apresentação nas reuniões mensalmente.

IV. Estabelecer, junto com o SCIH, sistema operacional prático para as notificações e avaliações das infecções hospitalares.

V. Convocar reuniões mensais ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário.

VI. Incentivar pesquisas na área de controle de infecções hospitalares.

VII. Solicitar à Administração, quando necessário, recursos para implementação dos programas propostos pelo SCIH.

VIII. Analisar e direcionar conduta dos indicadores de infecção da Unidade.

IX. Enviar à Administração, relatórios mensais de atividades da CCIH.

X. Cumprir e fazer cumprir o Regimento da CCIH.

Ao Vice-Presidente, atribuem-se:

I. Substituir o Presidente, quando do impedimento deste ou quando delegado.

Ao Microbiologista, atribuem-se

I. Informar em sistema on-line, em tempo real ao SCIH sobre a presença de microrganismos incomuns ou perigosos ao hospital.

II. Realizar exames sorológicos, bacteriológicos e parasitológicos da Unidade.

III. Realizar culturas em locais mais propícios a infecções.

IV. Pesquisar sobre e atualizar os modelos de sensibilidade a antibióticos.

V. Realizar o controle de qualidade dos exames.

VI. Identificar todos os materiais tidos como contaminados.

VII. Dar apoio e participar da investigação epidemiológica e treinamento de pessoal.

VIII. Elo de ligação entre Laboratório e Corpo Clínico da Unidade.

IX. Estabelecer normas para coleta, transporte e manuseio de amostras para cultura.

X. Padronizar critérios de aceitação e/ou rejeição de pedidos médicos para realização de cultura.

XI. Padronizar, juntamente com o SCIH, os antibiogramas realizados, adequando-os às circunstâncias clínicas.

XII. Implementar novos avanços no diagnóstico microbiológico, através da participação nos programas de controle de qualidade da Sociedade Brasileira de Microbiologia, de acordo com o Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, do Ministério da Saúde e ou bibliografias atuais vigentes.

XIII. Participar das reuniões da CCIH.

XIV. Emitir relatório trimestral e anual do perfil epidemiológico das culturas realizadas.

Ao Enfermeiro membro da SCIH, atribuem-se:

I. Ser membro executor do Serviço de Infecção Hospitalar (do Hospital) da Unidade.

II. Elaborar em conjunto com os membros da SCIH e Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

III. Realizar a vigilância epidemiológica sistemática, busca ativa através de:

a. Visitas regulares às unidades de internação.

b. Revisão diária dos prontuários (Verificação das anotações de enfermagem, pesquisando indícios de hiperemia, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes com probabilidade de adquirir infecção hospitalar).

c. Analise das culturas de vigilância e clinicas e outros exames complementares.

IV. Realizar campanhas educativas em prevenção e controle de IRAS.

V. Realizar supervisão técnica em todos os setores ligados à infecção hospitalar: CME, SND, Lavanderia e Limpeza.

VI. Realizar reciclagens de técnicas e procedimentos.

VII. Orientação e gerenciamento técnico para isolamentos e/ou precauções.

VIII. Participar de reuniões da CCIH.

IX. Atuar na orientação, treinamento, e supervisão dos atos de enfermagem de acordo com a CCIH.

X. Codificação dos dados obtidos na busca ativa.

XI. Realizar visitas diárias aos setores (semanais) orientando quanto aos procedimentos de risco em infecção.

XII. Estabelecer metodologia própria, visando o controle de pacientes que retornem à Unidade.

XIII. Orientar e emitir laudos técnicos, quando da aquisição de materiais e equipamentos de uso de enfermagem.

XIV. Ser elo de ligação entre o serviço de enfermagem e a CCIH.

XV. Orientar na execução adequada de processamento de materiais.

XVI. Elaborar relatório mensal de atividades.

XVII. Interagir com a farmácia hospitalar, quanto a treinamentos, controle de qualidade dos medicamentos e materiais e/ou outros.

Ao Farmacêutico, atribuem-se:

I. Elaborar o levantamento do consumo mensal de antibióticos, de acordo com a Portaria 2.616 de 12 de Maio de 1998, do Ministério da Saúde.

II. Cooperar e participar nas normas de padronização do uso de antimicrobianos aprovados no estudo de sensibilidade bacteriana.

III. Controlar e fiscalizar o armazenamento e distribuição de medicações para os usuários.

IV. Notificar periodicamente, o custo das drogas de maior consumo na Unidade, bem como de suas alternativas similares.

V. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa sobre estabilidade das soluções, toxicidade dos produtos químicos, espectro de ação antimicrobiana, interação entre medicamentos, produtos químicos e correlatos, entre outras.

VI. Manter registro de informações para subsidiar programas de farmacovigilância.

VII. Avaliar as interações medicamentosas, drogas nutrientes e outros.

VIII. Elaborar e supervisionar rotinas específicas para manipulação de drogas e soluções, no laboratório da farmácia, assim como quanto à embalagem e estocagem destes produtos.

IX. Informar ao SCIH o uso inadequado de qualquer produto que vise o controle profilático ou terapêutico da infecção hospitalar.

X. Participar da educação continuada.

XI. Colaborar e participar das avaliações microbiológicas dos produtos usados pela unidade.

XII. Emitir parecer técnico/científico sobre todos os produtos químicos, esterilizantes, desinfetantes, degermantes, antissépticos e ceras usadas na limpeza comum, na desinfecção e assepsias.

Ao Médico, atribuem-se:

I. Interagir com o Corpo Clínico, no sentido de fazer cumprir as determinações da CCIH e SCIH.

II. Promover treinamento para o corpo clinico, na área de sua competência.

III. Avaliar e sugerir, as prescrições médicas no que se refere ao uso de antibióticos, considerando seu tempo de ação e coeficiente sensibilidade/resistência.

IV. Realizar a vigilância epidemiológica sistemática, busca ativa através de:

a. Visitas regulares às unidades de internação.

b. Revisão dos prontuários (Evolução Clinica, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes/ clientes com probabilidade de adquirir infecção hospitalar).

c. Analise das culturas de vigilância e outros exames complementares.

V. Avaliar e determinar a necessidade de isolamento e/ou precauções universais.

VI. Orientar quanto à realização e necessidade de culturas microbiológicas.

VII. Participar das atividades de treinamento, de maneira generalizada.

VIII. Representar a CCIH, quando for determinado.

IX. Elaborar relatórios mensais de atividades do SCIH, incluindo os índices de infecção detectados, por clínica, topografia, geral e outros.

X. Participar das reuniões da CCIH.

Ao Administrativo, atribuem-se:

I. Prever e prover local apropriado para o funcionamento da CCIH e do SCIH.

II. Intermediar junto à administração superior das necessidades financeiras dos Programas de Controle de Infecções da Unidade.

III. Estabelecer normas para os visitantes.

IV. Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pela CCIH e SCIH.

V. Assegurar a participação dos vários serviços do hospital na CCIH.

VI. Participar das reuniões da CCIH.

VII. Assegurar ligação contínua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções hospitalares.

VIII. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIH e do SCIH.

IX. Propiciar recursos humanos e materiais para a implantação dos programas de controle de infecções da Unidade.

X. Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pelo SCIH.

XI. Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIH e do SCIH, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade da Unidade.

XII. Divulgar amplamente para toda unidade a Campanha da Lavagem das Mãos.

XIII. Avaliar, constantemente, a atuação da CCIH e do SCIH.

XIV. Promover debates, no âmbito hospitalar sobre o Controle de Infecções.

XV. Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIH em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate às infecções Hospitalares.

XVI. Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia.

XVII. Desempenhar tarefas afins.

Ao Secretário da CCIH, atribuem-se:

I. Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados.

II. Preparar os materiais necessários para as reuniões;

III. Por determinação do Presidente da CCIH, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias.

IV. Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios.

V. Monitorar os planos de ação da CCIH.

VI. Expedir as correspondências da CCIH e do SCIH.

VII. Atender as determinações do Presidente da CCIH.

VIII. Protocolar correspondência recebida e enviada.

IX. Manter e afixar nos locais destinados os boletins mensais da CCIH.

X. Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos.

Aos membros ordinários, atribuem-se:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

II. Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão.

III. Requerer votação de matéria, em regime de urgência.

IV. Desempenhar outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

V. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a prevenção e controle de IRAS.

VI. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão.

VII. Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento.

CAPITULO VII - DO FUNCIONAMENTO

Art. 13º – A Comissão se reunirá mensalmente com data definida mensalmente e extraordinariamente sempre que necessário.

Art. 14º – Cada membro terá direito a um voto e os convidados não terão direito ao voto.

Art. 15º – Nas situações em que os membros da Comissão Controle de Infecção Hospitalar julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 16º - As reuniões deverão ser registradas em ata, assinadas e arquivadas pelo serviço de Comissões.

Parágrafo único - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

CAPITULO VIII - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 17º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. Índice de cumprimento de Metas do Programa de Controle de Infecção da Hospitalar;
II. Índice de Notificações Vigilância epidemiológica;
III. Taxa de Infecção da unidade;
IV. Taxa de Infecção Institucional;
V. Controle de utilização de antibióticos.

CAPITULO IX - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com a Direção Administrativa da Unidade.

Art. 19º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 24º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão aprovou este Regimento na data de _____/_____/_____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de

avaliar e revisar os índices de infecção da unidade e qualidade da assistência prestada aos pacientes/ clientes.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

2.1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

A **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)** é um órgão fundamental para garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores, composto por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos empregados, de forma paritária. Seu principal objetivo é promover a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, buscando sempre a harmonização do ambiente de trabalho com a preservação da vida e a promoção do bem-estar dos profissionais. A CIPA desempenha um papel crucial na identificação e eliminação de riscos, sendo um pilar essencial na construção de uma cultura de segurança e saúde que beneficia tanto a instituição quanto seus empregados.

A CIPA é regulamentada pela **Norma Regulamentadora NR 5** (com sua última atualização pela Portaria nº 4219/2022), conforme a **Lei nº 6.514**, de 22 de dezembro de 1977 e a **Portaria 3.214**, de 8 de junho de 1978, Essas normas e diretrizes visam estabelecer os requisitos mínimos para a constituição, funcionamento e atribuições dessa comissão, garantindo que as práticas de segurança sejam efetivas e que os trabalhadores sejam adequadamente protegidos. A atuação da CIPA é indispensável para implementar medidas de prevenção, melhorar as condições de trabalho e assegurar a saúde e integridade física de todos os colaboradores.

Atribuições

- **Identificação e mapeamento de riscos,** identificando os riscos presentes no ambiente de trabalho, criando e atualizando periodicamente o **mapa de riscos**, com a participação ativa de todos os trabalhadores.
- **Elaboração do plano de trabalho preventivo** desenvolvendo **plano de trabalho** que com ações preventivas para eliminar ou reduzir os riscos de acidentes e doenças ocupacionais.
- **Implementação e controle das medidas de prevenção**, garantindo que as ações preventivas estejam sendo eficazes, através de controle constante da qualidade dessas medidas visando assegurar um ambiente de trabalho seguro.
- **Verificação periódica das condições de trabalho, através de** inspeções regulares nos **ambientes de trabalho** para detectar potenciais riscos, na promoção para que os ambientes continue seguro e em conformidade com as normas regulamentadoras.
- **Avaliação e discussão das metas de segurança**, propondo ajustes ou novas soluções. A revisão constante das metas permite que a CIPA se adapte a novas necessidades ou desafios emergentes no ambiente de trabalho.
- **Divulgação de informações sobre segurança e saúde,** disseminar informações sobre segurança no trabalho, garantindo que todos os profissionais estejam cientes dos riscos e das medidas de proteção.
- **Promoção do cumprimento das normas regulamentadoras, monitorar o cumprimento d**as **Normas Regulamentadoras (NRs)**, bem como outras regulamentações internas.
- Promoção e p**articipação de campanhas de prevenção de doenças e acidentes de trabalho,** conscientizando sobre a importância da prevenção e a adoção de boas práticas de saúde.
- Promover e assegurar **o uso de equipamentos de proteção, equipamentos de proteção individual (EPIs)** e coletiva (EPCs) estejam de acordo com as normas técnicas exigidas, garantindo a segurança dos trabalhadores em suas atividades diárias.

Composição da CIPA

A composição da CIPA é determinada com base no número de empregados da instituição, conforme as exigências da **Norma Regulamentadora NR 5**. A comissão será composta por:

- **Representantes do empregador**, que são indicados pela direção da instituição;
- **Representantes dos empregados**, que são eleitos por voto secreto, em uma votação por lista nominal, com a proibição da formação de chapas.

O número de membros varia conforme o porte da empresa, e a composição deve ser paritária, ou seja, ter representantes em igual número do empregador e dos empregados. Isso garante uma atuação equilibrada e a efetividade nas ações de segurança.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos e metas da CIPA.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
*Número de membros varia conforme o porte da empresa		
ESTRATEGIA	**IMPLEMENTAÇÃO**	
Âmbito de desempenho	Atuar ativamente na identificação de riscos, realizando inspeções regulares para detectar condições perigosas ou insalubres, elaboração e atualização do mapa de riscos, desnvolver medidas de controle.	
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.	
Fonte de Auditoria	Normas regulamentadoras, inspeções e elaboração de relatórios de segurança, monitoramento dos acidentes de trabalho e avaliacão dos riscos.	
Meta Inicial	Comissão implantada em até 04 meses devido ao processo eleitoral) , após inicio da gestão.	
Meta Permanente	Reunião mensal e ou extraordinária, com identificação, apresentação de indicadores e analise críticas dos riscos, ações e soluções propostas.	

O funcionamento da CIPA ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

CAPITULO I - DO OBJETIVO

Art. 1º A comissão Interna de Prevenção de Acidente – CIPA – tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de medo a tomar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPITULO II - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º A CIPA terá por atribuição:

I. Identificar os riscos de processo de trabalho, elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMET, onde houver;

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

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

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

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

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

VII. Participar, com o SESMET, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados á segurança e saúde dos trabalhadores.

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

IX. Colaborar com o desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X. Divulgar e promover o cumprimento das normas regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI. Participar, em conjunto com SESMET, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor mediadas de solução dos problemas identificados;

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

XIII. Requisitar à empresa as cópias das CATs emitidas;

XIV. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMET, onde houver, a semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

XV. Participar, anualmente, em conjunto a com a empresa, de campanhas de prevenção da AIDS.

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

Art. 3º Cabe aos empregados:

I. Participar da eleição de seus representantes;

II. Colaborador com a gestão da CIPA;

III. Indicar a CIPA, ao SESMET e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

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

Art. 4º Cabe ao presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMET, quando houver, as decisões da comissão;

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

IV. Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V. Delegar atribuições ao Vice – Presidente;

Art. 5º Cabe ao Vice – Presidente:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Subtrair o presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

Art. 6º O Presidente e o Vice Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMET, quando houver;

V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VII. Construir a comissão eleitoral.

Art. 7º O secretário da CIPA terá por atribuição;

I. Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando- as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II. Preparar as correspondências;

III. Outras que lhe foram conferidas.

CAPITULO III - DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

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

As atas devem ficar no estabelecimento á disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

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

II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 9º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

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

Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

O pedido de reconsideração será apresentado para a CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice – Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 10º A vacância definitiva de cargo, ocorrido durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos serem registrados em ata de reunião.

No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis preferencialmente entre os membros da CIPA.

No caso de afastamento definitivo do Vice – Presidente, os membros titulares da representação dos empregados escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 11º Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com os mandatos dos membros da comissão.

O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPITULO IV - DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 12º - O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:

I. Índice de acidente de trabalho/ mês;

II. Índice de capacitação em acidentes trabalho/ mês;

III. Taxa de profissional com vacinação atualizada/ mês.

CAPITULO IV - DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

Art. 13º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com a XXXXXXXX da Unidade.

Art. 14º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações.

Art. 15º - Este regimento entrará em vigor a partir desta data.

A presente Comissão aprovou este Regimento na data de _____/_____/_____, formada, na sala de reuniões da XXXXXXXXXXXXXXX, com o intuito primário de avaliar e revisar regras e condutas em segurança do trabalho da Instituição.

_____

Presidente da Comissão

_____

Vice-Presidente da Comissão

2.1.7 Serviço de Engenharia, Medicina e Segurança no Trabalho

O **Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)** em serviços de saúde tem como objetivo garantir a saúde, a integridade física e o bem-estar dos trabalhadores, prevenindo acidentes e doenças ocupacionais no ambiente hospitalar. O SESMT é composto por profissionais especializados, como médicos do trabalho, engenheiros de segurança, enfermeiros do trabalho, técnicos de segurança, entre outros, que atuam na identificação de riscos, na implementação de medidas preventivas e corretivas, e na promoção de programas de saúde ocupacional. No contexto a área de saúde, suas atividades incluem a análise das condições de trabalho, a realização de treinamentos e orientações sobre segurança, a vigilância da saúde dos trabalhadores e a adequação das normas regulamentadoras, visando a criação de um ambiente seguro e saudável para os profissionais de saúde.

Na SBSJ, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) é estruturado para atender às exigências legais e garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores no ambiente hospitalar. A composição do SESMT segue as diretrizes estabelecidas pela Norma Regulamentadora NR 4, levando em consideração o número de empregados da instituição e o grau de risco das atividades realizadas. A estrutura do SESMT tem como principal objetivo promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, minimizando riscos ocupacionais e promovendo a saúde dos profissionais.

Para a estruturação do serviço no Hospital da Criança José Machado de Souza, a composição do SESMT segue as normas da NR 4, que determina o número de profissionais com base no porte e nas atividades da instituição. Especificamente, o Hospital da Criança José Machado de Souza estabelece em seu dimensionamento a presença de dois Técnicos de Segurança do Trabalho, os quais são contratados para realizar as atividades pertinentes à segurança ocupacional do trabalhador.

O serviço de Medicina do Trabalho, a ser desenvolvido será realizado através de prestador de serviço terceirizado. A atuação desses profissionais abrange a promoção de ações preventivas, avaliação admissional, demissional, periódicos, elaboração de laudos técnicos, além da análise e controle de riscos que possam afetar a saúde e segurança dos profissionais.

Essa estrutura é essencial para garantir que a Instituição esteja em conformidade com a legislação vigente, assegurando a proteção da integridade física e psicológica dos trabalhadores, e, ao mesmo tempo, promovendo a saúde ocupacional em um ambiente com alto grau de risco, como os serviços de saúde. A atuação integrada do SESMT também contribui para a educação continuada da equipe hospitalar e a implementação de melhorias constantes nas condições de trabalho.

Atribuições

- **Identificação e análise de riscos.**
- Levantamento e a análise dos riscos ocupacionais, identificando as áreas com maior potencial de risco para acidentes e doenças ocupacionais.
- Elaboração mapas de risco e recomendar mudanças para mitigar esses riscos.

Implementação de Programas de Saúde Ocupacional

- Estabelecer e implementar programas de saúde ocupacional voltados para a prevenção de doenças e acidentes.
- Monitorar e registrar a saúde dos trabalhadores, realizando exames periódicos e controle de saúde ocupacional.
- Planejar e realizar treinamentos sobre segurança no trabalho, incluindo o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), normas de segurança e procedimentos de emergência.
- Promover e estabelecer as equipes da brigada de incêndios e a conscientização dos profissionais da organização principalmente em relação as situações de risco e emergências, como incêndios e acidentes com materiais biológicos ou químicos.
- Estabelecer e revisar políticas internas de segurança, com base nas normas regulamentadoras (NRs) e nos riscos específicos do ambiente hospitalar.
- Estabelecer processos para o controle de infecções e prevenção de acidentes envolvendo materiais biológicos, como agulhas e seringas.
- Realizar inspeções regulares nas instalações, equipamentos e ambientes de trabalho para garantir que as normas de segurança e saúde sejam seguidas.
- Acompanhar e investigar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, além de implementar ações corretivas e preventivas.

- **Promover** programas de ergonomia, saúde mental e bem-estar para os trabalhadores, especialmente considerando a pressão emocional e física no ambiente hospitalar.

O SESMT é um componente essencial nos serviços de saúde, atua de maneira preventiva e corretiva, visando um ambiente de trabalho mais seguro e saudável. O cumprimento das atribuições e a constante atualização das práticas são fundamentais para garantir a saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde, especialmente em um contexto de alta pressão e riscos inerentes à atividade hospitalar.

Importante ressaltar que a partir de maio de 2025 ocorreu alteração **NR-1, a qual devemos nos atentar e implementar, pois** estabelece que o **Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO)**, que antes já era uma exigência, agora deve incluir a avaliação e o manejo de fatores relacionados à **saúde mental** no ambiente de trabalho. Isso implica que as empresas deverão:

- **Mapear fatores de risco psicossociais**, como excesso de cobrança, jornadas de trabalho exaustivas, assédio moral, ambiente organizacional tóxico, entre outros, que possam afetar a saúde mental dos colaboradores;
- **Adotar medidas preventivas** voltadas à proteção da saúde psicológica dos trabalhadores, visando minimizar riscos relacionados ao estresse, burnout e outros problemas mentais;
- **Promover ações de bem-estar emocional**, oferecendo apoio psicológico adequado e criando um ambiente de trabalho que favoreça a saúde mental dos colaboradores;
- **Incluir a saúde mental no PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos)**, de forma a integrar essas práticas preventivas no planejamento e na execução das estratégias de segurança e saúde no trabalho.

Essas obrigações são aplicáveis a empresas de todos os portes, com a devida adaptação conforme o número de empregados e o grau de risco das atividades desenvolvidas, garantindo um ambiente de trabalho mais seguro, saudável e equilibrado para todos os colaboradores

POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) tem por objetivos a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho. São princípios

da PNSST o fortalecimento da universalidade, o diálogo social e a integralidade de ações.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho aponta como prioritárias as ações de promoção e proteção sobre as de assistência, reabilitação e reparação.

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - NR 7

A NR 7 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa Controle Médico Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto de seus trabalhadores.

O PCMSO é previsto pela Portaria do Ministério do Trabalho número 3214 de 08/06/78; a qual determina que todos os empregadores ou instituições que admitam trabalhadores como empregados regidos pela CLT, elaborem e implementem tal programa.

O mesmo tem por objetivo a promoção e a preservação da saúde dos trabalhadores, bem como a prevenção e diagnóstico precoce de doenças relacionadas às funções desempenhadas e ao ambiente de trabalho. Este trabalho é realizado por Médico do Trabalho.

A gestão de ambulatórios médicos nas dependências da empresa é, ao mesmo tempo, uma forma de promover a saúde, segurança e tranquilidade dos colaboradores e colaborar com o aumento de sua qualidade de vida;

Além disso, esse atendimento médico contribui, consideravelmente, para a redução dos custos de saúde, já que muitos dos problemas são resolvidos sem necessidade de deslocamento do colaborador para uma consulta médica externa;

Esse monitoramento também gera resultados eficientes e controlados na gestão de ambulatórios médicos da empresa e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

Os atendimentos e serviços prestados pela medicina ocupacional são:

- Exames Admissionais - deverá ser realizada antes que o trabalhador assuma suas atividades;
- Exames Periódicos – deverão ser realizados com os intervalos mínimos de tempo discriminados;
- Mudança de Função - será obrigatoriamente realizado antes da data da mudança;

- Retorno ao Trabalho - deverá ser realizada obrigatoriamente no primeiro dia da volta ao trabalho de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto.
- Exames Demissionais - será obrigatoriamente realizada até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de: 90 dias;
- Consultas aos colaboradores;
- Homologar atestados
- Campanhas Preventiva e educativas;
- Treinamentos.

Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA

- O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais ou PPRA é um programa estabelecido pela Norma Regulamentadora NR-9, da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho.
- Este programa tem por objetivo, definir uma metodologia de ação que garanta a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores face aos riscos existentes nos ambientes de trabalho.
- A legislação de segurança do trabalho brasileira considera como riscos ambientais, agentes físicos, químicos e biológicos. Para que sejam considerados fatores de riscos ambientais estes agentes precisam estar presentes no ambiente de trabalho em determinadas concentrações ou intensidade, e o tempo máximo de exposição do trabalhador a eles é determinado por limites pré-estabelecidos.
- Cabe ao SESMT o implantar e monitoramento da Brigada de Combate a Incêndio: Atividade determinada por ato normativo do Corpo de Bombeiros (em nível estadual), que estabelece aspectos de segurança construtiva do ambiente e composição do corpo de brigadistas, as contingências e as adequações necessárias aos riscos presentes.
- O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, observadas as exceções previstas nesta NR. O serviço de medicina ocupacional será realizado por empresa parceira e a unidade terá um técnico de segurança do trabalho.

Atividade a serem desenvolvidas pelo SESMT:

- Elaboração de ordens de serviços, bem como sua total implantação nos setores da organização;
- Pedido e caracterização do CAI (certificado de aprovação de instalação), para novas instalações;
- Dimensionamento do SESMT e efetivação do registro na DRT;
- Elaboração de estatísticas de acidentes e preenchimento dos quadros III, IV, V, VI, da NR-4 da Portaria 3.214/78;
- Implantação completa da CIPA;
- Estudo e dimensionamento, distribuição e controle de EPIs para todos os profissionais.

2.1.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT é uma junta deliberativa com a responsabilidade e supervisão de todas as políticas de seleção e utilização de medicamentos na Unidade de Saúde com o intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e com risco potencial mínimo. O principal objetivo desta comissão é formular e implementar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde. A CFT da Unidade de Saúde é um órgão de natureza técnico-científico/permanente vinculado à diretoria.

Atribuições

- Participar na elaboração da política de medicamentos da instituição, incluindo seleção e dispensação;
- Estipular critérios para obtenção de medicamentos que não constem na padronização;
- Participar na elaboração de protocolos de tratamento elaborados por diferentes serviços clínicos;
- Investigar a utilização de medicamentos na instituição;
- Avaliar Interações de Medicamentos quando aplicados por via sonda enteral (fármacos x nutrientes);
- Elaborar um Guia de Aplicação de Medicamentos Via Sonda de Nutrição Enteral;

- Participar ativamente da educação permanente dirigida à equipe de saúde e assessorar todas as atividades relacionadas à promoção do uso racional.

O funcionamento da CFT ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

FORMAÇÃO	QUANTIDADE	PERFIL DOS MEMBROS
Médico	1	Profissional Medico designado pelo Diretor Técnico daInstituição.
Representante da CCIH	1	Profissional Médico, que atua no SCIH da Instituição.
Farmacêutico	1	Profissional Farmaceutico no Serviço de Farmácia preferêncialmente o farmacêutico RT da Instituição.
Enfermairo	1	Profissional Enfermeiro, que atua no SCIH da Instituição.
Administrativo	1	Profissional com atuação em área Administrativa, que represente a Direção da Instituição.
ESTRATEGIA	**IMPLEMENTAÇÃO**	
Âmbito de desempenho	Supervisão das práticas de seleção, aquisição e distribuição de medicamentos; Desenvolvimento de Protocolos Terapêuticos; Monitoramento e segurança no uso de medicamentos; Promoção de Educação Continuada e avaliação de resultados clinicos.	
Tipo de Indicador	Mensal e continuo.	
Fonte de Auditoria	Auditoria das prescrições médicas; Monitoramento das notificações de efeitos adversos e reações indesejadas associadas aos medicamento, incluindo os de alta vigilância ou de risco.	
Meta Inicial	Comissão implantada em até 03 meses , após inicio da gestão.	
Meta Permanente	Reunião mensal e ou extraordinária com identificação e analise críticas dos casos e indicares de infecção, ações e soluções propostas.	

O funcionamento da CTF ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

2.1.9 Comissão de Resíduo de Serviços de Saúde

de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é uma comissão essencialmente criada para atuar no hospital com o objetivo de garantir o adequado manejo, eliminação e controle dos resíduos sólidos gerados no ambiente hospitalar, em conformidade com as normativas ambientais e de saúde pública. Sua atuação visa a proteção do meio ambiente e a saúde da população, conforme as diretrizes da legislação vigente.

A estrutura da CGRSSS é organizada com base em um Plano de Gerenciamento de Resíduos que deve ser revisado periodicamente e atualizado de acordo com as mudanças nas regulamentações ambientais e sanitárias. A comissão é formada por profissionais de diferentes áreas, como saúde, segurança do trabalho, meio ambiente e gestão, e é responsável pela implementação e monitoramento das ações de manejo de resíduos na Instituição.

Exerce papel central na sustentabilidade do hospital, garantindo que todas as práticas de gerenciamento de resíduos sigam as melhores normas de segurança, eficiência e respeito ao meio ambiente.

Atribuições

- Adequação, implementação e supervisão de normas, responsável em adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais relacionadas ao gerenciamento de resíduos hospitalares, incluindo a criação de protocolos de descarte, armazenamento e transporte dos resíduos gerados, assegurando que todo o processo esteja de acordo com as normas legais e ambientais.
- Capacitação e educação continuada, responsável pela capacitação contínua de toda a equipe de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e funcionários da limpeza, no que se refere à prevenção, manejo, e controle dos resíduos hospitalares, com foco na segurança dos trabalhadores e na proteção ambiental.
- Avaliação periódica do sistema de higienização e limpeza, de forma periódica e sistemática, propondo ajustes e melhorias quando necessário.
- Emissão de relatórios regulares à Diretoria, elaborar e divulgar regularmente relatórios sobre a gestão de resíduos hospitalares, mantendo a

diretoria geral informada sobre a situação do controle dos resíduos e qualquer necessidade de melhorias ou ajustes nas práticas adotadas.

- Promover a redução de resíduos perigosos e acidentes, desenvolver estratégias, implementar e supervisionar as ações de redução de resíduos perigosos gerados pelo hospital.
- Garantir e cooperar para a conformidade com Legislação Ambiental e fornecer as informações solicitadas por essas autoridades competentes.
- Acompanhamento e gerenciamento de resíduos, implementando ações corretivas quando necessário para assegurar que os resíduos sejam corretamente segregados, armazenados e descartados, minimizando os riscos à saúde e ao meio ambiente.

No quadro abaixo representamos a composição, objetivos e metas da CGRSSS.

O funcionamento da CTF ocorre de acordo com Regimento Interno da Instituição, abaixo segue modelo a ser adaptado de acordo com o perfil da Instituição.

2.1.9.1 Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSSS)

Elaboração de documento técnico para estabelecer as diretrizes e as ações a serem seguidas para a gestão adequada dos resíduos gerados em serviços de saúde. O plano tem como objetivo garantir a segurança dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e a proteção ambiental, conforme exigido pelas normativas brasileiras, especialmente a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010) e as resoluções da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A implantação de um PGRSSS visa a racionalização do manejo de resíduos hospitalares e a mitigação dos riscos associados ao descarte inadequado desses resíduos.

Constituída com objetivo de preservação da saúde pública em relação a contaminação da comunidade e o risco de doenças ocupacionais nos trabalhadores da saúde, garantir a eliminação segura dos resíduos e evitar a poluição do solo, da

água e do ar, promoção de boas práticas incentivando a educação e a capacitação contínua dos profissionais para o manejo correto dos resíduos.

O PGRSSS deve ser elaborado pela comissão e ou grupo técnico da instituição, estruturando detalhadamente, definindo os processos para segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final de todos os resíduos gerados no na Instituição, bem como, definição de indicadores estratégicos com a finalidade de redução dos índices de resíduos gerados.

Pontos importantes para a elaboração do PGSSS

Ao planejar a estruturação do PGRSSS, algumas etapas deverá ser definida no processo de implantação do PGRSSS.

- Identificar e nomear uma comissão ou equipe responsável pela elaboração e implantação do PGRSSS, composta por profissionais de diferentes áreas (enfermagem, médicos, técnicos de segurança, limpeza, nutrição e gestão ambiental).
- Realizar um levantamento inicial para identificar os tipos, classificações e volumes de resíduos gerados, de acordo com cada áreas de geração de resíduos, os fluxos de resíduos, e os recursos disponíveis para gestão.
- Análise de Normas e Legislação, entender a legislação vigente, incluindo a Política Nacional de Resíduos Sólidos, a ANVISA, e as normas municipais e estaduais, para garantir que o PGRSSS esteja em conformidade com as regulamentações.
- Criar um cronograma de atividades com prazos definidos para a implementação das etapas do PGRSSS.

Atribuições

Com objetivo de implementar de um sistema de gerenciamento eficaz, seguro e sustentável dos resíduos gerados na instituição de saúde, de acordo com as diretrizes da legislação vigente e deve ser estabelecidas suas atribuições

- Definição de responsabilidades e tarefas para as equipes envolvidas no manejo dos resíduos (geração, coleta, segregação, transporte, armazenamento, e destinação final).

- Promover treinamentos regulares para todos os profissionais, disseminando as práticas corretas de segregação, acondicionamento e descarte dos resíduos.
- Sensibilização dos profissionais relacionados aos impactos ambientais e sanitários do manejo inadequado de resíduos.
- Monitoramento das práticas adotadas através de auditorias internas periódicas para verificar a conformidade com as normas legais.
- Gerenciar o quantitativo de resíduos gerados verificando se estão sendo corretamente classificados, armazenados e descartados.
- Assegurar que os resíduos sejam corretamente segregados, ou seja, classificados conforme sua natureza (biológicos, químicos, farmacêuticos, etc.), para evitar riscos de contaminação ou acidentes.
- Assegurar o acondicionados de maneira adequada, utilizando os recipientes corretos e garantindo a integridade dos materiais.
- Estabelecer espaços adequados e de acordo com a legislação, para armazenamento temporário de resíduos, evitando o contato direto com áreas de atendimento aos pacientes.
- Definir critérios e fluxos claros para o transporte interno e externo de resíduos, com monitoramento de sua execução.
- A destinação final dos resíduos, deve ser encaminhados em transportes apropriados e locais licenciados para eliminação ou reciclagem.
- Definir e monitorar indicadores de impacto no gerenciamento de resíduos.

2.1.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

A implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) nas Unidades de Saúde administradas pela nossa Instituição está inserida no escopo do Serviço de Qualidade. O NQSP tem como principal responsabilidade interagir com todos os processos da unidade, promovendo a integração entre eles e implementando metodologias que visem à melhoria contínua dos serviços prestados. Considerado uma área estratégica, o Núcleo é diretamente subordinado à Diretoria Geral, com a missão de garantir a adequação dos processos, utilizando modelos de gestão da

qualidade. Além disso, seu foco é assegurar que todos os processos priorizem a segurança do paciente e o gerenciamento eficaz de riscos.

O NQSP desempenha um papel fundamental na promoção da melhoria contínua da gestão dos serviços de saúde, garantindo a segurança dos pacientes e a qualidade da assistência prestada. O Núcleo se dedica à implementação e monitoramento de práticas e protocolos que garantam um atendimento seguro, eficaz e humanizado, alinhado às melhores práticas e às normas vigentes.

De acordo com a RDC n°. 36/2013, o NQSP é uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Este núcleo se constitui como um componente essencial na busca pela qualidade das atividades realizadas nos serviços de saúde.

Um dos objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é promover e apoiar a implementação de iniciativas de segurança do paciente em diversas áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e da integração do NQSP nos estabelecimentos de saúde. A função primordial do NQSP é integrar as diversas instâncias que lidam com riscos na instituição, sempre com o paciente como sujeito e objeto final do cuidado. Ou seja, o paciente deve estar seguro, independentemente do processo de cuidado a que está sendo submetido.

Neste contexto a inserção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que têm como objetivo reduzir os danos evitáveis nos serviços de saúde, promovendo um ambiente mais seguro e eficaz para o cuidado dos pacientes.

Uma das práticas essenciais está em instituir Metas Internacionais de Segurança do Paciente a serem implementadas e monitoradas pelo NQSP, são prioritárias:

- Identificação correta do paciente para que sejam corretamente identificados em todas as etapas do atendimento, minimizando o risco de erros relacionados à identificação e evitando danos decorrentes de tratamentos inadequados.
- Melhoria na comunicação entre as equipes de saúde, definições de protocolos eficazes para a comunicação entre profissionais de saúde, especialmente durante as transições de cuidado (como na troca de turno ou durante o encaminhamento de pacientes), para garantir a continuidade segura do atendimento.

- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, assegurando a prescrição, dispensação e administração segura de medicamentos, minimizando os riscos de erros médicos e farmacológicos que possam prejudicar a saúde do paciente.
- Procedimentos cirúrgicos seguros, implementando práticas rigorosas para prevenir erros em procedimentos cirúrgicos, incluindo o uso de checklists e protocolos de segurança para garantir que os procedimentos sejam realizados de forma adequada e que os riscos sejam minimizados.
- Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, medidas rigorosas de controle de infecções para prevenir a transmissão de doenças, incluindo práticas adequadas de higiene, desinfecção e esterilização, além de campanhas educativas para todos os membros da equipe de saúde.
- Prevenção de lesões por quedas, através da implementação protocolos de prevenção de quedas, especialmente para pacientes em risco, como idosos e aqueles com mobilidade reduzida, visando à segurança e bem-estar do paciente durante sua permanência na unidade de saúde.

A implementação destas Metas Internacionais de Segurança do Paciente não apenas assegura a segurança dos pacientes, mas também promove uma cultura de segurança dentro da instituição, incentivando a melhoria contínua, a educação permanente dos profissionais e a integração entre as diferentes áreas da unidade. A adesão a essas metas é essencial para o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança exigidos pelas normativas nacionais e internacionais, refletindo diretamente na excelência do atendimento e nos resultados clínicos obtidos pela nossa instituição.

As implementação do NQSP deverá ser realizada por meio de um processo estratégico que inclui planejamento, execução, monitoramento e avaliação constantes, com atuações nas áreas essências, como:

- **Planejamento Estratégico** ao definir os objetivos e metas claras para a melhoria contínua da qualidade e segurança, alinhados com as diretrizes institucionais e as necessidades dos pacientes.
- Desenvolver e estabelecer protocolos de segurança, monitorar riscos, classificar eventos adversos e implementar programas de segurança baseados em evidências científicas e melhores práticas.
- **Gestão do Serviços de Atendimento aos Usuários (SAU)** garante um atendimento eficiente e seguro, promovendo uma comunicação eficaz com os

usuários e oferecendo suporte para resolver questões relacionadas ao atendimento e à experiência do paciente.

- Mapear, documentar e analisar processos de trabalho e indicadores de desempenho, buscando identificar oportunidades de melhoria e estabelecer ações corretivas quando necessário, fazem parte da gestão de processos.
- Estabelecer e liderar programas **de auditorias e certificações**, implementando sistemáticas execução e monitorização interna (na Instituição) e externa (em serviços essências terceirizado) com o objetivo de garantir a conformidade com normas de qualidade e segurança, legislação e implementação de boas práticas, além de buscar certificações que validem a excelência dos serviços prestados.

O NQSP tem como maior objetivo estabelecer as Metas de Segurança do Paciente, que são diretrizes internacionais estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por entidades como o Joint Commission International (JCI), com o objetivo de promover a segurança dos pacientes e reduzir o risco de danos relacionados à assistência à saúde. Estas metas são aplicáveis as unidades de saúde, visando a melhoria contínua da qualidade do atendimento e a minimização de erros e incidentes durante o processo assistencial.

As metas foram definidas para garantir que práticas seguras e eficazes sejam aplicadas no cuidado de pacientes, desde a admissão até a alta hospitalar. Abaixo, estão descritas as principais Metas Internacionais de Segurança do Paciente, com foco nas áreas de maior risco para os pacientes:

1. Identificação Correta do Paciente

- Objetivo: Assegurar que os pacientes sejam corretamente identificados durante todos os processos assistenciais.
- Prática: Utilização de pelo menos dois identificadores (como nome completo e data de nascimento) ao longo do atendimento, em todos os momentos críticos, como administração de medicamentos, realização de exames, procedimentos e durante a transferência de pacientes.
- Riscos associados: Erros de identificação podem resultar em administração equivocada de tratamentos, exames ou procedimentos.

2. Comunicação Eficaz entre Equipes de Saúde

- Objetivo: Garantir que a comunicação entre as equipes de saúde seja clara, precisa e eficaz, especialmente durante transferências de pacientes ou mudanças de turno.
- Prática: Implementação de protocolos de comunicação padronizados, como SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação), para facilitar a troca de informações entre os profissionais de saúde.
- Riscos associados: Falhas de comunicação podem resultar em erros médicos, administração incorreta de tratamentos e falhas no planejamento do cuidado.

3. Segurança na Prescrição e Administração de Medicamentos

- Objetivo: Minimizar os erros de medicação, que são uma das principais causas de incidentes adversos em hospitais.
- Prática: Garantir que a prescrição de medicamentos siga protocolos claros, com a checagem dupla de dosagens e vias de administração. A utilização de sistemas de prescrição eletrônica e de barras de código pode auxiliar na precisão da medicação.
- Riscos associados: Erros de medicação podem levar a reações adversas, overdose ou falhas terapêuticas.

4. Cirurgia Segura

- Objetivo: Prevenir os riscos associados a cirurgias, como a realização de procedimentos no paciente errado, no local errado ou de maneira inadequada.
- Prática: Implementação de protocolos de segurança para cirurgia, como a verificação de três pontos (paciente, procedimento e local), antes de qualquer intervenção cirúrgica.
- Riscos associados: A ausência de protocolos rigorosos pode resultar em erros graves, como cirurgia no local errado ou em pacientes errados.

5. Redução de Riscos Relacionados a Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

- Objetivo: Reduzir a incidência de infecções adquiridas durante o atendimento, um risco comum em ambientes hospitalares.

- Prática: Implementação de protocolos de controle de infecção, incluindo a higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs) e vigilância de infecções relacionadas ao atendimento, como infecções de corrente sanguínea associadas a cateteres e pneumonia associada à ventilação.
- Riscos associados: Infecções adquiridas no hospital podem resultar em complicações graves, aumento do tempo de internação e até óbito.

- Prevenção de Lesões por Quedas
- Objetivo: Prevenir quedas de pacientes, especialmente aqueles com maior risco devido à idade, condição clínica ou mobilidade limitada.
- Prática: Implementação de programas de prevenção de quedas, com a avaliação de risco de queda no momento da admissão e a adoção de medidas preventivas, como supervisão constante, uso de calçados adequados, barras de apoio e pisos antiderrapantes.
- Riscos associados: Quedas podem resultar em fraturas, contusões graves e agravar o estado de saúde do paciente.

7. Prevenção de Úlceras por Pressão (Escaras)

- Objetivo: Prevenir o desenvolvimento de úlceras por pressão, que são lesões cutâneas causadas pela compressão prolongada da pele.
- Prática: Avaliação contínua da condição da pele dos pacientes, especialmente os imobilizados, e uso de dispositivos de alívio de pressão, como colchões e almofadas especiais.
- Riscos associados: Úlceras por pressão podem causar infecções, dor intensa e complicações graves, prolongando a recuperação e aumentando o risco de morte.

8. Segurança no Uso de Equipamentos Médicos

- Objetivo: Garantir que os equipamentos médicos sejam utilizados de forma segura e eficaz.
- Prática: Adoção de protocolos rigorosos para a calibração, manutenção e utilização adequada de equipamentos médicos, além de treinamento contínuo da equipe sobre o uso correto desses dispositivos.

- Riscos associados: O uso inadequado ou a falha no funcionamento dos equipamentos podem levar a diagnósticos incorretos, tratamentos inadequados ou até danos físicos aos pacientes.

9. Prevenção de Lesões por Medicamentos de Alto Risco

- Objetivo: Identificar e minimizar os riscos associados ao uso de medicamentos com alto potencial de causar danos, como anticoagulantes e quimioterápicos.
- Prática: Adoção de protocolos específicos para o manuseio, prescrição e administração desses medicamentos, com verificação dupla e monitoramento contínuo dos pacientes.
- Riscos associados: Erros no uso de medicamentos de alto risco podem resultar em efeitos adversos graves, como hemorragias ou toxicidade.

REGIMENTO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Implementação das Metas de Segurança do Paciente, sejam efetivamente implantadas, é fundamental que a instituição de saúde adote uma abordagem integrada e envolva todos os níveis hierárquicos, da alta gestão aos profissionais de linha de frente. Isso inclui o desenvolvimento de uma cultura de segurança, a realização de treinamentos contínuos, a utilização de tecnologias de apoio, o monitoramento constante dos resultados e a realização de melhorias contínuas com base em dados de desempenho, proporcionando uma assistência de saúde mais segura, reduzindo os erros assistenciais e os eventos adversos, e criar um ambiente mais seguro tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

O Hospital _____ é uma entidade de Direito Público (Privado), constituída juridicamente como Sociedade Civil, prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade de _____, Estado _____, administrada pela _____.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), que normatiza e oferece diretrizes de organização e seu relacionamento no Hospital.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º

O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é instância de caráter permanente de assessoria ao Hospital _____, vinculado à Diretoria Geral, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da qualidade e segurança do paciente, segundo RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013 que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde, por meio do processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Art. 2o

Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;

V - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - núcleo de qualidade e segurança do paciente (NQSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Art. 3o

O NQSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

V – Implementar as diretrizes estabelecidas pelo NQSP-Central.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 4o

O diretor geral do serviço de saúde deve constituir o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura existentes para o desempenho das atribuições do NQSP.

Art. 5º

Para o funcionamento sistemático e contínuo do NQSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo NQSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º

Compete ao NQSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Art. 7o

O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - identificação do paciente;

V - higiene das mãos;

VI - segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

XII - prevenção de úlceras por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;

XVII - promoção do ambiente seguro.

CAPÍTULO III

DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS E DO MONITORAMENTO

Art. 8o

O monitoramento dos incidentes e eventos sentinela/ adversos será realizado pelo Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

Art. 9o

A notificação dos eventos adversos/ sentinela, deve ser realizada mensalmente pelo NQSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

Parágrafo único - Os eventos adversos/ sentinela que evoluírem para óbito devem ser notificados para ANVISA em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 10o

A classificação, investigação e tratativa dos eventos adversos/ sentinela, devem ser realizados pelo NQSP, conforme diretrizes e formulários disponibilizados pelo NQSP- Central.

CAPÍTULO IV

DOS COMPONENTES E DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11o

O NQSP do hospital_____ deve ser constituído por uma equipe multiprofissional formalmente indicada pela diretoria geral do hospital.

Art. 12o

O NQSP deve ser composto minimamente pelo diretor geral e o gestor do NQSP, contando com a equipe multiprofissional como consultoria, quando necessário.

O NQSP do Hospital _____ é composto pelos membros que seguem:

I – Diretor Geral;

II – Gestor da Qualidade;

III – Membros Consultores:

a. Serviço Médico;

b. Serviço de Enfermagem;

c. Serviço de Farmácia;

d. Serviço de Nutrição;

e. Administração.

Parágrafo único - Os membros do NQSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pelo diretor geral, mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

I- Por iniciativa própria;

II- Por provocação escrita, devidamente fundamentada;

III- A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

Art. 12o

Compete ao Diretor Geral, enquanto membro patrocinador do NQSP:

I. Apoiar a implantação do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente;

II. Elaborar e disseminar o processo de implantação e manutenção do NQSP;

III. Constituir o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IV. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NQSP;

V. Proporcionar e estimular a integração entre os diversos setores do ambiente hospitalar visando a notificação e investigação imediata quando da suspeita da ocorrência de agravos;

VI. Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do NQSP.

Art. 13o

Compete ao Gestor do NQSP:

I. Receber, registrar, distribuir, expedir e arquivar documentos e processos;

II. Protocolar documentos recebidos ou enviados pelo NQSP;

III. Digitar textos, memorandos e comunicados referentes ao NQSP;

IV. Elaborar as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do NQSP;

V. Viabilizar, organizar e aplicar treinamentos, palestras e cursos;

VI. Realizar auditorias internas nas unidades assistenciais, para avaliação de situações de risco;

VII. Participar da classificação, investigação, tratativa e divulgação dos dados referentes aos eventos adversos/ sentinelas;

VIII. Orientar os demais profissionais da instituição quanto a condutas pertinentes relacionadas a eventos adversos/ sentinela;

IX. Difundir orientações e medidas de prevenção de eventos adversos/ sentinelas.

X. Participar da elaboração/ validação de instruções de trabalho e outros documentos relacionados ao contexto;

XI. Mapear e gerenciar riscos de forma preventiva;

XII. Desenvolver as áreas para o processo de Acreditação Hospitalar;

XIII. Gerenciar o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);

XIV. Incentivar a Gestão por Processos (Mapeamento, Indicadores e Ações de Melhoria);

XV. Estimular a Gestão Integrada (Planejamento e Desempenho);

XVI. Atender aos compromissos do NQSP-Central.

Art. 14o

Compete aos Membros Consultores do NQSP:

I. Participar da elaboração/ validação de instruções de trabalho e outros documentos relacionados ao contexto;

II. Participar da classificação, investigação, tratativa e divulgação dos dados referentes aos eventos adversos/ sentinelas, quando convocados.

III. Atender as questões éticas e de confidencialidade das informações.

Art. 15o

O NQSP se reunirá, no mínimo, mensalmente.

CAPÍTULO XI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 16º

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Diretor Geral.

Art. 17º

Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela Diretoria Geral do Hospital.

APROVAÇÃO

_____ Data: _____/_____/_____

Diretor Geral

2.1.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

O serviço de **Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH)** é um componente essencial dentro das unidades de saúde, com a responsabilidade de monitorar, identificar, prevenir e controlar os riscos de surtos, epidemias e infecções relacionadas aos cuidados de saúde. Sua principal missão é proteger a saúde dos pacientes, profissionais e visitantes, implementando práticas que garantam a qualidade e segurança do atendimento. A seguir, descrevemos as etapas de implementação e as ações principais dessa vigilância dentro do ambiente hospitalar:

1. Estruturação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar

A implementação da vigilância epidemiológica na Instituição exige uma estrutura organizada e capacitada, com equipes multidisciplinares, que podem incluir profissionais de saúde pública, médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório e outros especialistas. Essa equipe é responsável pela análise de dados, investigação de surtos, e elaboração de estratégias para controle de doenças, coordenada pela CCIH, que deve estar vinculada à Direção Técnica do hospital e ser composta por profissionais qualificados.

A eficiência na sistemática de desenvolvimento e implementação para coleta de dados coleta e análise de dados sobre infecções, surtos e eventos adversos, envolve a inserção de protocolos para o controle de infecções hospitalares, medidas de prevenção, controle de surtos e vigilância ativa.

2. Ações de Vigilância Epidemiológica

As ações de vigilância epidemiológica envolvem uma série de medidas preventivas, educativas e corretivas, visando o controle de doenças e infecções, além de garantir a segurança e o bem-estar de todos os envolvidos no atendimento hospitalar.

2.1 M**onitoramento de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS):**

- **Coleta de Dados:** Identificação de infecções hospitalares por meio de monitoramento ativo e passivo de surtos de infecção, como infecções do trato urinário, respiratórias, circulatórias e infecções associadas a dispositivos médicos.
- **Análise de Dados:** Acompanhamento de taxas de infecção e identificação de padrões epidemiológicos para antecipar surtos ou epidemias.
- **Investigação de Casos:** Realização de investigações clínicas sobre os casos de infecções adquiridas dentro do hospital, com protocolos de notificação aos órgãos reguladores de saúde.

2.2 Monitoramento de Epidemias e Surto de Doenças

- **Detecção Precoce:** A vigilância ativa permite a identificação precoce de surtos, como infecções virais, bacterianas ou doenças respiratórias.
- **Respostas Rápidas:** Implementação de ações emergenciais para conter surtos, como isolamento de pacientes, interrupção de serviços de risco, e medidas sanitárias específicas.
- **Notificação e Comunicação:** Comunicação contínua e eficaz com as autoridades de saúde pública (municipais, estaduais e federais) para o monitoramento e controle de surtos e epidemias.

2.3 Prevenção de Infecções Hospitalares

- **Higiene das Mãos:** Implementação de programas de educação contínua sobre higienização das mãos para profissionais de saúde e pacientes.
- **Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):** Garantia do uso correto e adequado de EPIs para profissionais de saúde, de acordo com os riscos de exposição.
- **Controle de Infecções por Procedimentos Cirúrgicos:** Adotar protocolos rigorosos de antissepsia e controle de esterilização em ambientes cirúrgicos, visando prevenir infecções pós-operatórias.

2.4 Controle de Resíduos e Equipamentos

- **Gestão de Resíduos:** Implementação de medidas rigorosas para a segregação, armazenamento e descarte de resíduos hospitalares, especialmente os infectantes, garantindo a segurança e prevenindo a disseminação de infecções.

- **Desinfecção e Esterilização:** Estabelecimento de processos de desinfecção e esterilização eficientes para equipamentos médicos e ambientes hospitalares, com verificação periódica da eficácia dessas medidas.

3. Indicadores de Desempenho

- A implementação da vigilância epidemiológica hospitalar deve ser acompanhada de indicadores de desempenho que possibilitem a análise de efetividade das ações. Alguns indicadores importantes incluem:
- **Taxa de infecção hospitalar:** Percentual de pacientes que apresentam infecções relacionadas à assistência.
- **Taxa de mortalidade associada à infecção:** Avaliação do impacto das infecções nas taxas de mortalidade hospitalar.
- **Número de surtos identificados e controlados:** Quantificação dos surtos e epidemias que foram identificados e controlados eficazmente.
- **Conformidade com as medidas de higiene:** Percentual de profissionais que seguem as diretrizes de higiene das mãos e uso de EPIs.

4. Comunicação e Monitoramento Contínuo

- A vigilância epidemiológica hospitalar deve garantir uma comunicação contínua com a equipe multidisciplinar, com reporte direto à alta administração do hospital. Relatórios periódicos devem ser gerados para monitorar os indicadores e avaliar a eficácia das ações implementadas, além de possibilitar ajustes contínuos na estratégia.

Conclusão

- A **Vigilância Epidemiológica Hospitalar** é essencial para garantir a qualidade do cuidado, segurança do paciente e para prevenir e controlar infecções e surtos dentro das unidades de saúde. Sua implementação exige a adoção de práticas e protocolos rigorosos, capacitação contínua da equipe de saúde e um sistema eficaz de monitoramento e comunicação. Essas ações devem ser continuamente avaliadas e ajustadas para promover um ambiente hospitalar seguro e saudável para todos.

2.1.12 Núcleo Interno de Regulação

O **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** desempenha um papel essencial na organização e otimização do fluxo de pacientes dentro das unidades de saúde. Sua principal função é coordenar, regular e monitorar o acesso aos serviços hospitalares, garantindo a organização e eficiência no atendimento. O NIR visa assegurar que os pacientes sejam encaminhados para os serviços mais adequados conforme a complexidade de seu caso, respeitando os critérios clínicos, administrativos e regulatórios estabelecidos.

A implementação eficaz do **Núcleo Interno de Regulação** contribui para a organização e otimização do atendimento hospitalar, garantindo que os recursos do hospital sejam utilizados de forma eficiente, que os pacientes recebam cuidados adequados com base na gravidade de seus casos e que os fluxos de entrada e saída de pacientes sejam gerenciados de maneira eficaz. O NIR é fundamental para melhorar a qualidade do atendimento, reduzir o tempo de espera e promover a segurança dos pacientes.

1. Estruturação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) deve ser feita de forma integrada, com uma equipe de profissionais capacitados e dotados de ferramentas para gerenciar o fluxo de pacientes. A equipe do NIR deve ser composta por:

- **Coordenador do NIR:** Responsável pela supervisão geral e articulação com outros serviços hospitalares.
- **Equipe Administrativa e Operacional:** Responsável pelo agendamento, recepção, comunicação e monitoramento dos pacientes no processo de regulação.
- **Sistemas de TI e Ferramentas de Monitoramento:** Tecnologia da informação para otimizar os processos de regulação e garantir que o fluxo de pacientes seja acompanhado em tempo real.

2. As ações do Núcleo Interno de Regulação, deverá estar focada em promover a gestão eficiente dos pacientes, coordenando os serviços de forma que todos os recursos hospitalares sejam utilizados de maneira otimizada, reduzindo filas e evitando desperdícios.

2.1 Coordenação e Fluxo de Pacientes

- **Abertura de leitos,** responsável por fazer a regulação interna de leitos, gerenciando a ocupação de acordo com a gravidade dos casos e as necessidades de

cada paciente. A prioridade é garantir que pacientes com maior risco e complexidade recebam atendimento adequado, enquanto o fluxo é equilibrado para evitar sobrecarga.

- **Encaminhamento para especialidades,** realiza a triagem e o encaminhamento de pacientes para as diferentes especialidades da Instituição, garantindo que os pacientes sejam atendidos pela equipe médica mais indicada para o seu caso, conforme protocolos clínicos e critérios definidos.
- **Integração com emergência,** coordenar a alocação de pacientes com diagnósticos de especialidades, emergência e UTI, sempre priorizando os casos mais graves com o central de regulação de pacientes.
- **Transporte interno de pacientes,** coordenação do transporte interno e externo de pacientes, facilitando a mobilidade e o acesso a exames e tratamentos especializados.

2.2 Monitoramento e Acompanhamento Contínuo

- **Acompanhamento de desempenho, u**tilizando indicadores de desempenho (como tempo de espera, tempo de internação, tempo de resposta das especialidades), o NIR deve monitorar constantemente o desempenho do fluxo de pacientes, garantindo a melhoria contínua no processo de regulação.
- **Avaliação e priorização,** contínua de pacientes com base na gravidade de suas condições, conforme protocolos clínicos e de emergência. Em situações de emergência ou surtos, o NIR deve agir rapidamente para garantir a alocação de leitos e recursos conforme as necessidades clínicas.

2.3 Integração com Outros Setores

- **Comunicação com setores externos** e integração com o Sistema de Regulação Municipal ou Estadual também otimizando o fluxo de pacientes e serviços.
- **C**omunicação fluida com a administração hospitalar, equipes médicas e de enfermagem, garantindo que todas as informações sobre a disponibilidade de leitos, especialidades e urgências sejam compartilhadas de forma rápida e eficiente.
- **Relacionamento com pacientes e familiares,** desempenhando papel fundamental na comunicação com os pacientes e seus familiares, garantindo que todas as necessidades de informações sobre o andamento da internação e transferências internas sejam esclarecidas de forma transparente.

2.4 Protocolos e Diretrizes de Regulação

- **Desenvolvimento de protocolos** e diretrizes clínicas, que orientem a regulação de pacientes de forma padronizada. Esses protocolos podem incluir critérios de gravidade, prioridades de internação e transferência entre unidades do hospital.
- **Padronização de** processos de regulação, para que a tomada de decisão seja objetiva, transparente e com base em evidências clínicas. Isso inclui a definição de critérios claros para a alocação de recursos como leitos de UTI, leitos de internação e disponibilidade de exames e tratamentos especializados.

2.5 Educação e Capacitação da Equipe

- **Capacitação contínua** atualizando os protocolos de regulação, uso de sistemas de informação e novas diretrizes relacionadas à gestão de leitos e serviços hospitalares.
- **Gestão de fluxo,** desenvolvendo as competências relacionadas à gestão de fluxo de pacientes, como priorização de atendimentos e estratégias para otimizar a utilização de recursos hospitalares.

2.1.13 Outras Comissões

2.1.13.1 Comissão de Documentação Médica e Estatística – CDME

A Comissão de Revisão de Documentação Médica e Estatística objetiva promover as medidas normativas e técnicas de Controle de Execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos, segundo a Resolução nº 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde. Essa comissão deve atuar em consonância com a Comissão de Revisão de Prontuários e com a Comissão de Ética Médica.

Esta Comissão será responsável por monitorar e analisar criticamente os dados inseridos nos sistemas de informação do SUS. Este Tópico será amplamente abordado no item

O Regimento Interno desta Comissão, será compartilhado com o Regimento da Comissão de Revisão de Prontuários, já descrito no item 2.1.1.

Perfil dos Profissionais

Formação	Perfil	QTD*
Médico	Profissional com formação em medicina.	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem.	01
Administrador	Profissional com formação em Administração e que represente a Direção da Unidade.	01
Administrativo	Representante do Serviço de Estatística.	01

*Número mínimo de componentes na Comissão.

2.2 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: EQUIPE NECESSÁRIA A SISTEMÁTICA DE TRABALHO, HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) - conforme protocolo Programa Nacional de Humanização – PNH.

- **Objetivo**: Determinar a gravidade da condição da criança e priorizar o atendimento conforme a necessidade.
- **Como é feito**: As crianças são classificadas conforme a gravidade de sua situação clínica, de acordo com protocolos de triagem, como o Sistema de Triagem de acordo com a Classificação de Cores (vermelho para casos mais graves, até verde para casos menos urgentes).

Importância: Essa classificação permite que os casos mais graves sejam atendidos primeiro, enquanto as situações menos urgentes podem aguardar.

Avaliação Inicial

- **Objetivo**: Realizar uma avaliação clínica detalhada da criança para entender os sintomas e o histórico médico.
- **Como é feito**: Um pediatra ou médico de emergência faz uma anamnese (história médica), realiza o exame físico e solicita exames laboratoriais ou de imagem, se necessário.
- **Sinais e sintomas observados**: As condições mais comuns atendidas incluem febre, dificuldades respiratórias, desidratação, crises convulsivas, dores abdominais, entre outros.

Diagnóstico e Tratamento Imediato

- **Objetivo**: Identificar a causa da queixa e oferecer o tratamento inicial adequado.
- **Como é feito**: Dependendo do diagnóstico, os tratamentos podem incluir administração de medicamentos (antibióticos, antitérmicos, analgésicos), hidratação intravenosa, oxigenoterapia, entre outros.
- **Exemplos de condições tratadas**: Pneumonia, bronquiolite, desidratação, crises asmáticas, infecções de ouvido, entre outras patologias comuns em pediatria de baixa e média complexidade.

Monitoramento e Observação

- **Objetivo**: Avaliar a resposta ao tratamento e decidir se é necessário um encaminhamento para outro nível de cuidado (internação, UTI ou alta).
- **Como é feito**: Após a administração do tratamento inicial, a criança pode ser observada por um período para monitorar a evolução clínica. Isso pode incluir a medição contínua de sinais vitais (como temperatura, frequência cardíaca, respiração e pressão arterial).

Encaminhamento ou Alta

Objetivo: Garantir que a criança receba o atendimento adequado conforme a sua condição.

- **Alta:** quando a criança responder bem ao tratamento e não precisar de mais cuidados emergenciais, ela é liberada, com orientações para o acompanhamento ambulatorial e recomendações sobre sinais de alerta para retorno.
- **Encaminhamento**: Caso o diagnóstico indicar que a condição é mais grave e exige cuidados de maior complexidade, a criança pode ser encaminhada para unidade de internação, unidade de referência, como um hospital de alta complexidade ou unidade de terapia intensiva.
- **Receita Médica e Acompanhamento**: Caso a criança precise de medicamentos ou acompanhamento, as prescrições são feitas e encaminhadas para as unidades de saúde ou clínicas necessárias.
- **Orientações para Alta**: Antes da alta, o médico responsável revisa o caso e fornece as orientações finais para os pais ou responsáveis, com informações sobre

cuidados domiciliares e sinais de alerta para retorno ao pronto-socorro, caso a condição da criança piore.

Documentação e Comunicação

- **Objetivo**: Registrar todos os procedimentos e decisões, além de garantir que as informações sejam corretamente comunicadas à equipe médica e familiar.
- **Como é feito**: Toda a evolução clínica, intervenções realizadas e decisões de alta ou encaminhamento são documentadas no prontuário eletrônico da criança. O médico responsável também pode conversar com os pais ou responsáveis para esclarecer dúvidas e garantir a continuidade do cuidado.
- **Humanização**: A abordagem do pronto-socorro pediátrico deve ser altamente humanizada, considerando o impacto emocional e psicológico que a experiência de uma emergência pode causar tanto na criança quanto na família. Esse processo, quando bem executado, assegura que a criança receba o cuidado necessário no momento adequado, minimizando complicações e garantindo a recuperação da criança com o mínimo de estresse possível para ela e seus familiares.

Estrutura física:

- **Recepção**: Espaço acolhedor e acessível para os pais e responsáveis, com sinalização clara e orientação sobre o processo de atendimento.
- **Triagem (Classificação de Risco)**: Profissionais capacitados, geralmente enfermeiros, realizam a triagem inicial, classificando os casos de acordo com a gravidade (classificação de cores, como: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), priorizando os casos mais urgentes.
- **Consultórios de Atendimento Inicial**: Consultórios preparados com equipamentos pediátricos básicos (como estetoscópios, oxímetros de pulso, termômetros e balanças pediátricas) para a primeira avaliação médica.

Área de Exames Complementares

- **Laboratório**: Para exames rápidos, como hemogramas, exames de urina, glicemia, entre outros, que podem ser necessários para o diagnóstico.
- **Sala de Raio-X ou Ultrassom**: Equipamento de imagem para diagnóstico imediato de fraturas, infecções pulmonares, entre outros problemas.

- **Eletrocardiograma e Outros Exames**: Para crianças que apresentam sintomas cardíacos ou outras condições que exigem monitoramento especializado.

Área de Observação

- **Leitos de Observação**: Espaço com 17 leitos para crianças que precisam ser monitoradas por um período, após o atendimento inicial. Cada leito deve ser equipado com monitores de sinais vitais, como frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e temperatura.
- **Sala de Procedimentos**: Para realizar pequenos procedimentos médicos como suturas, drenagem de abscessos ou curativos em caso de lesões traumáticas.
- **Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem**: Profissionais responsáveis por monitorar os sinais vitais da criança e realizar intervenções quando necessário, sempre comunicando-se com a equipe médica.

Área de Emergências Críticas

- **Sala de Reanimação**: Sala com dois leitos, equipamento de suporte à vida (como desfibriladores pediátricos, ventiladores mecânicos e medicamentos de emergência) para crianças com condições graves, como parada cardiorrespiratória, asfixia, choque, entre outras.
- **Equipe Multidisciplinar**: Médicos intensivistas, enfermeiros especializados, fisioterapeutas respiratórios e outros profissionais de saúde preparados para agir rapidamente em situações de emergência.
- **Apoio Psicológico**: A presença de psicólogos é essencial para oferecer suporte emocional tanto para a criança quanto para os familiares, principalmente em situações de emergência.

Área de Descarte e Higienização

Controle de Infecções: Salas para descarte adequado de resíduos hospitalares, com protocolos rigorosos de higiene e controle de infecções para evitar a contaminação cruzada.

Higienização de Equipamentos: Área para a limpeza e esterilização de instrumentos médicos, com profissionais responsáveis pela correta manutenção da assepsia.

Metodologia de ACCR

A **Classificação de Risco com Acolhimento (ACCR)** dentro do contexto da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, aplicada com base em **cores**, é uma ferramenta fundamental em unidades de emergência, para organizar o fluxo de atendimento de forma eficiente e priorizando os casos conforme a gravidade. A aplicação por cores permite que os profissionais de saúde identifiquem rapidamente os pacientes que necessitam de atendimento imediato e aqueles que podem aguardar de forma mais tranquila.

A classificação por cores segue uma escala que vai da **prioridade máxima** para **atendimento emergencial imediato** até **menor urgência**, com um foco no atendimento rápido, eficiente e humanizado. Cada cor está associada a um nível de risco e urgência, o que permite otimizar os recursos e organizar o processo de atendimento.

Modelo de Classificação de Risco por Cores

A aplicação dessa classificação pode ser feita por meio da triagem inicial realizada por um profissional enfermeiro após a chegada do paciente ao serviço de pronto socorro.

Cor Vermelha – Emergência Imediata

Nível de Urgência: **Máxima Prioridade (tempo de atendimento 10 minutos)**
Descrição: Pacientes que necessitam de atendimento imediato, com risco de vida iminente. A situação é grave e requer intervenção rápida e intensa para salvar a vida do paciente.
Exemplos de Situações: Parada cardiorrespiratória, choque grave (hipovolêmico, séptico, cardiogênico), asfixia ou dificuldades respiratórias extremas (ex.: obstrução das vias aéreas), crises convulsivas persistentes, trauma grave com risco imediato de morte.
Ação: O paciente é imediatamente encaminhado para a sala de reanimação ou atendimento emergencial, com equipe completa de médicos e enfermeiros prontos para agir.

Cor Laranja – Urgente

Nível de Urgência: **Alta Prioridade (tempo de atendimento 30 minutos)**
Descrição: Pacientes com condições graves, mas que não estão em risco imediato de vida. A situação exige uma resposta rápida, mas há uma pequena janela de tempo para o tratamento.
Exemplos de Situações: Dificuldades respiratórias moderadas a graves (como em crises asmáticas intensas), dor abdominal severa, indicando possível emergência cirúrgica (apendicite, torção ovariana), convulsões que já cessaram, mas que exigem monitoramento, hemorragias moderadas ou fraturas graves (não expostas), trauma que comprometa funções vitais, mas sem risco imediato.
Ação: O paciente é atendido rapidamente, em um período de tempo mais curto que os demais, mas sem a urgência extrema da cor vermelha. A equipe médica deve iniciar o tratamento imediatamente após a avaliação.

Cor Amarela – Pouco Urgente

Nível de Urgência: **Média Prioridade (tempo de atendimento 60 minutos)**
Descrição: Pacientes que apresentam sintomas graves, mas que não são imediatamente ameaçadores à vida. Esses pacientes podem aguardar algum tempo para o atendimento, mas precisam de acompanhamento contínuo.
Exemplos de Situações: Febre alta com sinais de infecção, mas sem sinais de comprometimento grave (ex.: otite média, faringite), fraturas simples, que não apresentam risco imediato, condições respiratórias leves a moderadas (ex.: rinite alérgica severa, crises asmáticas leves), desidratação moderada, doenças virais com sintomas intensos, mas sem complicações imediatas.
Ação: O paciente é atendido em breve, mas não com a urgência dos casos vermelhos e laranjas. Monitoramento contínuo pode ser necessário para verificar a evolução do quadro clínico.

Cor Verde – Leve

Nível de Urgência: **Baixa Prioridade (tempo de atendimento 120 minutos)**

Descrição: Pacientes com condições não graves, que podem esperar por atendimento sem risco significativo à saúde. Esses pacientes são classificados como não urgentes.

Exemplos de Situações: Resfriados comuns ou sintomas gripais leves, pequenas lesões ou escoriações, desidratação leve ou sintomas de vírus que não comprometem a saúde da criança de maneira significativa, doenças crônicas estabilizadas que necessitam de ajustes no tratamento, sem risco imediato.

Ação: O paciente pode aguardar o atendimento por um tempo maior. A prioridade é baixa, e o atendimento será realizado após os casos mais urgentes.

Cor Azul – Não Urgente

Nível de Urgência: **Muito Baixa Prioridade (tempo de atendimento 240 minutos)**

Descrição: Pacientes com sintomas que não representam risco imediato à saúde e não exigem atendimento imediato. Esses casos podem ser agendados para consulta ambulatorial ou encaminhados para a atenção básica.

Exemplos de Situações: Exame de rotina ou controle de condições de saúde estáveis, pequenos problemas de saúde, como leves resfriados ou tosse, condições sem complicações e que não exigem cuidados de emergência.

Ação: O paciente é orientado a procurar cuidados ambulatoriais ou retornos em consultas agendadas.

Implementação da Classificação de Risco por Cores no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

O processo de **Classificação de Risco por Cores** é aplicado em conjunto com o **acolhimento**, que envolve a **escuta ativa** e o **respeito pelas necessidades emocionais** dos pacientes. Ao aplicar a ACCR com cores, é importante: **Proporcionar um Atendimento Humanizado**, o acolhimento deve ser realizado com empatia e explicação clara sobre o processo, garantindo que os pacientes (e responsáveis) compreendam a classificação e o que está sendo feito para o tratamento.

A classificação por cores permite que a equipe organize o fluxo de pacientes e atenda as situações mais graves de maneira rápida, sem desconsiderar os demais

casos. A prioridade de atendimento deve seguir a lógica das cores, com rapidez para os mais urgentes e eficácia no acolhimento dos demais casos.

Os b**enefícios da Classificação por Cores no ACCR** estão na o**rganização e eficiência**, facilitando a organização do fluxo de pacientes, evitando longas esperas para casos urgentes e críticos.

Atenção Prioritária garante que os pacientes mais graves recebam o tratamento imediato, aumentando as chances de um desfecho positivo, bem como a c**omunicação clara**, através da utilização de cores simples facilita a compreensão de toda a equipe de saúde sobre a situação do paciente, além de tornar a explicação para o paciente ou responsável mais acessível.

2.3 APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO CONFORME O PERFIL DAS UNIDADES. CASO O PROTOCOLO NÃO TENHA SIDO ELABORADO PELO PROPONENTE, DEVERÁ SER APRESENTADA DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL MÉDICO E DE ENFERMEIRO QUE OS PROTOCOLOS ATENDEM AO PERFIL DAS UNIDADES.

O manual de protocolos clínicos da SBSJ segue em **anexo 1**.

2.4 OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO. NESTE CASO, DEVE-SE APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO ETC.

PROGRAMA DE VOLUNTARIADO

O voluntariado é uma ação altruísta realizada por indivíduos que se dedicam a ajudar o próximo sem esperar recompensas materiais. Essa prática é essencial para fortalecer a sociedade, especialmente em contextos de saúde, onde o apoio aos

pacientes vai além do cuidado médico, incorporando o acolhimento, o conforto emocional e a humanização do atendimento

A SBSJ em consonância com a valorização humana, propõe a formalização do Programa de Voluntariado nas Unidades em que atua, pois, acredita que por meio da atividade voluntária é possível a troca de valores e experiências.

O objetivo é assegurar a atuação voluntária nas Unidades de Saúde, Educação e Assistência Social, proporcionando a igual valorização e crescimento pessoal de todos os participantes e usuários, ao mesmo tempo em que promove a interação com a comunidade local.

Quem pode ser voluntário:

Quem deseja participar do Programa deve ter a partir de 16 anos de idade, e sendo menor de 18 anos, ser autorizado (a) pelo responsável legal.

Atribuições do voluntário: A atuação deve ser respeitada, de acordo com o local e orientação do coordenador, sendo realizada individualmente ou em grupo para beneficiar outras pessoas. A definição das áreas de atuação facilita o entendimento dos processos e do papel de cada um.

Objetivos do Voluntariado: Oferecer apoio emocional e psicológico: Em unidades de saúde, os voluntários têm a função de apoiar pacientes e familiares, proporcionando uma escuta ativa, conforto e um ombro amigo em momentos de vulnerabilidade.

Apoiar nas atividades diárias: Os voluntários ajudam nas tarefas diárias de uma unidade de saúde, como a organização de espaços, apoio logístico e realização de atividades recreativas para pacientes.

Áreas de atuação: O voluntário que deseja atuar na área da Saúde precisa ter sensibilidade para entender a situação vivenciada pelo usuário. Assim como adotar uma postura acolhedora, tornando mais humano o ambiente da Unidade em que atua. Veja algumas situações:

- “Posso ajudar?”: Além do acolhimento, o voluntário também desempenha um papel importante para fornecer informações e orientações sobre a rotina e os serviços prestados aos usuários dentro da Unidade de saúde em que está.

- Eventos, ações e campanhas: Será apresentado um tema e conceito a ser desenvolvido, podendo contar com o apoio do setor de Comunicação na realização.

Ao ser orientado sobre o tema, forma de abordagem e causa destinada, o voluntário poderá estimular a participação da comunidade e dos usuários. Pode ser realizado dentro e fora da Unidade, desde que sejam ações voltadas à promoção social, preventiva e educativa, contando com o devido planejamento e normas de segurança.

IMPLANTAÇÃO DO VOLUNTARIADO

Implementar um programa de voluntariado em uma organização ou instituição requer planejamento cuidadoso, estrutura adequada e estratégias que garantam o sucesso e a eficácia do programa. A seguir, estão os principais passos para implementar um programa de voluntariado eficaz:

1. Definir os Objetivos e Propósitos do Programa

Antes de iniciar o programa, é essencial esclarecer o objetivo e o propósito do voluntariado na organização. Perguntas como "Qual é a missão do programa?", "Que impacto queremos alcançar?", e "Como os voluntários contribuirão para alcançar esses objetivos?" devem ser respondidas.

Exemplo: O programa de voluntariado pode ter como objetivo apoiar pacientes em hospitais, melhorar a qualidade de vida de idosos em lares de idosos ou contribuir com serviços sociais na comunidade.

2. Identificar as Áreas e Atividades para Voluntários

- É importante determinar quais áreas ou atividades os voluntários irão atuar. Isso depende das necessidades da organização e da comunidade. As áreas podem incluir:
- Assistência direta ao paciente: Apoio emocional, atividades recreativas, acompanhamento em consultas.
- Apoio administrativo: Organizar eventos, auxiliar na gestão de recursos.
- Apoio logístico: Transporte, organização de espaços, auxílio em campanhas.

- Apoio social e educacional: Aconselhamento, tutoria, cursos.

3. Estabelecer Requisitos para os Voluntários

- Defina os requisitos que os voluntários devem atender para participar do programa. Estes requisitos podem incluir:
- Idade mínima
- Comprometimento com a carga horária
- Habilidades ou experiências específicas (como atendimento ao público, conhecimentos na área da saúde, etc.)
- Interesse e motivação para a área de atuação

4. Desenvolver uma Estrutura Organizacional para o Programa

- Crie uma estrutura clara de gestão e coordenação do programa. Isso inclui:
- Coordenadores de voluntariado: Profissionais responsáveis pela gestão dos voluntários, recrutamento, treinamento e acompanhamento.

- Supervisores de campo: Profissionais de cada área de atuação que orientarão os voluntários nas atividades práticas.
- Equipe de apoio: Outros colaboradores que auxiliam no planejamento e na administração do programa.

5. Recrutamento e Seleção de Voluntários

- Implemente um processo de recrutamento e seleção dos voluntários, que pode envolver:
- Divulgação em redes sociais, site da organização, jornal local ou eventos comunitários.
- Parcerias com escolas, universidades, igrejas ou associações comunitárias para recrutar novos voluntários.
- Entrevistas e testes (se necessário) para verificar se os candidatos têm os valores e habilidades que atendem às necessidades da organização.

6. Desenvolver um Programa de Treinamento

- Treine os voluntários para prepará-los para as suas funções. O treinamento deve incluir:

- Informações sobre a organização: Missão, valores, políticas e procedimentos.
- Especificidades da função: O que se espera do voluntário, como ele pode contribuir para o sucesso das atividades.
- Treinamento em habilidades: Se necessário, oferecer treinamento em áreas como atendimento ao paciente, primeiros socorros, comunicação, ética e confidencialidade.
- Aspectos legais e de segurança: Orientações sobre a segurança do voluntário e dos beneficiários, como lidar com situações de risco e o uso correto de equipamentos, se aplicável.

7. Criar um Sistema de Acompanhamento e Suporte

- É fundamental oferecer um acompanhamento contínuo aos voluntários, fornecendo feedback, suporte e acompanhamento de suas atividades:
- Reuniões regulares: Avaliar o progresso e o impacto das atividades.
- Mentoria ou supervisão: Disponibilizar profissionais experientes para orientar os voluntários.

- Avaliação contínua: Coletar feedback tanto dos voluntários quanto das equipes de trabalho para avaliar o desempenho e as melhorias necessárias no programa.

8. Reconhecimento e Valorização dos Voluntários

- Reconhecer e valorizar o trabalho dos voluntários é essencial para a manutenção do engajamento e da motivação. Algumas ações incluem:
- Certificados de participação ou cartões de agradecimento.
- Eventos de reconhecimento: Realizar eventos para celebrar o trabalho dos voluntários, como jantares ou encontros anuais.
- Oportunidades de crescimento: Oferecer aos voluntários a chance de evoluir em suas funções ou de se envolver em projetos mais significativos.

9. Monitoramento e Avaliação do Programa

- Para garantir que o programa de voluntariado seja eficaz, é necessário estabelecer processos de monitoramento e avaliação. Isso inclui:

- Indicadores de desempenho: Estabelecer métricas para medir o impacto do programa, como o número de pacientes atendidos, satisfação dos voluntários e feedback dos beneficiários.
- Pesquisas de satisfação: Enviar formulários de feedback aos voluntários e às pessoas atendidas para avaliar o sucesso e identificar áreas de melhoria.
- Revisão regular: Realizar avaliações periódicas do programa para identificar o que está funcionando bem e onde ajustes podem ser feitos.

10. Ajustes e Melhoria Contínua

- Com base nas avaliações e feedbacks recebidos, ajuste e melhore continuamente o programa. Isso pode envolver mudanças na estrutura de treinamento, nas áreas de atuação dos voluntários ou na forma de reconhecimento. A flexibilidade e adaptação são fundamentais para o sucesso do programa a longo prazo.
- Contador de História: A ação de contar e ouvir histórias possibilita a construção afetiva e cultural, além do resgate de memórias que estimulem a imaginação.
- Oficinas: Elaborar e participar de oficinais em grupo ou individuais para desenvolver novas habilidades com os usuários. Exemplo: artesanato, pintura, culinária, reciclagem, informática, entre outras.
- Cuidados com a Beleza e Higiene: Oferecer atividades que possam elevar a autoestima dos usuários, como: cuidados com cabelo, unhas, pele, entre outros procedimentos de higiene pessoal.

Promover a humanização do atendimento: A presença de voluntários contribui para um ambiente mais acolhedor, proporcionando uma sensação de cuidado e humanidade em momentos de dificuldades e incertezas.

3. F3. QUALIDADE SUBJETIVA

3.1 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO AO PASSAR PELA UNIDADE DE SAÚDE

3.1.1 Como estruturará a Informação aos usuários (usuários e familiares) acerca do processo de Atenção, tanto em aspectos prévios (em quantos serviços implantará o consentimento informado) e, especialmente, a informação durante o processo de atenção (lugares onde se efetuará a informação; horários e frequência da informação, para cada uma das Clínicas).

ACOLHIMENTO

O acolhimento na unidade de saúde é um processo essencial que visa garantir a humanização do atendimento, proporcionando conforto, confiança e segurança para pacientes e seus familiares desde o momento da admissão até a alta. A seguir, descrevemos técnicas e orientações para o acolhimento em diferentes áreas do hospital, com o objetivo de melhorar a experiência do paciente e contribuir para a qualidade do cuidado prestado.

1. Acolhimento na Admissão

Recepção, deve ser realizada de forma calorosa e acolhedora, com uma equipe treinada para lidar com o paciente e seus acompanhantes de maneira empática. Ao realizar a triagem, é importante apresentar-se e explicar claramente o processo de admissão.

Informação deve ser clara, o paciente e seus familiares devem ser informados sobre o processo de internação, os documentos necessários e os procedimentos que serão realizados. Isso deve ser feito de forma simples e acessível.

Identificação do paciente, todos os pacientes devem ser identificados corretamente com pulseiras de identificação e outras formas de comunicação visual, garantindo a segurança e evitando erros.

2. Acolhimento nas Unidades de Internação

Acolhimento inicial, ao chegar na unidade de internação, é importante que o paciente se sinta acolhido pela equipe assistencial, com uma saudação cordial e a explicação de como funcionam os cuidados no local.

Apresentação da equipe, todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) devem se apresentar ao paciente de forma clara, para que ele saiba quem irá acompanhá-lo durante sua estadia.

Conforto e privacidade, a equipe deve garantir que o paciente tenha acesso ao conforto necessário no quarto (temperatura, higiene, alimentação adequada e acesso à comunicação). A privacidade também deve ser respeitada, principalmente durante a realização de procedimentos.

Esclarecimento sobre procedimentos e riscos, antes de qualquer procedimento, o paciente deve ser informado sobre o que será feito, seus benefícios, riscos e alternativas. O Termo de Consentimento Informado deve ser fornecido e esclarecido.

3. Acolhimento nas Áreas de Urgência e Emergência

Acolhimento rápido e eficiente, no atendimento em situações de emergência exige uma resposta rápida, mas não deve desconsiderar a necessidade de acolhimento emocional. A equipe deve garantir que o paciente receba atendimento imediato e, ao mesmo tempo, seja tratado com respeito e empatia.

Avaliação de prioridade (Classificação de Risco), deve ser realizada uma avaliação de triagem para determinar a urgência do atendimento, sempre explicando ao paciente o processo e os critérios de classificação.

Apoio aos familiares, em situações de urgência/emergência, os acompanhantes devem ser informados sobre o andamento do atendimento, de forma clara, sem causar alarmes, e serem orientados sobre os próximos passos.

4. Acolhimento no Centro de tratamento Intensivo (UCI):

Orientações iniciais, devido à complexidade do atendimento na UCI, é essencial que familiares e pacientes sejam informados sobre as limitações e regras da unidade, como restrições de visitação e horários específicos.

Contato contínuo com a família, a equipe de saúde deve manter uma comunicação constante com a família, explicando o estado clínico do paciente, o

prognóstico e as medidas terapêuticas adotadas. Informações claras e regulares ajudam a reduzir a ansiedade dos familiares.

Privacidade e humanização, embora o atendimento intensivo seja técnico e focado na saúde, é importante que a equipe mostre sensibilidade, respeitando a dignidade do paciente e oferecendo apoio emocional.

5. Acolhimento no Centro Cirúrgico

Esclarecimento pré-operatório, antes da cirurgia, o paciente deve ser informado sobre o tipo de procedimento, seus riscos e as orientações pós-operatórias. A equipe deve garantir que o paciente compreenda tudo, tirando dúvidas de forma detalhada.

Apoio emocional, muitas vezes, a ansiedade do paciente é elevada antes de uma cirurgia. A equipe deve ser atenciosa, oferecendo apoio emocional, explicando de maneira calma e segura o que ocorrerá durante o processo.

Acompanhantes, durante o pré-operatório, familiares devem ser orientados sobre os tempos estimados da cirurgia, áreas de espera e formas de acompanhar o processo de forma segura.

6. Acolhimento em Consultórios e Ambulatórios

Recepção, ao agendar a consulta, é importante que o paciente tenha informações claras sobre o horário, localização e o que esperar do atendimento. A equipe de recepção deve garantir que o paciente se sinta bem-vindo e informado.

Esclarecimento de procedimentos, no consultório ou ambulatório, o médico deve proporcionar uma explicação detalhada sobre os exames ou tratamentos propostos, os benefícios e possíveis riscos, com base no consentimento informado.

Apoio pós-consulta, após a consulta, deve-se fornecer ao paciente todas as orientações necessárias para o seguimento de seu tratamento, com atenção especial aos medicamentos e ao agendamento de exames futuros.

7. Acolhimento Pós-Alta

Orientações sobre cuidados futuros, no momento da alta, o paciente e seus acompanhantes devem ser orientados sobre os cuidados em casa, a medicação necessária e os sinais de alerta para possíveis complicações.

Acompanhamento pós-alta, quando necessário, o paciente deve ser informado sobre a continuidade do acompanhamento médico ou outros serviços, como fisioterapia ou consultas de seguimento.

Apoio psicológico, se o paciente demonstrar necessidade, deve ser oferecido suporte psicológico, para lidar com a recuperação após a alta.

O acolhimento eficaz é um processo contínuo que deve ser integrado a todas as áreas do hospital. Ele deve envolver empatia, clareza nas orientações, respeito pela autonomia do paciente e uma abordagem centrada no ser humano. A boa comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares é essencial para garantir que o cuidado prestado seja de qualidade, seguro e humanizado.

Cada área do hospital deve estar preparada para proporcionar um acolhimento adequado às necessidades do paciente, sempre respeitando suas particularidades e oferecendo apoio emocional e informativo.

Instrução aos Usuários

Os pacientes e acompanhantes admitidos na instituição serão devidamente informados sobre os objetivos e a rotina da classificação de risco.

Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para Visitas

Horários de Visitas

Os horários de visitação serão estabelecidos de forma a equilibrar o acesso dos familiares e amigos com as necessidades de cuidado médico e os protocolos de segurança, conforme quadro abaixo:

HORÁRIO DE VISITAS			
UNIDADE	**HORÁRIO**	**Nº PESSOAS**	**OBSERVAÇÃO**
Clinica Medica	DAS 15:00 AS 16:00 DAS 19:30 AS 20:30	Entrada de 02 Pessoas por vez.	Permitida uma troca de visitantes no período
Clinica Cirúrgica	DAS 15:00 AS 16:00 DAS 20:00 AS 21:00	Entrada de 01 Pessoas por vez.	Permitida uma troca de visitantes no período
UCI	DAS 14:00 AS 15:00 DAS 20:00 AS 21:00	Entrada de 02 Pessoas por vez.	Não será permitida a troca de visitantes no período
Visita Técnica	Agendada previamente via e-mail institucional.	A ser agendado de acordo com a disponibilidade	Quantidade autorizada pela Direção e ou Gerenciarespeitando orientações da SCIH.
Visita Ecumenica	DAS 09:00 AS 11:00	Entrada de ate 02 Pessoas por vez.	Casos exepcionais deverá ser autorizado pela Direção e ou Gerencia
Troca de Acompanhantes	DAS 07:00 AS 08:00 DAS 19:30 AS 20:30	01 Pessoas .	Casos exepcionais deverá ser autorizado pela Direção e ou Gerencia
** Nota: A definição de horário descrito, pode ser alterada atender o que está sendo praticado na unidade.*			

Horário padrão de visitação, poderá ser determinado por cada unidade hospitalar, no geral é de 01 hora, dependendo da natureza do tratamento do paciente poderá ser alterado. O horário ideal é entre 14h e 20h, para evitar o acúmulo de pessoas e garantir um ambiente calmo durante os turnos de trabalho médico e de enfermagem.

Unidade Cuidados Intermediários Intensiva (UCI): Devido à gravidade do estado dos pacientes, é prudente reduzir o fluxo de pessoas, as visitas foram organizadas de forma mais restritas e organizadas em horários específicos. Normalmente, o número de acompanhantes é limitado e os horários podem ser fracionados. A entrada de visitantes pode está restrita a 1 por paciente, permitindo 01 troca.

Critérios para Visitação

A admissão e permanência de visitantes no hospital devem ser baseadas em critérios claros, visando à segurança do paciente, dos acompanhantes e da equipe médica. Os critérios devem ser bem definidos para garantir que as visitas não comprometam o tratamento ou coloquem a saúde do paciente e dos demais em risco.

Limitação do número de visitantes, pode ser limitado, principalmente em unidades como UCI ou áreas de internação com pacientes imunocomprometidos. O hospital poderá vir a estipular um número máximo de visitantes dependendo do quadro clinico do paciente.

Restrições para pacientes com doenças infecciosas ou contagiosas: Pacientes com doenças infectocontagiosas (como doenças respiratórias ou doenças virais) podem ter restrições quanto à visitação. Os visitantes devem ser informados sobre o risco de transmissão e devem seguir rigorosamente as orientações de higiene e proteção (uso de equipamentos de proteção individual - EPIs, como máscaras, aventais, luvas, etc.).

Controle de acesso por idade, a permissão de visita deve ser para maiores de 12 anos unidades hospitalares. A restrição a visitação de crianças pequenas, principalmente em setores críticos, como UCI e unidades de isolamento. Isso ocorre para proteger tanto as crianças, que podem ser mais suscetíveis a infecções hospitalares, quanto os pacientes internados, que podem estar com o sistema imunológico comprometido.

Requisitos de saúde dos visitantes, os acompanhantes e visitantes devem estar saudáveis para garantir a segurança do paciente e dos demais. Visitantes com sintomas de doenças contagiosas (como febre, tosse, ou sinais de gripe) devem ser orientados a adiar a visitação até que se recuperem, a fim de evitar a propagação de infecções dentro do hospital.

Medidas de controle de risco devem ser implementadas para garantir a segurança de todos durante a visitação. Essas medidas podem incluir protocolos de higiene, monitoramento da saúde dos visitantes e vigilância do fluxo de pessoas nas áreas hospitalares.

Controle de acesso ao hospital:

Cadastro de visitantes, para garantir que apenas pessoas autorizadas possam acessar as unidades, o hospital pode utilizar um sistema de cadastro de visitantes na

recepção ou nas unidades de internação, com fornecimento de identificação visual, ajuda a manter o controle sobre quem está presente nas dependências do hospital.

Registro de entrada e saída, controle rigoroso de entrada e saída dos visitantes ajuda a garantir que os horários de visita sejam cumpridos e facilita a rastreabilidade caso haja necessidade de monitoramento de contato em situações específicas, como surtos de doenças infecciosas.

Higienização das mãos, todos os visitantes devem ser orientados a higienizar as mãos antes de entrar nas unidades hospitalares e após o contato com o paciente. O uso de álcool gel e água e sabão deve ser incentivado em pontos estratégicos, como entradas de unidades e corredores.

Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), dependendo da situação clínica do paciente e do risco de transmissão de infecções, os visitantes podem ser obrigados a utilizar EPIs como máscaras, luvas e aventais. Isso é especialmente importante em unidades de isolamento e UCI.

Monitoração do estado clínico dos visitantes, antes da entrada, pode ser realizada uma verificação de sintomas pelos funcionários da recepção. Caso o visitante apresente sinais de doenças contagiosas, ele será orientado a adiar a visita e, em alguns casos, até mesmo a retornar à unidade de saúde para avaliação médica.

Gestão da circulação de pessoas, os visitantes devem ser orientados a permanecer nas áreas autorizadas e evitar a circulação indiscriminada pelos corredores e unidades do hospital. A delimitação clara das áreas de acesso e a sinalização adequada contribuem para o controle do fluxo de pessoas, minimizando o risco de contágio e assegurando a privacidade dos pacientes.

Os horários, critérios e medidas de controle de risco para visitas são fundamentais para a manutenção de um ambiente hospitalar seguro, organizado e acolhedor. Ao adotar essas diretrizes, o hospital pode equilibrar a necessidade de apoio emocional proporcionado pelas visitas com a proteção do paciente e da comunidade hospitalar. Assegurar que as visitas sejam feitas dentro de parâmetros de segurança não só preserva a saúde dos pacientes e da equipe, mas também contribui para uma experiência hospitalar mais eficiente e humanizada.

Normas e Rotinas de Acesso e Permanência para Visitantes e Acompanhantes

Objetivo

Este manual tem como objetivo fornecer informações essenciais, procedimentos e orientações que garantam conforto, segurança e tranquilidade durante a permanência do paciente em nossa instituição.

O SBSJ busca que a estadia em nossas unidades seja breve e serena, com a resolução eficiente de problemas, sempre oferecendo o que há de melhor em termos de pessoal qualificado e equipamentos adequados. Nosso compromisso é proporcionar uma assistência segura, com cuidado profissional e humanizado ao paciente.

Em caso de dificuldades ou problemas, os usuários poderão contar com a orientação da equipe de enfermagem, Serviço Social, Psicologia, SAU ou Grupo de Humanização.

Orientações Gerais aos Usuários

Identificação, todos os pacientes devem permanecer devidamente identificados com a pulseira fornecida no momento da internação.

Acompanhantes, acompanhantes são garantidos por lei para usuários menores de 18 anos ou maiores de 60 anos durante o período de tratamento, seja interno ou externo.

Acompanhamento em cirurgias, familiares ou visitantes de pacientes em procedimento cirúrgico devem aguardar no quarto o retorno do paciente.

Crachá, fornecidos a usuários, acompanhantes e visitantes devem ser devolvidos à Recepção Central/Portaria ao saírem da unidade.

É proibido fumar ou consumir bebidas alcoólicas nas dependências da unidade.

Medicamentos e alimentos, não é permitido trazer medicamentos ou alimentos de fora para os pacientes, pois o tratamento medicamentoso e nutricional adequado já é fornecido pela instituição. Caso o paciente utilize medicação própria, a equipe de enfermagem ou farmácia deve ser informada para controle adequado.

Acompanhantes fora da faixa etária permitida: Pacientes fora da faixa etária permitida para acompanhante, conforme Lei nº 106/2009, poderão ser acompanhados apenas após avaliação do quadro clínico e social pelo time multiprofissional.

Circulação de usuários, por questões de segurança, os pacientes devem se limitar aos corredores das clínicas de internação e áreas próximas, sendo proibido o trânsito por outros setores do hospital.

Uso de telefones, não é permitido o uso dos telefones nos Postos de Enfermagem, Recepção, Setor de Informações e Central Telefônica.

Uso de celulares, o uso de celulares é permitido apenas para ligações. Se o paciente ou acompanhante atender ou fizer ligações, deverá sair do quarto e utilizar um tom de voz baixo para não perturbar o ambiente hospitalar.

Vestuário, usuários e acompanhantes devem estar devidamente trajados, evitando roupas curtas, como saias muito curtas, miniblusas, shorts, roupas decotadas ou transparentes, a fim de garantir a segurança e contribuir para o controle de infecções hospitalares.

Proibição de filmagens e fotografias, não é permitido filmar ou fotografar dentro da unidade, para proteger a privacidade de todos os envolvidos.

Responsabilidade por pertences, a SBSJ não se responsabiliza por extravios de celulares, objetos pessoais ou outros itens de valor.

Termo de Consentimento Informado

O Termo de Consentimento Informado é um direito fundamental dos pacientes e uma obrigação ética de toda a equipe da Unidade. Este documento visa garantir que o paciente tenha autonomia sobre as decisões relacionadas aos tratamentos e procedimentos propostos, fornecendo informações claras e completas para que ele possa tomar decisões conscientes e fundamentadas.

Por meio da assinatura do termo, o paciente ou seu responsável autoriza a realização de determinados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, após ser devidamente informados sobre os riscos, benefícios e alternativas. Esse processo assegura a autonomia do paciente e define as responsabilidades do médico que realizará os procedimentos.

O Termo de Consentimento Informado será utilizado nas seguintes situações:

- Tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob anestesia;

- Biópsias e incisões (inclusive em regime ambulatorial, com anestesia local);
- Procedimentos endoscópicos;
- Transfusões sanguíneas;
- Procedimentos radiológicos que envolvam o uso de contraste;
- Uso de medicamentos ou terapias invasivas com risco de efeitos colaterais graves.
- Procedimentos cirúrgicos;
- Procedimentos anestésicos;
- Transferências (remoções para outros serviços);
- Alta pedido ou desistência da assistência.

3.1.2 Como pesquisará a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas

Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) tem como objetivo promover um atendimento de excelência, baseado na escuta ativa, na solução de problemas e no aprimoramento contínuo. A integração eficaz do SAU com os demais serviços da unidade de saúde é fundamental para a criação de um ambiente de confiança, respeito e melhoria constante nos processos e na satisfação dos usuários.

Objetivo: Estabelecer as diretrizes para a operacionalização do SAU - Serviço de Atendimento ao Usuário, a serem aplicadas nos hospitais e serviços de saúde geridos pela SBSJ, garantindo um atendimento de qualidade, eficiente e que promova a melhoria contínua dos processos e serviços prestados.

Apresentação: Este manual padroniza a gestão do SAU, mas as obrigações contratuais e as metas estabelecidas no Contrato de Gestão do Hospital ou Serviço de Saúde, que não estejam previstas neste documento, devem ser incorporadas ao modelo de gestão. A meta de satisfação definida no contrato de gestão deve prevalecer sobre as demais orientações aqui apresentadas.

O SAU é uma ferramenta essencial de gestão que facilita a comunicação entre o usuário e os gestores da instituição, funcionando como um canal direto para receber reclamações, sugestões e elogios, além de prestar informações sobre os serviços prestados. Ele visa identificar o grau de satisfação do usuário, promover soluções para os problemas apresentados e sugerir melhorias nos serviços da unidade de saúde. O SAU contribui também para a melhoria dos processos administrativos e das relações interpessoais com o público interno e externo, estimulando a participação ativa dos usuários na avaliação da qualidade do atendimento.

Responsabilidades: Diretor da Unidade de Saúde

- Prover os recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários para a implementação e funcionamento eficaz do SAU.
- Analisar e tomar providências com relação aos indicadores de desempenho do serviço.
- Garantir a gestão qualificada do SAU, com a contratação e treinamento de profissionais capacitados.
- Garantir que as metas de satisfação do usuário, conforme estipulado no Contrato de Gestão ou nas metas institucionais, sejam cumpridas.
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)
- Garantir a implantação e operacionalização do SAU.
- Gerenciar as operações do SAU.

Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

- Realizar pesquisas de satisfação para avaliar o grau de satisfação dos usuários.
- Distribuir, recolher e analisar os questionários de avaliação.
- Estabelecer canais de comunicação para facilitar o entendimento entre os usuários e a Unidade de Saúde.

- Realizar visitas periódicas aos pacientes internados para colher feedback sobre o atendimento.
- Atender às solicitações dos usuários e solucionar as questões apresentadas.
- Apurar e encaminhar as justificativas das reclamações aos setores responsáveis.
- Compilar dados para a elaboração de relatórios estatísticos mensais e anuais sobre a satisfação do usuário.
- Coordenar as visitas técnicas realizadas por terceiros e garantir o acompanhamento adequado dos resultados.
- Gerenciar objetos encontrados e entregues, zelando por sua guarda até a reivindicação do proprietário.
- Realizar a gestão das manifestações, garantido a devolutiva ao usuário de forma ágil e transparente.
- Receber, entregar e direcionar os formulários de satisfação do usuário, orientando sobre como acessá-los.
- Encaminhar demandas e solicitações para o SAU.
- Auxiliar os usuários a entenderem as formas de acesso ao SAU, seja pessoalmente, por telefone ou e-mail.
- Conhecer as orientações gerais do SAU e apoiar as solicitações de atendimento em situações de conflito ou reclamações.
- Garantir que objetos perdidos sejam encaminhados imediatamente ao SAU.

Estrutura do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU): O SAU estará vinculado tecnicamente ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e deverá contar com, no mínimo, um profissional qualificado para a execução das suas atividades. O dimensionamento da equipe deverá ser adequado à demanda e à complexidade da unidade de saúde.

Orientações aos Usuários e Acompanhantes: O SAU também se responsabiliza por orientar os acompanhantes e pacientes sobre os serviços prestados, bem como fornecer informações essenciais sobre a unidade de saúde, como os procedimentos de classificação de risco e controle de acesso. As regras de acompanhante estão detalhadas, com a responsabilidade de garantir que a circulação de pessoas na

unidade seja minimizada para preservar a segurança e o bem-estar de todos. O controle de acesso será implementado para assegurar um ambiente seguro e organizado para pacientes, acompanhantes e Profissionais.

Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU e Ouvidoria

O SAU não é apenas um ponto de contato para reclamações, mas também um mecanismo ativo de controle social e aprimoramento contínuo da qualidade. Através da Pesquisa de Satisfação do Usuário, o SAU coleta dados essenciais sobre os serviços prestados, permitindo a análise de áreas que necessitam de melhoria. As manifestações são analisadas e encaminhadas aos setores responsáveis, com a devida devolutiva aos usuários. O objetivo é garantir um atendimento humanizado, eficiente e orientado à solução dos problemas apontados, com a implementação de ações corretivas e preventivas baseadas nas informações coletadas.

Funcionamento e Comunicação

O SAU operará com base em um sistema centralizado de comunicação e registro de manifestações. As respostas às reclamações e sugestões serão feitas de maneira rápida e transparente, com o objetivo de melhorar constantemente a experiência do usuário e a qualidade do serviço. A instalação de uma linha telefônica direta e a criação de canais de comunicação acessíveis (como e-mail e telefone) garantirão que as demandas sejam recebidas e tratadas prontamente.

A realização de uma pesquisa de satisfação do usuário é uma ferramenta importante para avaliar a qualidade dos serviços prestados e identificar áreas para melhoria. Para garantir a eficácia e a confiabilidade dos resultados, a pesquisa deve ser conduzida de maneira organizada e estratégica. Abaixo estão os passos fundamentais para realizar a pesquisa de satisfação do usuário:

Pesquisa de Satisfação

A realização da pesquisa de satisfação é um processo contínuo de coleta, análise e ação. Ele ajuda as instituições de saúde a entender as necessidades e expectativas dos usuários, promovendo um atendimento mais humanizado e eficaz. A chave para o sucesso da pesquisa está em ouvir ativamente, analisar

cuidadosamente os dados e implementar mudanças significativas que atendam às necessidades dos pacientes e acompanhantes.

Objetivos da Pesquisa: Antes de iniciar a pesquisa, é fundamental estabelecer quais são os objetivos a serem alcançados. Isso pode incluir medir a satisfação geral, avaliar a qualidade do atendimento, identificar pontos fortes e fracos, ou verificar a eficácia de processos específicos (exemplo: tempo de espera, qualidade da comunicação, conforto, etc.).

Determinar o Público-Alvo: Identificar quais usuários ou grupos de usuários serão incluídos na pesquisa. Isso pode incluir pacientes internados, acompanhantes, usuários de serviços ambulatoriais, ou mesmo colaboradores internos.

Escolher o Método de Coleta de Dados: Definir se a pesquisa será realizada de forma presencial (com formulários em papel) ou digital (via e-mail, site ou aplicativo).

Decidir o tipo de questionário: fechado (com respostas pré-definidas) ou aberto (permitindo respostas livres).

Definir a Amostra: Estabelecer o número de participantes e garantir que a amostra seja representativa do público-alvo. Isso pode envolver a definição de um período específico (por exemplo, uma semana ou um mês) para coletar as respostas ou uma amostra aleatória de pacientes.

Desenvolvimento do Questionário:

- Estruturar com Perguntas Relevantes
- As perguntas devem ser claras, objetivas e relacionadas aos objetivos da pesquisa.
- Qualidade do atendimento recebido.
- Tempo de espera.
- Condições físicas da unidade de saúde.
- Cortesia e profissionalismo dos colaboradores.
- Facilidade de acesso à informação.
- Opiniões sobre melhorias que podem ser feitas.

Tipos de Perguntas

- Quantitativas: Perguntas fechadas com escalas (exemplo: "De 1 a 5, como você classificaria o atendimento recebido?").
- Qualitativas: Perguntas abertas que permitem que o usuário descreva suas opiniões e sugestões (exemplo: "O que você acha que poderia ser melhorado no atendimento?").

Validar o Questionário: Testar o questionário com um pequeno grupo de usuários antes de distribuir amplamente para garantir que as perguntas são compreendidas corretamente e que as respostas forneçam as informações necessárias.

Definir o Canal de Distribuição

Escolher como a pesquisa será distribuída (presencialmente ou por meios digitais), levando em consideração a acessibilidade do público-alvo.

- Se for presencial, as pesquisas podem ser entregues a pacientes na recepção, no leito, ou por meio de colaboradores.
- Se for digital, enviar links por e-mail, SMS, ou disponibilizar no site ou aplicativo da unidade de saúde.

Estabelecer o Período de Coleta

- Definir o período em que a pesquisa estará aberta para respostas (por exemplo, durante o horário de atendimento ou durante um determinado mês).
- Garantir que os participantes saibam até quando podem enviar suas respostas.

Incentivar a Participação

- Informar os pacientes e acompanhantes sobre a importância da pesquisa e incentivá-los a participar. Isso pode ser feito por meio de cartazes, informações nas recepções ou diretamente pelos colaboradores.
- Garantir anonimato e confidencialidade nas respostas para que os participantes se sintam seguros ao fornecer feedback.

Coleta e Análise dos Dados e as Respostas

Após o período determinado, coletar as respostas. Se for uma pesquisa digital, isso pode ser feito automaticamente. Se for presencial, os formulários devem ser recolhidos e organizados.

Organizar os Dados

- Organizar as respostas de maneira estruturada, utilizando planilhas ou software de análise de dados. Classificar as respostas qualitativas para identificar padrões e tópicos recorrentes.
- Para dados quantitativos, calcular médias, percentuais ou outras métricas de acordo com a escala utilizada na pesquisa.

Analisar os Resultados

- Analisar os resultados da pesquisa para identificar áreas de melhoria. Procure padrões de insatisfação ou sugestões recorrentes.
- Identificar os pontos fortes e as áreas que necessitam de ações corretivas.
- Verificar se as metas de satisfação foram atingidas ou se ações precisam ser tomadas para melhorar os índices.

Elaboração de Relatórios e Resultados: Compilar os dados em um relatório claro e objetivo. O relatório deve incluir:

- Resumo dos principais achados (positivos e negativos).
- Gráficos ou tabelas para visualizar dados quantitativos.
- Citações de respostas abertas representativas.
- Sugestões para melhorias com base nos resultados da pesquisa.

Compartilhar os Resultados com as Partes Interessadas

- Apresentar os resultados do relatório à gestão, à equipe de qualidade, aos departamentos envolvidos e a outros stakeholders importantes. Isso ajudará a alinhar estratégias e ações corretivas.

- Se apropriado, os resultados podem ser compartilhados com os usuários, promovendo transparência e mostrando o compromisso com a melhoria contínua.

Ação Corretiva e Implementação de Melhorias e Identificação das Áreas de Melhoria:

Com base nas respostas da pesquisa, identificar as áreas mais críticas e desenvolver planos de ação para melhorias. As sugestões dos usuários podem ser usadas para orientar as mudanças necessárias.

Definir Ações Corretivas

- Criar um plano de ação com responsáveis, prazos e indicadores para garantir que as melhorias sejam implementadas de maneira eficaz.
- Monitorar o progresso da implementação das ações e garantir que as mudanças sejam comunicadas à equipe e aos usuários, quando necessário.

Acompanhamento

Monitorar a eficácia das ações corretivas e verificar se houve melhorias nos próximos ciclos de pesquisa.

7. Feedback ao Usuário: Devolver os Resultados ao Usuário

- Quando possível, retornar aos usuários os resultados das ações tomadas com base em suas respostas. Isso pode ser feito por meio de uma comunicação direta ou através de um boletim informativo.

- A devolutiva demonstra que a instituição valoriza as opiniões dos usuários e está comprometida com a melhoria contínua dos serviços.

3.1.3 Políticas de Humanização: como desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para Gestão de leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

1 – OBJETIVO

Desenvolver estratégias de humanização dentro da Entidade, propiciando condições melhores e mais próximas das pessoas envolvidas nas atividades da SBSJ, fundamentadas nos princípios éticos e cristãos.

2 – ABRANGÊNCIA

Esta Política é aplicável à toda unidade de saúde, nas áreas educacional e administrativa.

3 – DESCRIÇÃO

A humanização se mostra por meio do cuidado, do estreitamento de vínculos e a garantia do acolhimento entre os profissionais, entidade e as pessoas envolvidas dentro dos processos de gestão. A política deve ser disseminada e praticada em todos os espaços e serviços oferecidos, com base nas seguintes diretrizes:

3.1- DIRETRIZES

I- Valorizar o trabalhador;

II- Oportunizar um canal de escuta diferenciada na gestão participativa;

III- Construção coletiva da ambiência;

IV- Estimular ideias da cultura da humanização;

V- Ofertar serviços de qualidade colocando os recursos humanos em primeiro lugar;

VI- Ampliar a comunicação entre as pessoas;

VII- Orientar um processo de humanização sistemático e orgânico em consonância com a Política Nacional de Humanização e os valores institucionais;

VIII- Acolher o outro nas três dimensões: Ética (compromisso com o outro), Estética (Construção da própria identidade) e Política (compromisso coletivo).

4- DEFINIÇÕES E SIGLAS

Humanização: é a ação ou efeito de humanizar, de tornar humano ou mais humano, se traduz, então, no cuidado com a inclusão das diferenças nos processos de gestão.

Uma ação integral entre pessoas com efeitos e repercussões de interações positivas e entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Política: São destinadas ao bem-estar da população, focando suas necessidades nos diferentes ciclos de vida; visa a universalização do acesso aos serviços públicos.

5 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Brasil. Ministério da Saúde: Política Nacional de Humanização, 2003. Manual de Humanização

4. F4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

4.1 CONTRATO DE GESTÃO COM O PODER PÚBLICO DE UNIDADES HOSPITALARES

4.1.1 Até 1 ano de contrato firmado ou executado

Segue em **anexo 2.**

4.1.2 De 2 a 3 anos de contrato firmado ou executado

Segue em **anexo 3.**

4.1.3 Mais de 3 anos de contrato firmado ou executado

Segue em **anexo 4.**

4.2 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

4.2.1 Experiência em gestão de UPA PORTE I com mais de 1 ano de contrato firmado ou executado

O Atestado aqui apresentado é do Pronto Socorro do Vera Cruz, estabelecido no município de Mongaguá. Considerando o número de atendimentos descritos no atestado de capacidade técnica e a população do município, e correlacionando com a Portaria 1601 de 2011, a referida unidade configura-se como UPA Porte I. Segue em **anexo 5.**

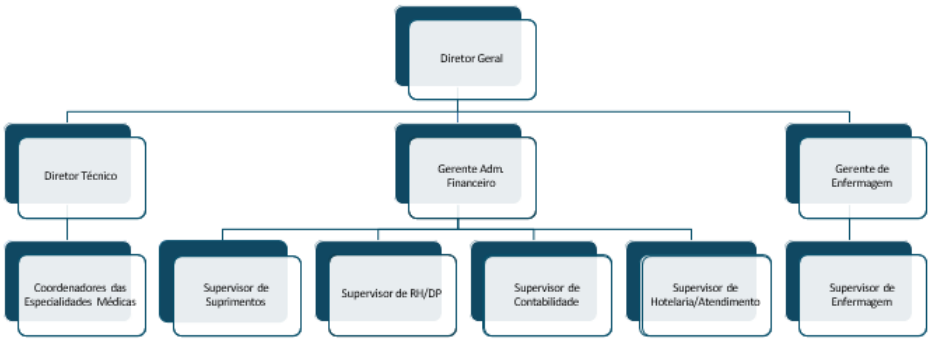
4.3 ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE

4.3.1 Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva

A SBSJ entende que a contração dos profissionais só poderá ser efetivada, após a assinatura do contrato de gestão. Declaramos que a SBSJ conta na sua equipe com profissionais qualificados e capacitados para a execução deste projeto e atendendo a este edital. Assim sendo, a titulação de especialistas nas áreas supracitadas, dos profissionais componentes da estrutura diretiva encontra-se em **Anexo 6**.

4.3.2 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

O Organograma é a representação ilustrativa que demonstra a estrutura organizacional da unidade, definindo os níveis de autoridade e responsabilidade das áreas. A estrutura é constituída conforme contexto local. A seguir apresentamos um modelo de organograma, utilizado pela SBSJ. O Organograma proposto está apresentado a seguir.



DESCRIÇÃO DO CARGO DIRETOR GERAL:

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO	DIRETORIA	SETOR
Diretor Geral	Geral	Diretoria

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da SBSJ e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;

- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da SBSJ para as extraordinárias;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela própria SBSJ;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da SBSJ.

DIRETOR GERENTE ADM. FINANCEIRO:

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO Gerente Administrativo/ Financeiro	DIRETORIA	SETOR Diretoria

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da SBSJ e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões

tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Ser o diretor geral interino, ou seja, substituir o Diretor Geral em seus impedimentos dentro dos limites de delegação e/ou fixados por este;
- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela própria SBSJ;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Geral

DIRETOR DE ENFERMAGEM:

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO Gerente de Enfermagem	DIRETORIA	SETOR Diretoria

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da SBSJ e do Hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual

do Colaborador";

- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria continua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos

funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- ✓ Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;
- ✓ Planejar as atividades de Enfermagem, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades de Enfermagem;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação

DIRETOR TÉCNICO

DESCRIÇÃO DE CARGOS		
CARGO Diretor Técnico	DIRETORIA Técnica	SETOR Diretoria

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da SBSJ e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o

regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;

- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria continua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos, além de um sistemas de avaliação de pessoal contínua;
- ✓ Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- ✓ Selecionar os prestadores de serviços médicos, definindo e provendo recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de

internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;

- ✓ Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento ao Corpo Clínico médico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.
- ✓ Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão médica

4.4 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

4.4.1 Descrição da organização das diferentes clínicas

A descrição da organização dos serviços assistenciais encontra-se detalhadamente no item 1.1.1.13.1, abordando todos os tópicos pertinentes conforme solicitado.

4.4.2 Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade

Área das Unidades Clinicas/ Assistencial:

O Serviço de Enfermagem abrange todas as unidades clinicas, unidade de cuidado intermediários, SADT, ambulatório, pronto socorro, centro cirúrgico e central de material esterilizado e equipes multiprofissionais.

Horário de Funcionamento:

O Serviço de Enfermagem funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, com as funções administrativas realizadas de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

Estrutura Organizacional:

O Serviço de Enfermagem está subordinado diretamente à Gerência Assistencial, com a responsabilidade técnica do Enfermeiro RT (Responsável Técnico).

Atribuições Gerais da Equipe de Enfermagem:

Garantir a continuidade da assistência, realizar a passagem de plantão, comunicar ausências, cumprir normas de infecção hospitalar, gerenciar resíduos e manter a dignidade, privacidade e conforto do paciente.

Atribuições do Gerente de Enfermagem (Enfermeiro RT):

Responsável pela supervisão da equipe, planejamento da escala diária, supervisão de procedimentos, gestão de materiais e equipamentos, além de prestar assistência de enfermagem ética e técnica. É o responsável técnico pelo serviço de enfermagem.

Atribuições do Técnico de Enfermagem:

Realizar cuidados diretos aos pacientes, como administração de medicamentos, monitoramento de sinais vitais, organização da unidade e registro dos cuidados prestados. Auxiliar o enfermeiro e garantir o cumprimento dos protocolos de segurança do paciente.

Atribuições do Técnico de Gesso:

Responsável pela aplicação e remoção de gessos, manutenção do material ortopédico e orientação ao paciente sobre cuidados pós-aplicação. Colabora com a equipe de enfermagem na gestão do cuidado ortopédico.

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
ADM	Gerente Assistencial	44	1	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
UI	Enfermeiro Assistencial	36	9	CLT
UI	Técnico de Enfermagem	36	37	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
UCI	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
UCI	Técnico de Enfermagem	36	14	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
SADT	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
SADT	Técnico de Enfermagem	36	5	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Amb	Enfermeiro Assistencial	44	1	CLT
Amb	Técnico de Enfermagem	44	3	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
P.S.	Enfermeiro Assistencial	36	14	CLT
P.S.	Técnico de Enfermagem	36	33	CLT
P.S.	Técnico de Imobilização	36	5	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
CC	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
CC	Técnico de Enfermagem	36	9	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
CME	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
CME	Técnico de Enfermagem	36	7	CLT

Atribuições da Equipes Multiprofissionais:

Psicólogo:

Responsável pelo apoio psicológico aos pacientes e familiares, realizando acolhimento, intervenções terapêuticas e acompanhamento emocional durante a internação. Também atua na promoção da saúde mental e no enfrentamento das adversidades relacionadas à hospitalização.

Assistente Social:

Presta apoio aos pacientes e familiares em situações de vulnerabilidade social, orientando sobre direitos, benefícios e encaminhamentos. Realiza

avaliações socioeconômicas e atua em conjunto com a equipe multidisciplinar para garantir a assistência integral aos pacientes.

Fisioterapeuta:

Responsável pela reabilitação física dos pacientes, atuando na prevenção de complicações respiratórias, motoras e musculoesqueléticas. Realiza fisioterapia respiratória, motora e postural, conforme a necessidade de cada paciente, visando à recuperação da funcionalidade.

Fonoaudiólogo:

Atua na avaliação, diagnóstico e reabilitação das funções de comunicação e deglutição dos pacientes. Realiza intervenções em pacientes com dificuldades na fala, linguagem, audição e funções orais, contribuindo para a recuperação da comunicação e alimentação adequadas.

Dentista:

Responsável pelo cuidado da saúde bucal dos pacientes, realizando avaliações, diagnósticos, tratamentos preventivos e curativos em condições orais, além de promover orientações sobre higiene bucal e prevenção de doenças orais.

Nutricionista RT (Responsável Técnico):

É o responsável técnico pelo serviço de nutrição, supervisionando a equipe de nutricionistas e garantindo que as práticas nutricionais estejam de acordo com as normas e protocolos. Avalia as necessidades nutricionais dos pacientes e coordena o planejamento alimentar.

Nutricionista Clínica:

Avalia e planeja as dietas adequadas para os pacientes de acordo com suas condições clínicas. Realiza o acompanhamento nutricional e faz recomendações alimentares personalizadas para promover a recuperação e saúde do paciente.

Técnico de Nutrição:

Auxilia na preparação e distribuição das dietas conforme as orientações do nutricionista. Realiza o controle de qualidade dos alimentos, garantindo que atendam aos padrões de segurança alimentar e nutricional.

Farmacêutico RT (Responsável Técnico):

Responsável técnico pela supervisão dos processos relacionados ao uso de medicamentos, incluindo a orientação sobre a manipulação, controle e distribuição dos fármacos. Garante o cumprimento das normas sanitárias e promove a segurança na administração dos medicamentos.

Farmacêutico:

Realiza a dispensação de medicamentos, orientando pacientes e equipe sobre o uso correto, dosagens e possíveis efeitos adversos. Também atua no controle de estoque de medicamentos e participa da gestão de farmácia hospitalar.

Biomédico - Agente Transfusional:

Responsável pela coleta, análise e liberação de hemocomponentes para transfusão. Atua no controle de qualidade dos processos relacionados à transfusão sanguínea, assegurando que os procedimentos sejam realizados com segurança e conforme as normas.

Auxiliar de Transfusão:

Auxilia na coleta, armazenamento e controle de hemocomponentes. Realiza atividades operacionais relacionadas à transfusão sanguínea, garantindo que os processos de transfusão sejam executados com segurança.

Técnico em Hemoterapia:

Responsável pela realização de atividades técnicas relacionadas à hemoterapia, incluindo a coleta, processamento e distribuição de sangue e seus componentes, além de assegurar que o procedimento de transfusão seja realizado de acordo com as normas vigentes.

Enfermeiro SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar):

Responsável pela implementação e monitoramento de protocolos relacionados ao controle de infecções hospitalares, promovendo a adesão aos procedimentos de prevenção e controle, além de orientar a equipe quanto às práticas de higienização e prevenção de infecções.

Enfermeiro NEP (Núcleo de Educação Permanente):

Responsável pela formação, educação e capacitação contínua da equipe de enfermagem. Coordena programas de treinamento e atualização profissional para melhorar a qualidade da assistência prestada no hospital.

Enfermeiro da Qualidade:

Atua no gerenciamento da qualidade da assistência, desenvolvendo e monitorando indicadores de desempenho e qualidade. Trabalha na implementação de boas práticas, na avaliação contínua de processos e no desenvolvimento de estratégias para melhorias nos serviços de saúde.

Analista da Qualidade:

Responsável por analisar e monitorar processos de qualidade e segurança no atendimento, avaliando dados e implementando planos de ação para melhorias contínuas. Auxilia na certificação e cumprimento das normas de qualidade hospitalar.

Enfermeiro NIR (Núcleo de Implantação de Risco):

Atua na identificação, análise e manejo de riscos assistenciais. Desenvolve estratégias de prevenção de eventos adversos, trabalhando para minimizar riscos e garantir a segurança do paciente durante o tratamento.

Auxiliar de Regulação:

Responsável pelo auxílio nas atividades de regulação e gestão dos serviços de saúde, incluindo o encaminhamento e a distribuição de pacientes, conforme as necessidades e a capacidade de atendimento da instituição.

Pedagogo:

Atua na adaptação do ambiente hospitalar para promover o desenvolvimento educacional e emocional de crianças e adolescentes internados. Realiza atividades pedagógicas e educativas para minimizar os impactos da hospitalização no processo de aprendizagem.

Brinquedista:

Responsável por proporcionar atividades lúdicas e recreativas para crianças e adolescentes hospitalizados, buscando promover o bem-estar emocional, reduzir a ansiedade e estimular a socialização durante a internação.

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Eq. Multi	Psicólogo	40	1	CLT
Eq. Multi	Assistente Social	30	3	CLT
Eq. Multi	Fisioterapeuta	30	3	CLT
Eq. Multi	Fonoaudiólogo	20	1	CLT
Eq. Multi	Dentista	20	1	CLT
Eq. Multi	Nutricionista RT	36	1	CLT
Eq. Multi	Nutricionista Clínica	36	3	CLT
Eq. Multi	Técnico de Nutrição	36	3	CLT
Eq. Multi	Farmacêutico RT	44	1	CLT
Eq. Multi	Farmacêutico	36	5	CLT
Eq. Multi	Biomédico - Ag. Transfusional	44	1	CLT
Eq. Multi	Auxiliar de Transfusão	36	5	CLT
Eq. Multi	Técnico em Hemoterapia	36	5	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro SCIH	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro NEP	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro da Qualidade	44	1	CLT
Eq. Multi	Analista da Qualidade	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro NIR	36	5	CLT
Eq. Multi	Auxiliar de Regulação	36	5	CLT
Eq. Multi	Pedagogo	6	1	CLT
Eq. Multi	Brinquedista	6	1	CLT

4.4.3 Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso).

Plantão de Sobreaviso dos Profissionais do Hospital

O plantão de sobreaviso é um modelo eficiente para garantir a cobertura médica necessária, especialmente em situações de urgência e emergência, sem a necessidade de manter todos os profissionais de plantão fisicamente no hospital. A organização cuidadosa deste regime de plantão, com o devido respeito às normas éticas e legais, é essencial para a manutenção da qualidade da assistência prestada aos pacientes e para a segurança dos profissionais envolvidos.

O plantão de sobreaviso é amplamente reconhecido e regulamentado como uma forma ética de organização dos serviços de assistência médica, conforme orientações dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Essa modalidade de plantão médico, ou "disponibilidade de trabalho", só pode ser exercida por profissionais médicos devidamente registrados no CRM (Conselho Regional de Medicina). A estrutura e o funcionamento do plantão de sobreaviso são fundamentais para garantir a qualidade do atendimento médico, evitando prejuízos à população e assegurando o cumprimento das normas profissionais.

Normas e Funcionamento do Plantão de Sobreaviso:

Escala de Plantão: O plantão de sobreaviso será organizado conforme as necessidades do Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza, com escalas bem definidas e elaboradas pela equipe técnica, a fim de atender demandas não eletivas e garantir a continuidade do atendimento médico sem riscos para os pacientes.

Responsabilidade pelo Chamamento: O médico de sobreaviso será acionado apenas por determinação do Diretor Técnico, Coordenador Médico ou do médico plantonista da Unidade Assistencial. Caso seja necessário acionar o médico, o responsável pela solicitação manterá a responsabilidade pelo atendimento até a chegada do profissional de sobreaviso, momento em

que a responsabilidade pela continuidade do cuidado será transferida ao médico requisitado.

Remuneração: A remuneração do plantão de sobreaviso deve ser realizada de acordo com as horas efetivamente trabalhadas, bem como pelas horas de expectativa, ou seja, o período em que o profissional permanece disponível para ser chamado. Não há impedimento na legislação brasileira quanto à criação de escalas de sobreaviso dentro da jornada normal de trabalho, desde que a remuneração seja garantida adequadamente.

Disponibilidade e Condições de Atendimento: O médico de sobreaviso deve estar disponível para atendimento presencial imediato, caso seja acionado, e deve ter as condições necessárias para chegar ao hospital em tempo hábil. A comunicação com o médico deve ser feita por meio ágil, como telefone ou outros meios tecnológicos de comunicação, e ele não pode se ausentar da cidade ou das proximidades do hospital durante o plantão.

Comunicação de Impossibilidade de Cumprir o Plantão: O médico escalado para o plantão de sobreaviso tem a responsabilidade de comunicar com antecedência ao Coordenador Médico qualquer impossibilidade de comparecer ao plantão. Dessa forma, a substituição pode ser organizada sem comprometer a continuidade da assistência médica.

Infrações e Consequências: A ausência injustificada ao plantão de sobreaviso é considerada uma infração ética, e a falta ao plantão comprometeria o atendimento e a organização do hospital, sujeitando o profissional a sanções conforme as normas do Conselho Federal de Medicina.

Escala de Sobreaviso: A escala será elaborada conforme as necessidades técnicas do hospital, coordenador médico será responsável pela organização da escala de sobreaviso, incluindo a forma de contato com os médicos.

ESPECIALIDADE	TURNO DIA	TURNO NOITE	HORAS DE TRABALHO	PLANTÃO A DISTANCIA
COORDENADOR			4	
PEDIATRIA			12	
CIRURGIA GERAL PEDIATRICA			12	
ORTOPEDIA			12	
ANESTESISTA			12	
OTORRINO			12	
OFTALMO				

4.4.4 Especialmente descrever as unidades de salas de Cirurgia; Urgências e Ambulatórios

Centro Cirúrgico: é uma área especializada dentro de uma instituição hospitalar, destinada à realização de procedimentos cirúrgicos e intervenções médicas complexas, projetado para garantir a segurança, a esterilidade e a organização necessárias na execução de cirurgias, desde as mais simples até as de maior complexidade. O centro cirúrgico é equipado com tecnologia de ponta, ferramentas cirúrgicas, sistemas de monitoramento e recursos adequados para atender pacientes em situações críticas ou que necessitem de cuidados intensivos.

Estrutura física: 02 salas cirúrgicas, uma Sala de RPA com 03 leitos, possui também sala de equipamento, farmácia satélite com funcionamento de 24hs, áreas de apoio: copa, DML, área suja, armazenamento, arsenal, sala de equipamentos e sala para OPME. O setor tem acesso direto com a Clínica Cirúrgica Pediátrica

Funcionamento: 24 horas diárias apenas para cirurgias de urgência/ emergência.

Especialidades Cirúrgicas: Pediatria, Anestesista Ortopedia e Trauma, nas 24 horas.

*Nota: A descrição detalhada sobre este assunto encontra-se no item 1.1.13.1.6, onde todos os aspectos relevantes foram devidamente expostos.

Urgência e Emergência

No pronto-socorro pediátrico, a distinção entre urgência e emergência orienta a triagem e o protocolo de atendimento, sendo o atendimento às emergências sempre prioritário. As crianças em situações de urgência também devem ser atendidas rapidamente, mas sua situação permite uma abordagem mais escalonada conforme a gravidade de cada caso.

Emergência refere-se a situações em que a criança apresenta um risco iminente de vida ou de dano grave à saúde, sendo necessária uma intervenção imediata. Exemplos incluem paradas cardiorrespiratórias, traumas severos, convulsões, dificuldades respiratórias graves, queimaduras extensas, intoxicações e hemorragias maciças. O atendimento a casos de emergência deve ser rápido e prioritário, com a equipe médica pronta para atuar de forma intensiva e coordenada.

Urgência, por outro lado, envolve condições que, embora não representem um risco imediato de morte ou dano irreversível, exigem avaliação e intervenção médica rápida para evitar que se agravem. Casos comuns de urgência pediátrica incluem febres altas persistentes, crises asmáticas moderadas, desidratação, infecções graves ou quedas com lesões sem risco imediato à vida, mas que necessitam de diagnóstico e tratamento em tempo hábil para prevenir complicações.

Estrutura física: Composta por dois leitos de emergência, equipamentos de reanimação, como: respirados, monitor, desfibrilador, entre outros necessários ao tipo de assistência a ser prestado.

Especialidade: Cirurgião Pediátrico e Ortopedista, nas 24 horas; otorrinolaringologista presencial no período diurno 12 horas e a distância no período noturno; Oftalmologista 24 horas, todos os dias da semana em regime de plantão a distância.

*Nota: A descrição detalhada sobre este assunto encontra-se no item 1.1.13.8, onde todos os aspectos relevantes foram devidamente expostos.

Ambulatório

O ambulatório é uma unidade de atendimento à saúde onde são prestados serviços médicos, de enfermagem e de outras especialidades, de forma não urgente, para pacientes que não necessitam de internação. O objetivo principal do ambulatório é fornecer cuidados médicos contínuos, acompanhamento e tratamentos para pacientes com condições de saúde que podem ser monitoradas ou tratadas em regime ambulatorial.

Esses serviços são geralmente realizados em consultas programadas, exames, tratamentos e procedimentos de baixa complexidade, permitindo que o paciente seja atendido e retorne ao seu lar no mesmo dia. O ambulatório pode atender desde pacientes com doenças crônicas, que necessitam de acompanhamento regular, até aqueles que buscam cuidados preventivos, como exames de rotina.

Estrutura física: Composta por 05 consultório, no entanto atua em conjunto com o Pronto Socorro, está situado no mesmo corredor dos leitos de Observação do Pronto Socorro.

Funcionamento: 07:00 as 17:00 horas de segunda a sexta – feira.

*Nota: A descrição detalhada sobre este assunto encontra-se no item 1.1.13.1.4, onde todos os aspectos relevantes foram devidamente expostos.

4.4.5 Descrição da organização das unidades de Internação (enfermaria).

Unidades de Internação:

Unidade de internação cirúrgica é um setor hospitalar destinado a fornecer cuidados especializados a pacientes que necessitam de acompanhamento pós-operatório após a realização de procedimentos cirúrgicos. Nessa unidade, os pacientes são monitorados de forma intensiva para detectar qualquer complicação que possa surgir após a cirurgia. O objetivo é garantir a recuperação adequada, controle da dor, prevenção de infecções e realização de curativos, além de permitir que os pacientes permaneçam em um ambiente seguro até sua alta hospitalar.

Estrutura fisica: Ambiente com 06 leitos cirurgicos e wc.

Funcionamento nas 24 horas, todos os dias da semana.

Essas unidades são equipadas com recursos especializados, como aparelhos de monitoramento contínuo (cardíaco, respiratório, etc.) e profissionais treinados para identificar rapidamente complicações e oferecer intervenções rápidas, caso necessário. A unidade de internação cirúrgica geralmente oferece suporte pós-operatório imediato e de curto prazo, até que o paciente tenha condições de ser transferido para uma unidade de internação clínica ou receber alta hospitalar.

Unidade de Internação Clínica Médica e Cirurgia

A unidade de internação clínica é uma área do hospital destinada ao tratamento e acompanhamento de pacientes com condições clínicas que exigem internação, mas que não necessitam de procedimentos cirúrgicos imediatos. Essas condições podem incluir doenças agudas, crônicas ou comorbidades que exigem monitoramento e tratamento intensivo, como infecções graves, desidratação, insuficiência respiratória, doenças cardíacas, entre outras.

Nesta unidade, os pacientes são tratados com medicamentos, terapia física, cuidados nutricionais e acompanhamento constante, com o objetivo de estabilizar sua saúde e proporcionar um ambiente seguro para a recuperação. O atendimento clínico pode envolver tanto a observação e monitoramento como a implementação de tratamentos especializados, como terapia medicamentosa, suporte nutricional e fisioterapia, sempre sob supervisão de médicos e equipe multiprofissional.

Estrutura física Clinica Cirúrgica: Ambiente com 06 leitos cirúrgicos e wc.

Estrutura física Clinica Medica: Ambiente com 04 quartos totalizando 18 leitos e 01 quarto de isolamento, possui sala de procedimento, sala da gerencia de enfermagem, posto de enfermagem e brinquedoteca, leitos cirúrgicos e wc.

Funcionamento nas 24 horas, todos os dias da semana.

*Nota: A descrição detalhada sobre este assunto encontra-se no item 1.1.13.1.1 e 1.1.13.12 onde todos os aspectos relevantes foram devidamente expostos

4.4.6 Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

A proposta visa à implantação de um modelo gerencial baseado na gestão compartilhada, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, da integralidade, da universalidade e equidade, buscando a qualidade integral na prestação de serviços, de forma humanitária e resolutiva. O modelo gerencial proposto pela SBSJ busca atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, preservando as funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação da SES

. O modelo de gestão deve não apenas respeitar e considerar todos os princípios do SUS, mas, sobretudo contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos: universalidade, regionalização e hierarquização da rede, autonomia dos gestores, coordenação, transparência e controle social.

4.4.7 Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra–Referência com a Atenção Primária e com outros hospital

Plano de Implantação de Contrarreferência com a Atenção Primária e Outros Hospitais

O Hospital da Criança Dr. José Machado Souza reconhece a importância da integração entre os serviços de saúde, especialmente no que diz respeito ao processo de contrarreferência, que envolve o encaminhamento e acompanhamento dos pacientes de volta à Atenção Primária ou a outros hospitais, conforme a necessidade do caso. Para garantir a continuidade da assistência e o acompanhamento adequado dos pacientes após a alta hospitalar, o hospital adotará um plano estruturado para a implantação da contrarreferência, estabelecendo fluxos claros, prazos e meios eficientes de comunicação.

Objetivo: O objetivo principal deste plano é assegurar que todos os pacientes que necessitem de acompanhamento ou cuidados adicionais após a alta hospitalar sejam devidamente encaminhados à Atenção Primária ou a outras unidades hospitalares, garantindo a continuidade da assistência e a redução de complicações ou readmissões.

1. Etapas do Plano de Implantação, Estabelecimento de Protocolos de Contrarreferência:

- O hospital criará protocolos claros e padronizados para o processo de contrarreferência, contemplando todos os detalhes necessários, como a avaliação do paciente, os cuidados a serem mantidos, as recomendações clínicas e as condições para o encaminhamento.
- Os protocolos serão elaborados com o envolvimento das equipes de médicos, enfermeiros e profissionais de saúde, considerando as necessidades específicas de cada paciente.
- Comunicação com a Atenção Primária e Outros Hospitais:
- O hospital estabelecerá canais diretos e ágeis de comunicação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com outros hospitais da rede de saúde.

Para garantir que a comunicação seja eficaz, serão realizados treinamentos periódicos com as equipes de saúde para o uso do sistema de notificação e para garantir a compreensão dos fluxos de referência e contrarreferência.

- Identificação e Seleção de Pacientes para Contrarreferência:
- A equipe multidisciplinar do hospital será responsável por identificar os pacientes que necessitam de contrarreferência. Esses pacientes podem incluir aqueles que apresentam condições crônicas, que necessitam de acompanhamento contínuo, ou que necessitam de cuidados médicos especializados após a alta.
- A seleção será baseada em critérios clínicos e será feita durante as reuniões de equipe, garantindo que nenhum paciente seja esquecido ou deixado sem o devido acompanhamento.

Plano de Acompanhamento Pós-Alta:

- Após a alta, será realizado o agendamento de consultas de acompanhamento, tanto na Atenção Primária quanto nos hospitais referenciados, de acordo com a necessidade do paciente.

- A equipe de enfermagem será responsável por fornecer orientações claras ao paciente e sua família sobre o processo de acompanhamento, as datas das consultas e as instruções sobre a continuidade do tratamento.
- Será garantido que o paciente tenha acesso aos meios de transporte necessários para comparecer às consultas e que não haja barreiras para o acesso à assistência.

Acompanhamento e Avaliação do Processo de Contra Referência:

O hospital realizará uma avaliação contínua do processo de contrarreferência, acompanhando o retorno dos pacientes à Atenção Primária e a outros hospitais. Será criado um sistema de feedback, permitindo que os profissionais de saúde possam informar ao hospital sobre a efetividade dos encaminhamentos e possíveis dificuldades encontradas.

Será estabelecido um prazo para a avaliação do impacto da contrarreferência, com a coleta de dados sobre o número de pacientes atendidos, os resultados dos acompanhamentos pós-alta e a satisfação dos pacientes e suas famílias.

Prazos e Fluxos:

- O processo de contrarreferência será realizado de forma ágil e eficiente. A comunicação inicial com a Atenção Primária ou o hospital de destino será feita no máximo 24 horas após a alta hospitalar.
- O agendamento de consultas de acompanhamento será realizado imediatamente após a alta, com prazos específicos definidos para cada tipo de atendimento, levando em consideração a urgência do caso.
- O acompanhamento pós-alta será monitorado por um período de até 30 dias após a alta, com verificações periódicas para garantir que o paciente esteja recebendo a assistência adequada.

A implantação do plano de contrarreferência com a Atenção Primária e outros hospitais visa garantir que os pacientes recebam uma assistência

contínua e integrada, sem interrupções no cuidado. A comunicação eficiente, o treinamento adequado das equipes e o acompanhamento rigoroso são fundamentais para o sucesso do plano e para a melhoria contínua da qualidade do atendimento prestado.

4.5 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

4.5.1 A organização de serviços administrativos, financeiros e gerais, o ente interessado deverá apresentar, entre outras, as seguintes informações: descrição de funcionamento do serviço, bem como horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com a unidade.

Acrescentamos a seguir, outros serviços que estão relacionados com a área administrativa.

ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E DE APOIO

As áreas administrativas e de apoio, são elos que interligados com a assistência desenvolvem atividades importantes para o bom funcionamento e a eficiência do ambiente hospitalar. Enquanto os serviços de apoio, como alimentação, limpeza, segurança e transporte, garantem o conforto, a higiene e a segurança dos pacientes e profissionais, os serviços administrativos, como gestão de recursos humanos, faturamento, controle financeiro e logística, asseguram a Instituição e o cumprimento das normas internas e regulamentações legais. Juntos, esses serviços oferecem suporte essencial às atividades clínicas e contribuem para a qualidade do atendimento, a satisfação dos pacientes e a gestão eficiente dos recursos hospitalares.

SERVIÇO DE CONTABILIDADE

Departamento responsável por assegurar que todas as operações financeiras sejam registradas e reportadas de acordo com as normas contábeis e regulatórias aplicáveis, garantindo a transparência e o cumprimento das obrigações fiscais e tributárias da instituição. A contabilidade é essencial para a correta gestão financeira e para a tomada de

decisões estratégicas, oferecendo informações precisas sobre a saúde financeira do hospital.

Responsável em registrar todas as transações financeiras da unidade de saúde, incluindo receitas, despesas, investimentos e movimentações bancárias. Esses registros devem ser feitos de forma detalhada e precisa, conforme os princípios contábeis estabelecidos pela legislação vigente.

Uma das funções fundamentais do departamento é a elaboração de demonstrações contábeis, como o Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE). Estas demonstrações são essenciais para monitorar a saúde financeira da Instituição e cumprir com as exigências legais e fiscais, sendo também utilizadas para decisões estratégicas e relatórios.

Ao apurar e calcular os impostos devidos, deve garantir o cumprimento de todas as obrigações fiscais e tributárias da unidade hospitalar, como o pagamento de tributos federais, estaduais e municipais, sempre atento as mudanças na legislação tributária e implementar as devidas adaptações.

Realiza também a conciliação contábil com registros financeiros precisos e reflitam a realidade econômica do hospital, controle de ativos e passivos, auditorias (interna e externa) assegurando as práticas contábeis, lançamento da folha de pagamento e benefícios.

Fornecem também relatórios gerenciais detalhados, que auxiliam a administração na tomada de decisões e usados para o planejamento orçamentário, a avaliação de desempenho e o controle de custos.

Profissional: Contador e Auxiliar Administrativo

Atividade: responsável pelo serviço de contabilidade tem como principal função garantir a organização e a precisão das informações financeiras da instituição. Ele deverá realizar lançamentos contábeis, controlar as movimentações financeiras, elaborar relatórios, analisar balancetes e demonstrativos financeiros, além de assegurar o cumprimento das obrigações fiscais e contábeis de acordo com a legislação vigente

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo.

*Nota: em alguns contratos este serviço pode ser realizado por empresa especialista terceirizada.

SERVIÇO PATRIMONIAL

Este serviço é responsável pela gestão, controle e conservação de todos os bens móveis e imóveis da instituição. Isso inclui a realização de inventários periódicos, a classificação e o registro detalhado de ativos, além do controle de entradas e saídas de bens.

O serviço também assegurando que estejam sempre em condições ideais de uso e realiza o controle patrimonial, garantindo que todos os bens sejam devidamente registrados, monitorados e avaliados ao longo de sua vida útil. Isso envolve a gestão da depreciação dos ativos, o acompanhamento da utilização dos bens e a correta destinação de itens obsoletos ou danificados.

Tem por objetivo otimizar o uso dos recursos, garantir a segurança patrimonial e assegurar o cumprimento das normas contábeis e de segurança, com uma gestão eficiente contribui assegurando que os recursos sejam utilizados de forma adequada e a continuidade do atendimento aos pacientes.

Profissional: Com experiência prévia em gestão patrimonial, com conhecimento em controle de bens e auditoria.

Atividade: O profissional responsável pelo serviço patrimonial tem como função garantir a gestão eficiente e o controle de todos os bens patrimoniais da instituição. Este trabalho envolve a aquisição, registro, manutenção, conservação, controle e baixa de ativos físicos, assegurando que os bens sejam usados adequadamente e que sua vida útil seja maximizada. Além disso, ele deve fornecer relatórios regulares sobre o estado patrimonial, apoiar auditorias e garantir conformidade com a legislação vigente.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo.

SERVIÇO DE ENGENHARIA CLINICA

Responsável pela gestão de equipamentos médicos e a manutenção do ambiente de saúde em geral através de terceirização por empresa especializada, mas ainda devem ser conduzidas com a supervisão e

coordenação da unidade de saúde. Nesse contexto, as funções e responsabilidades do engenheiro clínico ou da equipe responsável por esse serviço tornam-se ainda mais cruciais para garantir a continuidade do atendimento de qualidade, a segurança dos pacientes e a eficiência operacional.

Desempenham atividades técnicas incluindo o acompanhamento de todas as etapas relacionadas à gestão e manutenção dos equipamentos médicos hospitalares, alinhado as constantes necessidades e expectativas do hospital, garantindo a execução de maneira eficiente e dentro dos padrões acordados. Garantir controle de estoque de equipamentos, o monitoramento da validade de manutenções preventivas, a realização de manutenções corretivas quando necessário, e a calibração dos dispositivos médicos, assegurar que todos os equipamentos atendam às normas regulamentadoras de segurança e qualidade, e esteja disponível para emergências caso algum equipamento apresente falha.

Entendemos a necessidade de acompanhamento por engenheiro clinico nos processos de recebimento, distribuição e instalação dos equipamentos médicos, desde a chegada dos dispositivos na Instituição até a correta instalação nas áreas apropriadas, para que os equipamentos estejam devidamente testados e funcionando antes de serem liberados para uso.

Outro ponto de impacto é o apoio a capacitação contínua e atualizada dos profissionais quanto ao correto manuseio dos equipamentos médicos, com ênfase na segurança do paciente e na prevenção de falhas operacionais.

No entanto, é essencial que o hospital tenha uma supervisão rigorosa sobre o desempenho da empresa contratada para garantir que os serviços atendam a todos os requisitos técnicos e regulatórios, assegurando a segurança e o bem-estar dos pacientes e colaboradores.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo.

*Nota: Este serviço geralmente é realizado por empresa especialista terceirizada.

SERVIÇO DE FATURAMENTO HOSPITALAR

O Serviço de Faturamento é responsável pelo processamento das contas hospitalares dos pacientes assistidos, com o objetivo de garantir o fluxo adequado de recursos financeiros para a instituição, assegurando a precisão nas cobranças pelos serviços prestados. Esse serviço desempenha um papel crucial no controle financeiro do hospital, permitindo a organização e a transparência das despesas e receitas.

Finalidades do Faturamento:

- Elaboração as contas detalhadas de todos os pacientes atendidos, considerando todos os serviços prestados, materiais utilizados, medicamentos e exames realizados.
- Registrar todas as despesas relacionadas aos atendimentos hospitalares, como materiais de consumo, medicamentos, exames complementares, entre outros, garantindo que todos os custos sejam corretamente atribuídos.
- Produzir relatórios financeiros e operacionais que forneçam dados para a administração do hospital, auxiliando na tomada de decisões, avaliação de desempenho e monitoramento da produtividade da instituição.
- Alimentar os sistemas do DATASUS com as informações necessárias, conforme as exigências do Ministério da Saúde, para garantir a conformidade e o correto repasse de recursos.
- Enviar toda a documentação relevante ao setor de documentação da instituição, após o atendimento ou óbito do paciente, garantindo que todos os registros sejam atualizados conforme os protocolos estabelecidos.

Tem como atribuições: Coletar e organizar toda a documentação necessária para a elaboração das contas hospitalares, incluindo recibos, notas fiscais e registros de serviços prestados; Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta, verificando as prescrições médicas e avaliando a possibilidade de cobrança dos serviços, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde; garantir que os débitos pelos serviços prestados sejam corretamente faturados, considerando todos os serviços realizados durante a internação, de acordo com as normas e procedimentos internos da

Instituição e Manutenção e atualização das informações da Instituição no sistema CNES.

Este serviço é essencial para o equilíbrio financeiro e a sustentabilidade do hospital, além de contribuir para a conformidade com as exigências legais e regulatórias, assegurando uma gestão eficaz dos recursos.

Profissional: Ensino médio completo, preferencialmente com cursos de capacitação na área financeira ou contábil. Ensino superior em Administração, Ciências Contábeis, Gestão Financeira ou áreas afins será considerado um diferencial.

Atividade: O profissional de faturamento é responsável por assegurar que todos os processos relacionados à emissão de faturas, cobranças e controle de receitas sejam realizados de forma eficiente e conforme as normas da instituição. Este profissional deve garantir que as informações contábeis e financeiras relacionadas aos serviços prestados estejam corretas, em conformidade com as políticas da instituição, normas fiscais e regulamentações aplicáveis.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo.

FATURAMENTO - INCREMENTO DE RECEITA (INOVAÇÃO)

O incremento de receita no faturamento hospitalar é uma estratégia essencial para melhorar a sustentabilidade financeira da instituição e garantir a qualidade dos serviços prestados. Abaixo estão algumas sugestões práticas para otimizar o processo de faturamento e aumentar a geração de receita, mantendo a conformidade com as normas regulatórias e melhorando a eficiência dos serviços.

1. Melhoria no Processo de Codificação e Classificação de Procedimentos

- Capacitação da equipe, garantir que a equipe de codificação de procedimentos estejam bem treinada nas atualizações da Classificação Internacional de Doenças (CID) e da Tabela de Procedimentos (CBHPM), para evitar erros de faturamento que possam resultar em pagamentos menores.

- Auditorias internas, realizar auditorias internas periódicas para verificar se os procedimentos realizados estão sendo corretamente codificados e se todos os serviços prestados estão sendo faturados.
- Revisão da ficha de alta do paciente, assegurar que todas as informações da alta sejam revisadas para incluir todos os procedimentos realizados durante a internação, como exames, terapias e consultas.

2. Otimização da Gestão de Leitos e Aumento da Taxa de Ocupação

- Melhor aproveitamento dos leitos, implementar um sistema eficiente de gerenciamento de leitos, garantindo que a taxa de ocupação esteja sempre alta, minimizando períodos de leitos vagos.
- Redução da permanência média, identificar oportunidades para reduzir a permanência dos pacientes sem comprometer a qualidade do atendimento, utilizando protocolos de alta precoce onde possível, sem comprometer a segurança.

4. Diversificação de Serviços e Procedimentos

- Expansão de serviços especializados, investir em serviços especializados que atendam a demanda da região, como unidades de terapia intensiva (UTI) pediátrica, tomografia, cirurgias eletivas, entre outros, que podem aumentar a demanda e gerar maior faturamento.
- Telemedicina e consultas à distância, explorar a implementação de serviços de telemedicina para aumentar a acessibilidade e o número de atendimentos, especialmente em especialidades que permitem consultas online.

5. Aprimoramento dos Processos Administrativos e de Atendimento

- Agilização do processo de faturamento, implementar sistemas de faturamento mais ágeis e eficazes, como plataformas eletrônicas que integrem os dados dos pacientes, médicos e serviços prestados, garantindo que todas as informações sejam processadas rapidamente e sem erros.
- Treinamento contínuo da equipe, realizar treinamentos periódicos com a equipe de faturamento para garantir que todos estejam atualizados com as normas, tabelas e exigências legais, minimizando erros que possam resultar em perdas financeiras.

6. Aproveitamento de Tecnologias para Otimização do Faturamento

- Automação e Inteligência Artificial, investir em soluções tecnológicas como automação de processos, inteligência artificial para análise de dados e softwares de gestão de saúde, que podem identificar oportunidades de faturamento que antes poderiam ser negligenciadas.
- Integração de sistemas, garantindo que o sistema de faturamento esteja integrado com outros sistemas da instituição (prontuário eletrônico, sistemas de gestão hospitalar, etc.), facilitando o processamento das informações e o acompanhamento de todos os procedimentos realizados.

7. Promoção de Parcerias Estratégicas

- Parcerias com médicos e outros prestadores de serviços, estabelecendo alianças estratégicas com médicos e outros prestadores de serviços, garantindo que todos os procedimentos realizados estejam devidamente faturados e que o hospital receba adequadamente pelos serviços prestados.

SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO DE MÉDICO E ESTATISTICO (SAME)

O Serviço de Arquivo de Prontuários é uma área essencial dentro do serviço de saúde, é fundamental para o processo de organização e gestão da informação clínica. Sua existência decorre da necessidade de garantir a correta confecção, manutenção, conservação e guarda dos prontuários dos pacientes que necessitam de assistência médica. Além de ser um arquivo legal e médico, o prontuário é também uma importante fonte para pesquisa científica, reunindo atividades de Arquivo, Registro e Estatística.

Arquivo:

O serviço de Arquivo é responsável pelo controle, conferência, ordenação e arquivamento dos prontuários de pacientes tanto de ambulatório quanto de internação. O prontuário é um documento único e individual do paciente, contendo dados pessoais, informações médicas, diagnósticos e histórico de tratamentos. Ele registra, de maneira detalhada, o tratamento clínico realizado, resultados de exames, situação da internação, descrições cirúrgicas, diagnósticos e conclusões de profissionais médicos.

O prontuário é um documento dinâmico, ou seja, uma vez iniciado, ele permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente necessitar retornar à instituição para novos atendimentos, exames ou tratamentos. Além disso, este documento serve como um histórico médico do paciente, que pode ser consultado por médicos e outros profissionais de saúde durante qualquer outro atendimento subsequente.

Diretrizes legais para o arquivamento de prontuários de pacientes no Brasil incluem as seguintes normas principais:

- Lei nº 13.787/2018 (Lei do Prontuário Eletrônico): Estabelece que os prontuários, seja em formato físico ou eletrônico, devem ser mantidos de forma segura, acessível e legível, com prazo mínimo de guarda de 20 anos após o último registro.
- Resolução CFM nº 1.821/2007: Obriga que os hospitais mantenham prontuários médicos completos e atualizados, especificando que o prazo mínimo de guarda dos prontuários é de 20 anos.
- Resolução RDC nº 44/2009 da ANVISA: Define requisitos para a organização e preservação dos prontuários médicos, assegurando que os registros sejam acessíveis e bem estruturados para facilitar o atendimento contínuo.
- Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990): Garantem o direito do paciente de acessar seu prontuário, assegurando transparência no atendimento e no tratamento de suas informações pessoais.
- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei nº 13.709/2018): Regula o tratamento de dados pessoais sensíveis, como informações contidas no prontuário médico, exigindo consentimento explícito do paciente e medidas rigorosas de segurança para proteger os dados.
- Normas Técnicas da ABNT: Estabelecem as práticas recomendadas para o arquivamento e a destruição segura de prontuários, além de definir diretrizes para a preservação da integridade e acessibilidade dos documentos.

Essas diretrizes garantem a segurança, a integridade, a acessibilidade e a confidencialidade dos prontuários de pacientes, promovendo a conformidade com as normas legais e a proteção dos direitos dos pacientes.

No Hospital, o desejável é que o prontuário seja, preferencialmente, eletrônico, devido à sua agilidade, segurança e fácil acesso, porém, devido a questões legais e avaliação do sistema atual no início da gestão, e visando maior segurança das informações, será mantido o sistema atual como medida complementar para armazenamento e recuperação dos dados.

Estatística:

O setor de Estatística desempenha um papel fundamental na coleta, análise e apuração dos dados clínicos e administrativos gerados pelos atendimentos. A partir desses dados, o setor permite a avaliação do padrão de atendimento e a eficiência dos serviços prestados, sendo crucial para o controle das atividades hospitalares.

Através da estatística, é possível monitorar a produtividade do hospital, identificar áreas de melhoria, controlar custos e otimizar os recursos. O setor de Estatística também desempenha papel importante na análise de indicadores de qualidade, como taxa de ocupação de leitos, tempo médio de internação, taxa de readmissão, entre outros, que ajudam a ajustar processos e políticas hospitalares de maneira mais eficiente.

Essas informações são utilizadas pela administração do hospital para tomar decisões mais embasadas, seja na otimização de processos, seja na criação de estratégias de melhoria contínua, tanto na parte assistencial quanto na parte administrativa. Além disso, os dados estatísticos também podem ser utilizados para relatórios a órgãos de fiscalização, como a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e o Ministério da Saúde, bem como para fins de pesquisa e auditoria interna e externa.

Importância e Relevância:

O Serviço de Arquivo de Prontuários, ao integrar os processos de organização, controle de dados e análise estatística, assegura não apenas a qualidade do atendimento médico, mas também o cumprimento das normativas legais e regulatórias. Além disso, a qualidade no gerenciamento de prontuários contribui diretamente para a melhoria dos processos hospitalares, apoio à gestão administrativa e à eficácia nos cuidados com os pacientes.

A implantação e a manutenção adequadas deste serviço garantem que o hospital esteja preparado para responder a demandas externas (como

auditorias e fiscalização) e internas (como o controle de custos e a melhoria do desempenho operacional). Ao mesmo tempo, o uso de tecnologias de ponta, como o prontuário eletrônico, facilita o acesso à informação, aumenta a segurança dos dados e contribui para uma gestão mais eficaz dos serviços prestados.

Profissional: Ensino médio completo, com desejável curso técnico em Administração ou áreas relacionadas à saúde. Formação superior em Administração, Gestão Hospitalar ou áreas correlatas será um diferencial.

Atividade: A atividade administrativa do Serviço SAME tem como objetivo coordenar, organizar e otimizar os processos administrativos relacionados prestações de serviços assistenciais, garantindo o controle das documentações e estatísticos do serviço de saúde prestados pela instituição.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo.

SERVIÇO FINANCEIRO

Departamento com a principal responsabilidade o gerenciamento eficiente das finanças da instituição, garantindo a precisão e o controle das movimentações financeiras. Entre suas funções, destaca-se a tarefa de proceder e acompanhar todas as entradas e saídas financeiras, incluindo o pagamento de contas e o recebimento de repasses, de maneira a assegurar que todos os fluxos financeiros estejam corretamente registrados e conciliados.

Destacam-se as atividades relacionadas ao acompanhamento rigorosamente todas as entradas e saídas de recursos financeiros, garantindo que os pagamentos de contas e os recebimentos de repasses sejam efetuados dentro dos prazos estabelecidos, de forma segura e transparente, registro detalhado das movimentações bancárias diárias, documentação e classificação de cada transação, promover aplicações financeiras, buscando sempre as melhores opções de investimento, conforme a política financeira da Instituição e as necessidades de caixa, conciliação bancária para garantir que os extratos bancários e os registros internos de movimentação financeira estejam em conformidade e consolidação do fluxo de caixa.

No entanto o principal objetivo é assegurar a transparência e a organização nas transações financeiras da unidade de saúde, garantindo que todos os registros sejam precisos e que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente. Além disso, ao consolidar o fluxo de caixa e realizar as conciliações bancárias, o departamento proporciona uma visão clara da situação financeira da unidade, permitindo um gerenciamento estratégico das finanças e o cumprimento das obrigações fiscais e contábeis.

Profissional: Graduação em Administração, Ciências Contábeis, Economia ou áreas relacionadas. Pós-graduação em Finanças ou Gestão Financeira será um diferencial. Experiência anterior na área financeira, preferencialmente em instituições de saúde.

Atividade: principal responsabilidade a gestão dos fluxos financeiros da instituição, garantindo a saúde financeira do hospital e o cumprimento das obrigações fiscais, contábeis e orçamentárias. Este profissional deve atuar de forma estratégica e operacional, com foco na otimização de recursos, controle de despesas e receitas, além de colaborar para o planejamento financeiro de longo prazo da organização.

*Nota: Este serviço geralmente é realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo

SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA (SHL)

O Serviço de Higiene e Limpeza tem como objetivo primordial garantir que o ambiente da unidade de saúde seja mantido limpo, seguro e em conformidade com os mais elevados padrões de higiene. Este serviço desempenha um papel crucial na prevenção de infecções nosocomiais e na criação de um ambiente saudável para pacientes, colaboradores e visitantes. Além disso, assegura a conservação das instalações e equipamentos, contribuindo para a qualidade do atendimento e o bem-estar geral de todos no hospital.

Finalidades do Serviço de Higiene e Limpeza

- Promoção de Higienização Adequada: Garantir a higienização adequada de todas as áreas da unidade de saúde, com especial atenção às zonas de risco (como UCI, centros cirúrgicos e enfermarias), de acordo com as características de cada ambiente. Cada área da unidade de saúde possui requisitos específicos de limpeza para atender a normas sanitárias e garantir a segurança de pacientes e profissionais.
- Definição de Horários para Limpeza: Estabelecer um cronograma bem definido para as atividades de limpeza, de modo que não interfiram nas rotinas de trabalho, mas sejam realizadas de forma a garantir que todos os ambientes estejam sempre em condições ideais de higiene e limpeza, independentemente da intensidade das atividades do hospital.
- Coleta e Destinação do Lixo: Realizar a coleta de lixo hospitalar de forma organizada, com fluxos específicos para diferentes tipos de resíduos, como lixo comum, reciclável e biológico, seguindo as normativas ambientais e sanitárias. O lixo deve ser tratado e encaminhado para o destino adequado, sempre respeitando as leis vigentes de manejo de resíduos sólidos.
- Controle de Vetores (Insetos e Roedores): Implementar ações de controle e combate contínuo a insetos, roedores e outros animais sinantrópicos, que podem comprometer a saúde dos pacientes e profissionais. Essas ações devem ser realizadas de forma segura e eficaz, prevenindo a proliferação de vetores que possam causar infecções e doenças.
- Escolha Adequada de Produtos de Limpeza: Estudar cuidadosamente os produtos de limpeza utilizados, para garantir que sejam eficazes na higienização sem danificar os materiais e superfícies dos equipamentos, móveis e instalações da unidade de saúde. A escolha de produtos deve ser feita com base em critérios de segurança e eficácia, levando em consideração as características de cada área hospitalar.
- Levantamento Estatístico de Movimentação: Levantar, mensalmente, estatísticas sobre o movimento de limpeza e o desempenho do serviço, identificando áreas que necessitam de maior atenção e ajustando as práticas conforme necessário. Isso permite o planejamento contínuo e o aprimoramento das estratégias de higienização e limpeza.
- Sistema de Segurança para Limpeza de Superfícies Perigosas: Implantar um sistema de segurança rigoroso para a limpeza de superfícies

potencialmente perigosas, como áreas de risco biológico, equipamentos médicos e superfícies contaminadas com fluidos corporais. A equipe de limpeza deve ser treinada e equipada adequadamente para lidar com essas superfícies, garantindo a segurança de todos.

- Coleta de Materiais Perfurocortantes: Garantir que haja recipientes específicos para a coleta de materiais perfurocortantes (agulhas, lâminas, vidros quebrados, entre outros), conforme as normas de segurança do trabalho e de controle de infecções. Estes recipientes devem ser adequados, seguros e sempre posicionados em locais estratégicos, facilitando a coleta e evitando riscos para os trabalhadores e pacientes.
- Treinamento Constante da Equipe de Limpeza: Promover treinamento contínuo para os profissionais de limpeza, abordando desde o uso adequado de produtos e técnicas de higienização até normas de segurança, controle de infecções e protocolos de biossegurança. O treinamento constante é fundamental para manter os padrões de qualidade e para garantir que os colaboradores estejam sempre preparados para lidar com as particularidades do ambiente da unidade de saúde.
- Comunicação de Defeitos em Instalações e Móveis: Observar cuidadosamente as instalações, móveis e equipamentos, comunicando imediatamente aos responsáveis qualquer defeito ou necessidade de reparo. Isso ajuda a garantir que o hospital mantenha um padrão elevado de conservação e funcionamento, além de prevenir acidentes relacionados a falhas nas instalações.

A higiene hospitalar é um dos pilares fundamentais na prevenção de infecções hospitalares e na manutenção de um ambiente seguro e acolhedor. Ambientes limpos e bem cuidados reduzem a transmissão de agentes patogênicos, garantindo a saúde de pacientes, funcionários e visitantes.

O trabalho constante e coordenado do Serviço de Higiene e Limpeza não só contribui para a saúde física e mental dos usuários, mas também reflete diretamente na qualidade dos serviços prestados, promovendo a confiança da comunidade na instituição hospitalar. Além disso, a manutenção da limpeza do ambiente hospitalar é vital para a preservação dos equipamentos e estruturas físicas, prolongando sua vida útil e minimizando custos com manutenção corretiva.

Profissional: Ensino fundamental completo. Cursos de capacitação em higiene hospitalar, controle de infecção ou áreas relacionadas são desejáveis. Experiência anterior em serviços de limpeza, especialmente em ambientes hospitalares ou de saúde, será um diferencial.

Atividade: responsável pelos serviços de higiene e limpeza tem como objetivo garantir que todos os ambientes da instituição de saúde estejam sempre limpos, organizados e livres de riscos à saúde de pacientes, funcionários e visitantes. A qualidade na higiene e limpeza é essencial para a manutenção de um ambiente seguro e saudável, contribuindo diretamente para a prevenção de infecções hospitalares e promovendo o bem-estar de todos.

*Nota: Este serviço poderá realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de funcionamento: 24 horas

SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS (SPR)

O Serviço de Processamento de Roupas é um setor de apoio essencial, especializado na gestão e no tratamento de todo o material têxtil da unidade de saúde. Sua principal função é garantir que a demanda de roupas seja atendida de maneira eficiente, mantendo a continuidade da assistência e assegurando a qualidade e segurança no manejo das roupas utilizadas na instituição.

Finalidades:

- Recolher toda a roupa utilizada nas diversas áreas da unidade hospitalar;
- Pesar, separar, processar e distribuir as roupas conforme a necessidade de cada unidade e os horários previamente estabelecidos;
- Utilizar técnicas e produtos adequados para garantir a eficácia na higienização e preservar a integridade dos materiais;
- Assegurar que o processamento das roupas não se torne um meio de disseminação de agentes contaminantes, mantendo padrões rigorosos de higiene;

- Realizar inventário semestral de todos os materiais têxteis, implementando dispositivos de controle para otimizar a gestão e evitar perdas;
- Manter o setor de processamento de roupas organizado e garantir que os colaboradores utilizem os equipamentos de proteção adequados durante todo o processo.

Observação: Devido à falta de espaço físico adequado para a execução dessas atividades no hospital, o serviço de processamento de roupas será terceirizado, garantindo, assim, a eficiência, a qualidade e a conformidade com os padrões de segurança exigidos.

Serviço realizara o controle e dispensação do enxoval da unidade de saúde, nas etapas o fundamentais para garantir o adequado fornecimento e utilização dos enxovais da unidade de saúde, assegurando a qualidade e segurança dos pacientes e profissionais. Esse processo envolve o gerenciamento eficiente do estoque de roupas e a distribuição conforme a demanda de cada área, seguindo procedimentos rigorosos de controle, organização e manutenção.

- Garantindo que todo o enxoval esteja disponível de acordo com as necessidades específicas de cada serviço. Monitorando a qualidade e quantidade de roupas e lençóis, assegurando que estejam em boas condições de uso e atendam aos padrões de higiene e segurança estabelecidos.
- Organizando a distribuição de maneira eficiente, de modo que cada setor receba os materiais necessários, evitando excessos ou faltas.
- Realizando o controle do consumo e reposição do enxoval, garantindo que o estoque seja sempre adequado para atender à demanda sem causar desperdício.

Processo de Controle e Dispensação:

- O enxoval recebido é inspecionado para garantir que as peças estejam em boas condições e devidamente limpas.
- As roupas e lençóis são armazenados de maneira organizada, segregando os tipos de enxoval de acordo com sua função (enxoval de paciente, de profissionais, de unidade de terapia intensiva, etc.).

- O armazenamento deve ser feito em locais com condições adequadas de temperatura e umidade, para evitar o desgaste precoce ou contaminação.

Inventário e Controle de Estoque:

- O controle de estoque deve ser realizado de forma rigorosa, com inventários periódicos, geralmente semestrais, para garantir que os itens sejam repostos a tempo.
- Sistemas informatizados de controle de estoque podem ser utilizados para facilitar a gestão, realizando o registro de entrada e saída de roupas e materiais.
- A implementação de dispositivos de rastreamento e codificação (como etiquetas) pode ser útil para monitorar a distribuição de itens específicos e evitar perdas ou extravios.

Dispensação:

- A dispensação de roupas e enxoval para as diversas áreas da unidade de saúde, deve ser realizada de acordo com a demanda das unidades. Cada setor solicita o material necessário, e a central de distribuição faz a entrega no horário estabelecido.
- O processo de dispensação envolve a conferência do tipo de enxoval solicitado, quantidades e a condição das peças, assegurando que o material esteja adequado para uso.
- O enxoval deve ser entregue em quantidades que atendam às necessidades diárias, evitando excessos que possam gerar desperdício ou falta de reposição.

Controle de Consumo:

- O consumo do enxoval deve ser monitorado periodicamente para identificar padrões e ajustar a quantidade de material dispensado.
- A cada entrega de enxoval, é importante que a unidade receptora registre as peças recebidas, realizando um controle de saída por meio de fichas ou sistemas informatizados.

Horário de funcionamento: 24 horas

SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

O Serviço de Manutenção Predial e de Equipamentos tem como objetivo garantir o perfeito funcionamento e a conservação contínua das instalações e dos recursos materiais da unidade de saúde, visando assegurar que todos os ambientes e equipamentos estejam adequados às normas de segurança, higiene e conforto, fundamentais para o bom atendimento aos pacientes e o desempenho eficaz das equipes.

A manutenção predial envolve uma série de atividades técnicas de conservação e reparo, com o intuito de manter a infraestrutura hospitalar em condições ideais de uso. Isso abrange:

- Manutenção e conservação da edificação, garantindo a integridade de paredes, telhados, pisos, sistemas de drenagem, e o controle de infiltrações e goteiras. A inspeção periódica de áreas externas e internas é fundamental para a preservação da qualidade do ambiente e da segurança.
- Todos os móveis e equipamentos hospitalares devem ser submetidos a manutenção e ou calibração, periódica e ou preventiva, para garantir seu bom funcionamento e longevidade. Isso inclui camas, macas, cadeiras, mesas, além de equipamentos médicos e de diagnóstico, como ventiladores, monitores, aparelhos de pressão, entre outros.
- Na central de gases, incluindo oxigênio e outros gases médicos, deve ser realizada regularmente para garantir a continuidade do fornecimento de gases essenciais para o tratamento dos pacientes, com a substituição de cilindros, verificação de pressões e controle de sistemas de emergência.
- Sistema de climatização é essencial para garantir a qualidade do ar e o conforto térmico dos pacientes e profissionais. Isso envolve a limpeza e desinfecção dos filtros, inspeção de condutores e sistemas de ventilação.
- A manutenção preventiva e corretiva das instalações hidráulicas e elétricas é indispensável para evitar falhas que possam comprometer a operação da unidade de saúde, verificando de fiações, interruptores, tomadas, bombas d'água, válvulas e sistemas de drenagem contribui para a eficiência do funcionamento e a segurança dos ambientes.
- Casa das Máquinas, composta por sistemas críticos, como o gerador de energia, transformadores e bombas, a casa das máquinas deve

ser constantemente monitorada e mantida. Em caso de falhas, essas instalações podem prejudicar o fornecimento de energia ou afetar os processos da unidade de saúde, comprometendo o atendimento aos pacientes.

- Realizar manutenção e inspeção regular dos extintores, alarmes de incêndio e outros sistemas de segurança é vital para garantir que as equipes estejam preparadas para emergências e que os pacientes e profissionais estejam protegidos em situações de risco.

Além das manutenções tradicionais, o serviço de manutenção também se compromete com a gestão ambiental da unidade de saúde, garantindo que todos os espaços físicos, tanto internos quanto externos, atendam a normas ecológicas e ofereçam conforto e segurança para quem utiliza os serviços. Isso inclui:

- Garantir que os sistemas de ventilação estejam funcionando adequadamente para promover a renovação do ar e minimizar a propagação de infecções, além de manter a temperatura adequada para o bem-estar dos pacientes e profissionais.
- Sistemas de iluminação eficientes, que atendam às necessidades de cada área da unidade de saúde, promovendo visibilidade adequada para procedimentos médicos e proporcionando conforto visual para pacientes e visitantes.
- Paisagismo e áreas verdes contribui para um ambiente mais agradável e relaxante, essencial para o bem-estar psicológico dos pacientes e familiares. A jardinagem também ajuda a prevenir a proliferação de insetos e outras pragas.
- Inspeções regulares para detectar e corrigir possíveis infiltrações de água e goteiras são cruciais, não apenas para preservar a integridade estrutural da unidade de saúde, mas também para evitar ambientes insalubres e a proliferação de mofo e fungos.

Importância da Manutenção para da unidade de saúde, não se resume apenas à conservação da infraestrutura física. A importância desse serviço reside no valor que o equipamento e as instalações representam para o funcionamento da unidade de saúde. O investimento em manutenção preventiva e corretiva assegura que os ativos a Instituição sejam utilizados

de forma eficiente e prolongada, evitando custos elevados com reparos emergenciais e substituições inadequadas.

Uma gestão adequada de manutenção contribui diretamente para:

- O investimento contínuo em manutenção preventiva minimiza a necessidade de reparos de emergência e amplia a vida útil dos equipamentos e infraestrutura.
- A garantia de que as instalações estão em conformidade com as normas de segurança reduz os riscos de acidentes e falhas críticas, promovendo um ambiente seguro para pacientes e funcionários.

Qualidade do atendimento com equipamentos e estruturas operando de forma eficiente, proporciona um atendimento mais eficaz e seguro para os pacientes, além de melhorar a experiência de todos os usuários. A manutenção regular e criteriosa ajuda a atender às normas de segurança e regulamentações exigidas por órgãos de saúde, como a ANVISA e o Ministério da Saúde, garantindo que a unidade de saúde opere dentro dos padrões exigidos.

Profissional: Ensino fundamental completo. Não é necessária formação técnica específica, mas cursos sobre controle de infecções e processos de lavanderia hospitalar são um diferencial. Experiência prévia com atividades de coleta e distribuição de roupas ou em serviços de limpeza e higienização será um diferencial.

Atividade: Especifico para as atividades de coleta e distribuição, tem como objetivo garantir que todas as roupas utilizadas no hospital, como uniformes, lençóis, toalhas, aventais e roupas de cama, sejam devidamente coletadas, higienizadas e distribuídas para as unidades de atendimento de maneira eficiente e dentro dos padrões de qualidade e segurança exigidos.

*Nota: O serviço lavagem e processamento dos enxovais deverão se realizado por empresa especialista terceirizada, unidade não conta com área física.

Horário de Funcionamento: 24 horas

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO (SND)

O Serviço de Nutrição desempenha um papel essencial no cuidado à saúde dos pacientes, proporcionando uma alimentação balanceada e segura que atende às necessidades nutricionais específicas de cada paciente. Este serviço é responsável pelo planejamento, preparo, distribuição e controle de dietas, visando promover a recuperação, prevenção de complicações e bem-estar de todos os pacientes, além de colaborar na manutenção de um ambiente hospitalar saudável e seguro.

Objetivos do Serviço de Nutrição é garantir que todos os pacientes recebam a alimentação adequada, conforme suas necessidades clínicas, para apoiar o processo de recuperação, melhorar o estado nutricional e prevenir complicações associadas a doenças. Isso envolve:

- As dietas são elaboradas de acordo com as orientações médicas, levando em consideração condições clínicas, preferências alimentares e restrições dos pacientes (ex.: dieta líquida, sem glúten, dieta hipocalórica, hipercalórica, entre outras).
- Garantir a segurança alimentar, prevenindo contaminações e seguindo as boas práticas de manipulação, armazenamento e distribuição de alimentos.
- Oferecer orientação nutricional tanto para pacientes quanto para os profissionais de saúde, com o objetivo de promover hábitos alimentares saudáveis e prevenir doenças associadas à má alimentação.

Serviço de Nutrição é responsável por diversas atividades que vão além da simples distribuição de alimentos, incluindo:

- A equipe de nutrição desenvolve cardápios balanceados e variados, respeitando as necessidades dos pacientes e as diretrizes nutricionais estabelecidas pelas autoridades de saúde. A alimentação é pensada para fornecer todos os nutrientes essenciais, como vitaminas, minerais, proteínas e carboidratos.
- A equipe garante que todos os alimentos servidos estejam de acordo com as normas de segurança alimentar e higiene, seguindo as boas práticas de fabricação e manipulação de alimentos. Isso inclui o controle de temperatura e o armazenamento adequado dos insumos, evitando

contaminações alimentares e garantindo a integridade dos alimentos até sua distribuição.

- Avaliam o estado nutricional dos pacientes internados, identificando casos de desnutrição ou sobrepeso, e formulam dietas terapêuticas que atendem às necessidades específicas de cada paciente.
- Acompanhar a evolução dos pacientes em relação às dietas prescritas, ajustando as dietas conforme necessário para atender a mudanças no quadro clínico do paciente.
- Gerenciar os estoques de alimentos e solicita compras com base na demanda, garantindo que os produtos necessários estejam sempre disponíveis e dentro da validade.
- Realizar distribuição das refeições para os pacientes, seja através de transporte interno adequado, seja na entrega direta nas unidades de internação, respeitando a qualidade e a temperatura dos alimentos.

Fluxo do Serviço de Nutrição deve ser bem-organizado para garantir a eficiência e qualidade no atendimento:

No momento da internação ou primeiro atendimento, o nutricionista realiza a avaliação nutricional do paciente, levando em consideração histórico médico, exames, preferências alimentares, e quaisquer condições clínicas especiais que possam afetar a dieta, com base nas informações obtidas, o nutricionista prescreve a dieta adequada, que pode ser modificada durante o período de internação, conforme necessário.

- A equipe de cozinha, supervisionada pelos nutricionistas, prepara as refeições de acordo com as diretrizes nutricionais estabelecidas. Os ingredientes são selecionados cuidadosamente para garantir que os alimentos sejam nutritivos, frescos e seguros.
- As refeições são entregues de acordo com as necessidades dos pacientes, respeitando horários e condições específicas. O transporte das refeições deve ser feito de maneira que garanta a temperatura ideal e a segurança alimentar.
- Durante a internação, a equipe de nutrição monitora a aceitação das dietas pelos pacientes e faz os ajustes necessários, seja em relação à quantidade, variedade ou adaptação para necessidades especiais (como dificuldades de mastigação, deglutição ou alergias alimentares).

O serviço também tem um papel crucial na segurança alimentar, prevenindo riscos à saúde dos pacientes. Isso inclui a implementação de protocolos rigorosos de higiene e segurança, como: monitoramento constante da temperatura dos alimentos, desde o preparo até a distribuição, é essencial para garantir que os alimentos não sejam consumidos em condições que possam representar risco à saúde, como a proliferação de bactérias, identificação e exclusão de alimentos que possam causar reações alérgicas nos pacientes. Isso requer uma comunicação estreita com as equipes médicas e de enfermagem.

Seguir as orientações da ANVISA e da legislação sanitária vigente para garantir que os alimentos sejam preparados, armazenados e transportados de maneira segura, além de garantir a alimentação adequada durante a internação, o Serviço de Nutrição também tem o papel de educar os pacientes e familiares sobre hábitos alimentares saudáveis fornecendo orientações sobre os benefícios de uma dieta balanceada e como isso contribui para sua recuperação. Após a alta hospitalar, os pacientes podem ser orientados sobre como continuar seguindo uma dieta saudável e as melhores práticas alimentares para manter a saúde em longo prazo.

Profissional: Graduação em Nutrição, com registro ativo no Conselho Regional de Nutrição (CRN) e Ensino fundamental completo. Não é necessária formação técnica específica. Experiência prévia em ambientes hospitalares, especialmente no atendimento a pacientes críticos ou com doenças crônicas, será considerada um diferencial.

Atividade: desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e bem-estar dos pacientes, colaborando com a equipe multidisciplinar para garantir que todos recebam uma alimentação adequada, balanceada e específica para suas condições clínicas. O nutricionista é responsável por avaliar as necessidades nutricionais dos pacientes, prescrever dietas terapêuticas, monitorar a evolução nutricional e educar pacientes e colaboradores sobre práticas alimentares saudáveis.

*Nota: Este serviço poderá ser realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de funcionamento: 24 horas

SERVIÇO DE RECEPÇÃO

Atividade voltada ao atendimento inicial aos pacientes e visitantes, sendo o primeiro ponto de contato ao ingressar na unidade, tem como objetivo proporcionar um acolhimento eficiente, cordial e organizado, garantindo que o fluxo de pessoas seja adequado e que todas as informações necessárias sejam fornecidas de forma clara e precisa.

Sendo a responsável por atender pacientes, acompanhantes e visitantes, fornecendo informações sobre o Instituição, orientações sobre procedimentos, horários e direcionamento para as áreas apropriadas.

Realiza o cadastro de pacientes na sua chegada, coletando dados essenciais para o atendimento médico e administrativo, processo é essencial para garantir que os registros sejam completos e precisos.

As aberturas das fichas de entendimentos, a emissão de guias de atendimento e o fornecimento de informações sobre serviços oferecidos

Por estar alocada na entrada da unidade de saúde contribui no controle de acesso à unidade, garantindo que apenas pessoas autorizadas possam adentrar áreas restritas, como salas de emergência ou setores internos, promovendo a segurança tanto dos pacientes quanto da equipe de profissionais.

Profissional: Ensino médio completo, preferencialmente com cursos complementares na área de administração, atendimento ao cliente ou gestão hospitalar. Formação em áreas relacionadas à saúde pode ser um diferencial. Experiência anterior na área de atendimento ao público, especialmente em ambientes hospitalares ou clínicas, será considerada um diferencial.

Atividade: principal responsabilidade proporcionar uma experiência inicial positiva para pacientes, acompanhantes e visitantes, ao mesmo tempo em que realiza o registro e encaminhamento adequado de todos os processos administrativos. Esse profissional atua como o primeiro ponto de contato no hospital, desempenhando um papel crucial na organização e no atendimento eficiente, garantindo que os fluxos de informações e pacientes sejam realizados com eficiência e cordialidade.

Horário de Funcionamento: 24 horas

SERVIÇO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL E CONTROLADOR DE ACESSO

A Segurança Patrimonial e o Controlador de Acesso em um hospital têm como a função e o objetivo proteger o patrimônio da instituição, garantindo a segurança de pacientes, profissionais e visitantes, além de controlar o fluxo de pessoas dentro e fora da unidade, inspeções regulares e a manutenção de equipamentos de segurança.

Segurança Patrimonial tem como responsabilidade proteger os bens materiais, equipamentos e instalações do hospital, prevenindo furtos, danos ou qualquer outra forma de perda. Através do monitoramento das áreas comuns e restritas, ou seja, internas e externas do hospital, pode ser utilizado sistemas de vigilância como câmeras de segurança e alarmes em pontos críticos de segurança medidas importante na prevenção de risco, como incêndios, roubos ou danos aos patrimônios.

Realiza patrulhamento diário nas dependências da Instituição, assegurando que tudo esteja em conformidade com os protocolos de segurança. Eles devem estar atentos a comportamentos suspeitos ou situações que possam representar risco à segurança do local.

O Controlador de Acesso é responsável por garantir que apenas pessoas autorizadas tenham acesso às áreas restritas da Instituição controlando a entrada e saída de indivíduos, verificar a identidade de visitantes, funcionários e prestadores de serviços, utilizando crachás, cartões de identificação ou sistemas eletrônicos, realizar registro de todas as entradas e saídas, monitorando o cumprimento de horários e a permanência de pessoas dentro das instalações, emissão e gerenciamento credenciais de acesso, garantindo que apenas aqueles com autorização adequada possam acessar áreas sensíveis da unidade.

Além de controlar a entrada de pessoas, também realiza a inspeção de materiais e equipamentos que entram ou saem da unidade, prevenindo o roubo de itens e garantindo que os procedimentos de segurança sejam cumpridos.

O trabalho combinado de Segurança Patrimonial e Controlador de Acesso assegura que o Instituição seja um ambiente seguro tanto para

pacientes e profissionais de saúde quanto para o patrimônio da instituição. Juntos, esses serviços trabalham para prevenir incidentes, garantir a proteção das áreas críticas e controlar a circulação de pessoas e bens, contribuindo para a manutenção da ordem e da segurança dentro da unidade.

Esses serviços não só protegem a infraestrutura física e os ativos da Instituição, mas também garantem que os protocolos de segurança sejam seguidos, oferecendo um ambiente seguro e confiável para todos os envolvidos.

Profissional: Ensino médio completo. Cursos de segurança patrimonial, vigilância ou áreas relacionadas são considerados diferenciais. Experiência prévia na área de segurança patrimonial, controle de acesso ou vigilância, preferencialmente em hospitais, empresas ou estabelecimentos de grande porte.

Atividade: principal função garantir a segurança das instalações do hospital, assegurando o controle de entradas e saídas de pessoas e veículos, e a proteção dos bens e patrimônio da instituição. Esse profissional atua no monitoramento constante das dependências do hospital, prevenindo e combatendo possíveis situações de risco, e garantindo que o fluxo de pessoas seja feito de maneira organizada e segura.

*Nota: Este serviço poderá ser realizado por empresa especialista terceirizada.

Horário de Funcionamento: 24 horas

SERVIÇO DE SUPRIMENTOS (FARMÁCIA, ALMOXARIFADO, COMPRAS)

O Serviço de Farmácia é uma área essencial na unidade de saúde, responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle das operações logísticas, que abrangem compras, abastecimento e distribuição de materiais, medicamentos e outros insumos necessários ao funcionamento da unidade. A principal missão dessa área é garantir que os produtos sejam transportados e armazenados de maneira econômica, segura e eficiente,

contribuindo diretamente para a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

- Seleção de Materiais e Medicamentos, processo de seleção e padronização de materiais e medicamentos visa assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo, buscando obter o melhor efeito terapêutico possível com o menor número de produtos e por um período mais curto, respeitando sempre a eficiência de custos. A padronização ajuda a garantir que os insumos mais eficazes e seguros sejam utilizados, minimizando desperdícios e melhorando a qualidade do atendimento.
- Aquisição dos materiais e medicamentos hospitalares deve ser baseada em uma gestão eficiente de estoques, realizando processo de previsão de demanda, utilizando métodos como a Média Aritmética Móvel, ajuda a responder a questões fundamentais como quanto e quando comprar. Para garantir uma boa aquisição, é fundamental que haja uma especificação detalhada dos produtos e a qualificação rigorosa dos fornecedores. A qualificação inclui a avaliação dos locais de fabricação e armazenamento, além da auditoria de conformidade com as Boas Práticas de Fabricação (BPF) e Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento.

O departamento de Compras da BHSJ desempenha um papel crucial nesse processo, permitindo compras centralizadas que geram economia de escala. Utilizando plataformas de negociação eletrônica, contribuindo para a agilidade do processo, redução de custos e maior transparência nos processos de aquisição.

- Assegura o recebimento dos insumos adquiridos, atendam às especificações, quantitativo e normas acordadas. Cada entrega deve ser comparada com a Nota Fiscal e a Ordem de Compra, para garantir que os itens recebidos correspondem ao que foi solicitado. Além disso, deve-se avaliar as condições de entrega, incluindo a conformidade com as legislações pertinentes.
- A priorização do armazenamento adequado de medicamentos e materiais hospitalares é fundamental para a gestão eficiente do estoque e para garantir a segurança na dispensação. Os produtos devem ser organizados por categoria (medicamentos, materiais de radiologia, materiais de limpeza, etc.) e armazenados de acordo com condições específicas de

temperatura, umidade e validade, respeitando o sistema PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai). A organização e a limpeza também são essenciais para evitar erros na administração dos insumos.

Distribuição eficaz dos medicamentos e materiais hospitalares é crucial para garantir que os produtos solicitados cheguem aos usuários no prazo e nas condições apropriadas. O sistema de distribuição pode variar conforme a complexidade e a infraestrutura da unidade de saúde, sendo geralmente classificado em coletivo, individualizado, misto ou dose unitária.

- Distribuição coletiva, a farmácia apenas distribui os medicamentos aos setores de internação, sem avaliar previamente as prescrições médicas. Esse modelo, mais primitivo, pode aumentar os erros de medicação e reduzir o tempo de assistência da equipe de enfermagem.
- Distribuição Individualizada, as prescrições são enviadas para a farmácia (digital ou impressa), que avalia cada uma antes da dispensação dos insumos. Este modelo oferece um maior controle de estoques e reduz os erros de medicação, mas ainda exige parte do tempo da enfermagem para preparar os medicamentos.
- Sistema Misto, combina elementos da distribuição coletiva e individualizada, atendendo a algumas prescrições diretamente na farmácia e outras por meio de requisições gerais.
- Dose Unitária, modelo mais eficiente e ideal, no qual os medicamentos são manipulados pela farmácia e distribuídos em doses unitárias. Este modelo minimiza o risco de erros de medicação e facilita o controle de estoques, permitindo que a equipe de enfermagem se concentre mais no cuidado direto aos pacientes.

A periodicidade de dispensação de medicamentos na farmácia determina à frequência com a qual os medicamentos são fornecidos aos pacientes e aos setores assistenciais da unidade de saúde, com o objetivo de garantir a continuidade do tratamento, a segurança do paciente e a eficiência na gestão dos estoques. A organização do processo de dispensação de medicamentos pode variar de acordo com a complexidade, os protocolos estabelecidos e o sistema de distribuição adotado. Abaixo estão os principais modelos de periodicidade de dispensação utilizados em hospitais, com foco na farmácia hospitalar:

- A dispensação diária de medicamentos é uma das mais comuns em hospitais, especialmente em unidades de internação. Nesse modelo, a farmácia prepara e entrega os medicamentos para todos os pacientes internados a cada 24 horas, geralmente no início ou no final do turno
- Unidades de saúde de maior complexidade ou com sistemas mais integrados, a dispensação pode ser realizada por turno. Neste modelo, os medicamentos são entregues à enfermagem em intervalos regulares ao longo do dia, de acordo com os horários de administração dos mesmos.
- Dispensação Sob Demanda, a farmácia prepara e entrega os medicamentos de acordo com a solicitação dos setores assistenciais, sempre que necessário. Este sistema é mais utilizado em unidades de pronto atendimento ou setores com alta rotatividade de pacientes.
- Dispensação de Dose Unitária, medicamentos são preparados e entregues individualmente para cada paciente, conforme a prescrição médica. A periodicidade de entrega de medicamentos ocorre, em geral, uma vez ao dia ou conforme a necessidade do paciente.
- Dispensação por Sistema de Bloco (ou por Estoque de Unidade), envolve a entrega de medicamentos em grandes quantidades para os setores, como unidades de internação ou setores de emergência. Esse modelo tem uma periodicidade mais flexível, variando de acordo com as necessidades específicas de cada unidade.
- Periodicidade de Dispensação para Medicamentos Controlados ou de uso restrito, como narcóticos, sedativos e psicotrópicos, têm uma periodicidade de dispensação mais rigorosa, com foco na segurança do paciente e no cumprimento das normativas legais.

Importância da Periodicidade de Dispensação de Medicamentos

- A periodicidade garante que os pacientes recebam os medicamentos no momento certo, contribuindo para a eficácia do tratamento e evitando erros de medicação.
- Controlar a periodicidade de dispensação ajuda a evitar a falta ou o excesso de medicamentos, contribuindo para uma gestão mais eficiente dos estoques.

- Com a entrega mais controlada e planejada, é possível minimizar o desperdício de medicamentos, especialmente os de alto custo ou os que possuem prazo de validade mais curto.
- Ao ter os medicamentos entregues de forma organizada e pontual, as equipes de enfermagem ganham tempo para se concentrar mais nas atividades assistenciais e menos no gerenciamento de medicamentos.

Exemplo de Fluxo do Serviço de Farmácia:

1. No modelo de dose unitária, o processo funciona da seguinte maneira:
2. Médico prescreve os medicamentos (em papel ou sistema eletrônico).
3. Farmácia recebe a prescrição, prepara e distribui os medicamentos em embalagens individuais, identificadas com os dados do paciente.
4. Enfermagem recebe os medicamentos e os verifica, organizando-os conforme necessário para administração aos pacientes.
5. A farmácia também coleta as prescrições e medicamentos não administrados, retornando-os ao serviço de farmácia para controle e possível devolução.
6. Vantagens do Sistema de Dose Unitária:
7. Redução dos estoques nas unidades de enfermagem.
8. Maior controle sobre os medicamentos, minimizando os erros de medicação.
9. Diminuição de custos com medicamentos.
10. Maior segurança e eficiência no processo de distribuição.
11. Redução de desperdícios e melhor gestão de recursos.

Além disso, é fundamental que a unidade mantenha um controle rigoroso dos receituários específicos para a prescrição de drogas controladas, conforme a legislação vigente.

Esse modelo de gestão farmacêutica, com a implementação de práticas eficientes e controles rigorosos, contribui para a segurança do paciente, redução de custos e aprimoramento da qualidade no atendimento prestado.

Profissional: Dependendo da área, pode ser exigido ensino médio completo ou superior em áreas como Farmácia, Administração, Logística, Engenharia de Produção, entre outras. Experiência prévia em áreas de gestão de suprimentos, farmácia hospitalar, logística de materiais, controle de estoque e compras hospitalares.

Atividade: área essencial para a operação do hospital, sendo responsável por garantir o fornecimento contínuo e eficiente de materiais, medicamentos e insumos necessários para a boa execução dos processos assistenciais e administrativos. Ele abrange funções como o controle de estoque, aquisição de produtos, distribuição de materiais e gestão de medicamentos, visando sempre a eficiência, qualidade e segurança nas operações hospitalares.

Horário de funcionamento: 24 horas

*Nota hoje o serviço está sendo realizado com duas frentes de gestão, parte pela gestão do Hospital (fornecimento e distribuição na unidade) / Estado e parte por empresa terceirizada (basicamente realiza a logística externa). A OSS SBSJ possui departamento e equipe de profissionais próprio e habituados a executar processos de aquisição, logística, controles, etc. para os serviços administrados.

SERVIÇO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

O departamento de TI é crucial para a eficiência operacional e a segurança da informação dentro de uma unidade de saúde, mantendo uma infraestrutura tecnológica necessária para a operação diária, a TI também promove a inovação, adotando novas tecnologias que melhoram os processos internos e o atendimento aos pacientes.

A inovação tecnológica no hospital não só otimiza os serviços prestados, mas também fortalece a capacidade de análise de dados clínicos e melhoria nos resultados de saúde. A implementação de tecnologias avançadas, como IA, telemedicina e soluções em saúde digital, permite diagnósticos mais rápidos, tratamentos mais precisos e uma experiência mais integrada e personalizada para os pacientes.

Desempenha um papel fundamental na gestão e no suporte, viabilizando os processos administrativos e clínicos da instituição.

Responsável pela manutenção dos sistemas computacionais, redes e dispositivos tecnológicos, além de garantir a segurança e integridade das informações dos pacientes e dados sensíveis.

O departamento de TI é responsável pela administração e manutenção dos sistemas utilizados na unidade de saúde, como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sistemas de agendamento, gestão de estoques, controle de faturamento e demais softwares administrativos e clínicos.

A equipe de TI deve garantir que esses sistemas estejam funcionando adequadamente, realizando atualizações e melhorias conforme necessário, oferecendo suporte técnico para os profissionais da Instituição, resolvendo problemas relacionados a computadores, dispositivos móveis, impressoras, redes e outros equipamentos tecnológicos, realiza também a manutenção preventiva e corretiva de hardware e software, assegurando que os sistemas tecnológicos funcionem sem interrupções.

Outro ponto importante é a segurança dos dados e informações sensíveis dos pacientes é uma das responsabilidades mais críticas da TI. O departamento implementa e monitora protocolos de segurança da informação, como criptografia, firewalls, antivírus e controles de acesso, garantindo que todos os dados estejam protegidos contra acessos não autorizados e ataques cibernéticos, em conformidade com as regulamentações, como a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

Responsável pela gestão das redes de comunicação (internas e externas) da Instituição, garantindo que a conectividade entre os diferentes setores da unidade seja eficiente e estável. Isso envolve o monitoramento da infraestrutura de rede, como servidores, roteadores e switches, além de garantir que a comunicação de dados entre departamentos, sistemas e dispositivos médicos esteja sempre operacional.

Auxilia no treinamento dos profissionais para o uso adequado dos sistemas e ferramentas tecnológicas, promovendo a capacitação contínua e garantindo que os profissionais da saúde e administrativos utilizem os recursos tecnológicos de forma eficiente.

Realiza backups regulares dos dados críticos e a implementação de planos de recuperação em caso de desastres, assegura as informações, como prontuários médicos e registros financeiros, sejam preservadas e possam ser

recuperadas rapidamente em situações de falhas de sistema ou perda de dados, sustenta as operações diárias por meio do suporte técnico e da manutenção de sistemas, mas também protege dados sensíveis, garantindo que os pacientes recebam um atendimento seguro e eficaz.

Além disso, a TI possibilita a implementação de novas tecnologias que podem melhorar a gestão hospitalar, otimizar os fluxos de trabalho e garantir que o hospital esteja preparado para lidar com as demandas de um ambiente de saúde moderno e dinâmico.

Tecnologia da Informação (TI) é essencial para garantir o funcionamento eficiente e seguro dos sistemas e infraestruturas tecnológicas que apoiam tanto os processos clínicos quanto administrativos, não apenas mantém a infraestrutura existente, mas também lidera a inovação tecnológica, introduzindo soluções modernas que melhoram a qualidade do atendimento aos pacientes e a eficiência operacional do hospital.

Profissional: Graduação em Tecnologia da Informação, Ciência da Computação, Engenharia de Sistemas, ou áreas correlatas. Certificações Técnicas: Certificações em áreas específicas como segurança da informação (ex: CISSP, CISM), gestão de redes, gestão de projetos (ex: PMP), e infraestrutura de TI podem ser um diferencial. Experiência prévia em ambientes hospitalares ou de saúde é desejável, especialmente com sistemas hospitalares, gestão de dados de pacientes e segurança de informações.

Atividade: Garantir que os servidores, redes de comunicação e sistemas de armazenamento de dados estejam funcionando corretamente, com foco em alta disponibilidade e redundância. Monitorar e manter a rede de comunicação do hospital, incluindo a infraestrutura de internet, redes locais (LAN), redes de longa distância (WAN), e redes sem fio (Wi-Fi), para garantir que todos os departamentos estejam conectados de forma eficiente.

Implantar e gerenciar políticas de segurança para proteger os dados do hospital, como backups regulares, criptografia de dados, controle de acesso e monitoramento constante contra ameaças externas e internas.

Horário de Funcionamento: 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo e plantão a distância no período noturno, finais de semana e feriados.

4.6 RESPONSABILIDADE SOCIAL

4.6.1 Ações de responsabilidade social a ser desenvolvida pela proponente.

Ações de responsabilidade social a serem desenvolvidas pela SBSJ têm como objetivo contribuir com a melhoria da qualidade de vida da comunidade, promovendo o bem-estar social e a inclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade, além de engajar o hospital em práticas sustentáveis e solidárias. As ações serão voltadas para diversos aspectos sociais, visando impactar positivamente tanto os pacientes quanto a sociedade em geral. A seguir, apresentamos algumas das principais iniciativas que serão implementadas:

Programas de Saúde Comunitária

- Realização de campanhas de conscientização sobre saúde preventiva, como vacinação, cuidados com doenças crônicas, higiene pessoal e nutrição.
- Educação em Saúde
- Promover cursos e palestras sobre temas de saúde, como prevenção de doenças, autocuidado e nutrição, tanto para os pacientes quanto para os familiares e a comunidade local.
- Realização de workshops para capacitação de cuidadores e familiares de pacientes com doenças crônicas ou necessidades especiais.

Apoio a Grupos Vulneráveis

Desenvolver projetos de inclusão para populações em situação de vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua, migrantes, pessoas com deficiência, idosos e famílias de pacientes com doenças graves.

Criar programas de acolhimento e assistência psicossocial para pacientes e suas famílias, promovendo suporte emocional e social durante o período de tratamento.

Sustentabilidade e Meio Ambiente

Implementação de práticas sustentáveis no hospital, como a redução de resíduos, reciclagem, uso eficiente de recursos e iniciativas de economia de energia.

Desenvolver projetos ambientais voltados para a educação da comunidade, incentivando práticas ecologicamente corretas e a preservação do meio ambiente.

Promoção da Inclusão e Diversidade

Criar programas que promovam a igualdade de gênero, a inclusão de minorias e a valorização da diversidade cultural dentro da comunidade hospitalar e nos serviços prestados.

Incentivar a participação de grupos sub-representações em cursos de formação e no acesso aos serviços de saúde, garantindo um atendimento igualitário para todos.

Ações Culturais e de Lazer para Pacientes e Comunidade

Organizar eventos culturais, como apresentações de música, teatro e atividades recreativas para os pacientes, seus familiares e a comunidade local, proporcionando momentos de descontração e bem-estar.

Oferecer programas de lazer para crianças hospitalizadas, como oficinas de arte e brinquedoteca, promovendo um ambiente mais acolhedor e positivo durante o tratamento.

Essas ações visam reforçar o compromisso do hospital com a responsabilidade social, integrando-se ativamente com a comunidade e promovendo mudanças positivas tanto no ambiente de trabalho quanto na vida das pessoas atendidas.

5.7 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

5.7.1 Na organização dos Recursos Humanos, a organização social interessada deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de cada profissional e a forma de contratação, esclarecendo se será celetista, por pessoa jurídica interposta ou terceirizado, inclusive apresentando as políticas de gestão de recursos humanos e proposta de regulamento próprio de seleção e contratação de pessoal

A contratação de profissionais sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é uma prática essencial para assegurar a legalidade e a conformidade trabalhista em uma instituição. Este modelo de contratação oferece benefícios tanto para o empregador quanto para o empregado, garantindo uma relação de trabalho regida por normas claras, direitos e deveres estabelecidos pela legislação brasileira.

Através da CLT, a organização se compromete a fornecer ao colaborador condições justas de trabalho, com direitos como férias, 13º salário, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), entre outros benefícios. Por sua vez, o empregado se compromete a cumprir com suas responsabilidades profissionais, alinhando-se aos objetivos e à cultura organizacional da instituição.

A contratação de profissionais CLT visa, portanto, fortalecer a estrutura organizacional do hospital, promovendo eficiência nas atividades administrativas e assegurando a qualidade nos processos internos. Este regime é fundamental para garantir estabilidade jurídica, segurança para os colaboradores e a conformidade com as normas trabalhistas vigentes, criando um ambiente de trabalho ético e produtivo.

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
ADM	Diretor Administrativo	44	1	CLT
ADM	Gerente Assistencial	44	1	CLT
ADM	Analista contábil financeiro	44	1	CLT
ADM	Analista de RH	44	1	CLT
ADM	Auxiliar de DP	44	1	CLT
ADM	Coordenador de Faturamento	44	1	CLT
ADM	Faturista	44	2	CLT
ADM	Auxiliar Administrativo (SAME)	44	1	CLT
ADM	Analista de TI	44	1	CLT
ADM	Analista de suporte	44	1	CLT
ADM	Encarregado da Receção	44	1	CLT
ADM	Encarregado da Higiene e Limpeza	44	1	CLT
ADM	Encarregado de Manutenção	44	1	CLT
ADM	Jovem Aprendiz	20	1	CLT
ADM	Auxiliar Administrativo	36	16	CLT
ADM	Assistente Administrativo	44	2	CLT
ADM	Recepcionista	36	9	CLT
ADM	Analista de Patrimônio	44	1	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Amb	Enfermeiro Assistencial	44	1	CLT
Amb	Técnico de Enfermagem	44	3	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Apoio	Lactarista	36	5	CLT
Apoio	Auxiliar de Farmácia	36	12	CLT
Apoio	Auxiliar de Almoxarifado	44	1	CLT
Apoio	Almoxarife	44	1	CLT
Apoio	Técnico em Radiologia	24	8	CLT
Apoio	Analista de Ouvidoria	44	1	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - Adm	44	4	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - área externa	36	3	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - interno	36	63	CLT
Apoio	Auxiliar de Serviços Gerais - Manutenção	36	5	CLT
Apoio	Eletricista	44	1	CLT
Apoio	Controlador de Acesso	36	14	CLT
Apoio	Vigilante	36	9	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Apoio	Lactarista	36	5	CLT
Apoio	Auxiliar de Farmácia	36	12	CLT
Apoio	Auxiliar de Almoxarifado	44	1	CLT
Apoio	Almoxarife	44	1	CLT
Apoio	Técnico em Radiologia	24	8	CLT
Apoio	Analista de Ouvidoria	44	1	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - Adm	44	4	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - área externa	36	3	CLT
Apoio	Auxiliar de Higiene - interno	36	63	CLT
Apoio	Auxiliar de Serviços Gerais - Manutenção	36	5	CLT
Apoio	Eletricista	44	1	CLT
Apoio	Controlador de Acesso	36	14	CLT
Apoio	Vigilante	36	9	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
CME	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
CME	Técnico de Enfermagem	36	7	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Eq. Multi	Psicólogo	40	1	CLT
Eq. Multi	Assistente Social	30	3	CLT
Eq. Multi	Fisioterapeuta	30	3	CLT
Eq. Multi	Fonoaudiólogo	20	1	CLT
Eq. Multi	Dentista	20	1	CLT
Eq. Multi	Nutricionista RT	36	1	CLT
Eq. Multi	Nutricionista Clínica	36	3	CLT
Eq. Multi	Técnico de Nutrição	36	3	CLT
Eq. Multi	Farmacêutico RT	44	1	CLT
Eq. Multi	Farmacêutico	36	5	CLT
Eq. Multi	Biomédico - Ag. Transfusional	44	1	CLT
Eq. Multi	Auxiliar de Transfusão	36	5	CLT
Eq. Multi	Técnico em Hemoterapia	36	5	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro SCIH	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro NEP	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro da Qualidade	44	1	CLT
Eq. Multi	Analista da Qualidade	44	1	CLT
Eq. Multi	Enfermeiro NIR	36	5	CLT
Eq. Multi	Auxiliar de Regulação	36	5	CLT
Eq. Multi	Pedagogo	6	1	CLT
Eq. Multi	Brinquedista	6	1	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
P.S.	Enfermeiro Assistencial	36	14	CLT
P.S.	Técnico de Enfermagem	36	33	CLT
P.S.	Técnico de Imobilização	36	5	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
SADT	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
SADT	Técnico de Enfermagem	36	5	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
SESMT	Técnico de Segurança do Trabalho	44	2	CLT

SETOR	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	FORMA DE CONTRATAÇÃO
UCI	Enfermeiro Assistencial	36	5	CLT
UCI	Técnico de Enfermagem	36	14	CLT

O quadro com os recursos humanos detalhados encontra-se em **anexo 7.**

A contratação de profissionais jurídicos sob o regime de Pessoa Jurídica (PJ) tem se tornado uma prática cada vez mais comum nas organizações, incluindo hospitais e outras instituições de saúde. Esse modelo permite à empresa contar com serviços especializados de sem a formalização de um vínculo empregatício tradicional, como ocorre na CLT. A contratação de profissionais PJ oferece maior flexibilidade para ambas as partes, sendo uma alternativa vantajosa para situações em que a demanda é por serviços, ou quando se deseja otimizar os custos com a folha de pagamento.

No regime PJ, o profissional atua como uma empresa prestadora de serviços, com autonomia para gerir seus horários, contratos e tributos, sendo responsável pelo pagamento de seus próprios impostos e encargos trabalhistas. Isso proporciona à instituição contratante uma redução de custos fixos e a possibilidade de obter profissional qualificado de forma mais ágil e focada nas necessidades específicas do hospital.

Esse tipo de contratação é vantajoso para o hospital, que pode contar com maior controle sobre os custos envolvidos e a possibilidade de ajustes conforme a demanda, além de uma maior flexibilidade na gestão de sua estrutura Assistência. A escolha pela contratação PJ deve ser feita com base nas necessidades da instituição, sempre respeitando as normas legais e regulatórias pertinentes a este tipo de relação de trabalho.

SERVIÇOS MÉDICOS				
SETOR	PROFISSIONAL	QUANTIDADE	HORAS MENSAL	FORMA DE CONTRATAÇÃO
Direção	Diretor técnico	1	200	Terceiro - PJ
Emergência	Coordenador	6	87	Terceiro - PJ
Emergência	Pediatra	6	2.197	Terceiro - PJ
Emergência	Pediatra	1	2.197	Terceiro - PJ
Emergência	Cirurgião geral - dia	1	366	Terceiro - PJ
Emergência	Cirurgião geral - noite	1	366	Terceiro - PJ
Emergência	Ortopedista - dia	1	366	Terceiro - PJ
Emergência	Ortopedista - noite	1	366	Terceiro - PJ
Emergência	Oftalmo sobreaviso dia	1	183	Terceiro - PJ
Emergência	Otorrino - dia	1	366	Terceiro - PJ
Emergência	Otorrino sobreaviso noite	1	183	Terceiro - PJ
Unidade de internação	Hospitalista	2	732	Terceiro - PJ
Centro Cirúrgico	Anestesista dia	1	366	Terceiro - PJ
Centro Cirúrgico	Anestesista noite	1	366	Terceiro - PJ
Centro Cirúrgico	Cirurgião dia	2	732	Terceiro - PJ
Infectologia	Infectologista	1	87	Terceiro - PJ
Radiologia	USG	2	732	Terceiro - PJ
Radiologia	RT/ laudo Rx	1	87	Terceiro - PJ

POLÍTICA GESTÃO DEnPESSOAS

1. OBJETIVO

Esta política tem como objetivo apoiar as diretrizes da SBSJ por meio de estratégia de Recursos Humanos focada em desenvolver continuamente seus colaboradores com qualidade, integridade e referências em suas práticas institucionais.

2. ABRANGÊNCIA

Esta política aplica-se a todos os subsistemas de gestão de pessoas realizados na SBSJ, tendo amplitude a todos os funcionários, estagiários e jovens aprendizes e suas unidades no Brasil.

DIRETRIZES

3. PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL

- Criar estratégias de remuneração e benefícios atreladas a necessidades da Instituição e práticas de mercado para garantir competitividade e sustentabilidade da Entidade.

- Definir e implementar estratégia de remuneração, estrutura de cargos e salários, modelo e estratégia de benefícios.
- Definir, por meio de modelos de atração, seleção e sucessão de talentos estabelecidos, pipeline do quadro de colaboradores de acordo com o modelo de atuação e competências (comportamentos/valores) que suportam as práticas institucionais
- Estabelecer e implementar método e métricas para a gestão de desempenho (performance/metas) da Instituição.
- Prover a entrega de serviços transacionais relacionados a Recursos Humanos, como folha de pagamento, gerenciamento do sistema de ponto eletrônico entre outros subsistemas com qualidade, buscando padronização, melhorias e otimizações.
- Estabelecer metodologia para que os profissionais da Entidade observem as leis e normas sobre segurança e medicina do trabalho, saúde ambiental prevenindo situações que possam representar risco à saúde.

4. DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL

- Estabelecer metodologia e implementar processo de definição de valores e da cultura junto com a liderança.
- Desenvolver um ambiente que fortaleça o engajamento por meio de definição de objetivos, mensuração e análise do clima organizacional.
- Estabelecer uma proposta de valor, como empregador, atrelada à cultura e à marca da Entidade, a fim de engajar o público interno, por meio do reconhecimento dos colaboradores, estagiários e jovens aprendizes, e, ao mesmo tempo, atrair os melhores talentos.
- Aprimorar, constantemente, as ações da própria Instituição, em benefício da mudança organizacional, de modo a estimular o engajamento e a identificação pessoal dos colaboradores e estagiários com os valores da Instituição.

5. DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

- Analisar as necessidades de desenvolvimento, considerando os objetivos da Entidade, para criar um ambiente em que todos possam se desenvolver de acordo com seus planos individuais de carreira.
- Desenvolver a liderança de acordo com as competências identificadas necessárias no curto, médio e longo prazo.

- Desenvolver e implementar treinamentos para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades necessárias para função e bem da Instituição.

6. OPERAÇÃO E SERVIÇOS DE RECURSOS HUMANOS

- Garantir a entrega de serviços transacionais relacionados a Recursos Humanos como folha de pagamento, gerenciamento do sistema de ponto eletrônico, entre outros subsistemas com qualidade, buscando melhorias e otimizações.
- Zelar para que os profissionais da Entidade observem as leis e normas sobre segurança e medicina do trabalho, saúde ambiental prevenindo situações que possam representar risco à saúde.

7. RESPONSABILIDADES

Diretoria de Gestão Pessoas

- Assegurar, de forma integral, o estabelecimento desta política, sua divulgação e aplicação.
- Zelar pelo cumprimento desta política.
- Executar as estratégias de recursos humanos e definir os mecanismos de implantação e métricas de avaliação desta política, proporcionando sua melhoria contínua.
- Avaliar necessidades do negócio e competências necessárias para as equipes, priorizando as inciativas de gestão de talentos.
- Comunicar e desenvolver o plano estratégico de pessoas para garantir engajamento da liderança.
- Ser um parceiro estratégico da Instituição em todas suas diretrizes.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

- A presente Política de Gestão de Pessoas passa a vigorar a partir de setembro/2023.
- Ficam canceladas todas as práticas anteriores a esta política.

POLITICA - RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Objetivo: Normatizar o processo de Recrutamento e Seleção de candidatos para as vagas disponíveis de acordo com os cargos/funções e

competências que serão desenvolvidas nas atividades das unidades e serviços de saúde.

Processo Seletivo: O Processo Seletivo destina-se à:

- Complementar o quadro de profissionais devido a vagas abertas;
- Formação de Cadastro Reserva para as vagas que eventualmente surgirem em decorrência de necessidades técnicas e operacionais.
- Para iniciar o Processo Seletivo, a vaga aberta será anunciada em sites especializados em busca de emprego, grupos de emprego relacionados ao perfil da vaga e também no site e nas redes sociais da SBSJ, conforme definição da equipe de RH.

Quando necessário, a metodologia adotada será gerenciamento das vagas por edital. As etapas serão estabelecidas de acordo com cada categoria profissional, podendo conter: Inscrição, Triagem, Prova objetiva, Entrevista individual/coletiva e Avaliação Comportamental.

Das Inscrições: Os candidatos podem se inscrever através do site ou encaminhando seu currículo através de e-mail conforme indicado no edital ou na divulgação, respeitando dias e horários estabelecidos.

A inscrição do candidato implicará no conhecimento e na tácita aceitação das normas e condições estabelecidas pela SBSJ.

Independentemente da existência de processo seletivo, o profissional pode cadastrar seu currículo no Banco de Currículo da SBSJ.

Das Inscrições para Pessoas com Deficiência ou Necessidades Especiais: A garantia de acesso ao trabalho para a pessoa com deficiência é prevista em lei desde que o cargo pretendido seja compatível com a deficiência de que é portadora, conforme Legislação Municipal e Federal vigentes.

Para concorrer a uma vaga, o candidato deverá:

- No ato da inscrição, declarar-se Pessoa com Deficiência;
- No caso de deficiência permanente encaminhar Laudo Médico (cópia autenticada ou original) e cópia do CPF (cópia simples). O laudo médico só será considerado válido se emitido nos últimos doze meses e deverá constar:
- A natureza da deficiência;
- O grau da deficiência;

- O código correspondente, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID;
- A data de expedição do laudo;
- Assinatura e carimbo contendo o número do CRM do Médico que está emitindo o laudo.

O candidato que se declarar Pessoa com Deficiência pode requerer Atendimento Especial, no ato da inscrição, para o dia de realização das provas, indicando as condições que necessita para a realização destas.

Do Processo de Avaliação e Seleção de Pessoal: O Processo de recrutamento e seleção será dividido nas seguintes etapas, sendo que todas possuem caráter eliminatório e podem ser realizadas em um único dia.

Etapa I – Análise Curricular.

Etapa II - Aplicação de prova de conhecimentos gerais ou específicos com exigência mínima de xx%.

Etapa III – Aplicação de teste psicológico ou comportamental.

Etapa IV –Comprovação da Documentação exigida para o cargo.

Etapa V – Entrevista pela área de Recursos Humanos.

Etapa VI – Para funções que necessitam de comprovação prática, haverá aplicação de prova, que irá compor média final mínima de xx%.

Etapa VII – Entrevista Técnica.

A SBSJ poderá alterar a ordem das etapas acima sem prévia comunicação.

Será considerado aprovado o candidato que passar por todas etapas do processo seletivo.

Para classificação dos aprovados será utilizada a nota da prova técnica ou a média (prova técnica e prática).

Em caso de empate entre candidatos aprovados, será escolhido o candidato que comprovar mais tempo de experiência, persistindo será utilizado o critério de formação acadêmica na área específica e cursos complementares atualizados.

O cronograma das etapas da seleção será acordado entre a equipe de Recursos Humanos e o gestor da vaga. A contratação pelo gestor da vaga, será baseada na lista de classificação dos candidatos, com apoio da equipe de Recursos Humanos, considerando o desempenho do candidato nas fases

citadas acima, cuja a nota de corte será de X (XXX) e observando-se ainda os critérios definidos pelo modelo de gestão por competências aplicado na SBSJ. Em caso de empate, será dado preferência para o candidato interno e prevalecendo o empate será contratado o candidato com melhor desempenho na prova de conhecimento específico.

A aprovação no processo seletivo não garante contratação compulsória e imediata, tampouco confere direito subjetivo a vaga, apenas qualifica o candidato ao perfil da vaga podendo, tal processo, servir para cadastro de candidatos potencialmente aptos, ficando válida a aprovação por xx meses do processo final.

As despesas pessoais decorrentes à realização de todas as fases/etapas do processo seletivo, incluindo o deslocamento e hospedagem, são de responsabilidade exclusiva dos candidatos; Será eliminado do processo de seleção, o candidato que:

- Usar meios fraudulentos e/ou ilegais para a realização das etapas da seleção;
- For surpreendido ao dar ou receber auxílio na execução de atividades;
- Perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido;
- For flagrado com qualquer material de consulta durante a realização das atividades.

Em caso de não preenchimento das vagas pelos candidatos inscritos, a SBSJ poderá selecionar candidatos por meio da utilização de seu Banco de Currículos.

Após o total preenchimento do quadro de vagas, os candidatos que disponibilizaram seus currículos e não foram convocados, serão mantidos em banco de dados para futuras avaliações por xx meses, sendo que a SBSJ não se obriga a convocar todos os candidatos inscritos.

Comprovação Documental: Na etapa que contempla a comprovação documental o candidato deverá apresentar os documentos originais que comprovem os requisitos exigidos pela vaga a qual candidatou-se:

- Currículo atualizado.

- Comprovação de escolaridade: diplomas ou declarações ou certificados de conclusão ou atestados de colação de grau de graduação reconhecidos pelo MEC.
- Comprovação de experiência: Registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (página com a foto, a qualificação civil, as alterações de identidade se houver e registro do empregador que comprove o vínculo na página do contrato de trabalho) ou comprovação por meio de declaração, atestados ou outros similares (inclusive estágio), sendo obrigatório constar o nome do cargo ou atribuições, identificação do empregador ou do contratante emitido em papel timbrado com telefone, nome, assinatura e CNPJ.
- Comprovação de registro no conselho regional da classe (para o processo admissional deve estar ativo).

O candidato que não comprovar a escolaridade e/ou os requisitos exigidos será considerado não habilitado e assim, será eliminado do processo seletivo.

Requisitos Básicos para Admissão

- Ter no mínimo 18 (dezoito) anos, completos, no ato da admissão;
- Comprovante da situação militar/RG/CPF
- Possuir os requisitos exigidos para o exercício do cargo;
- Possuir documentos comprobatórios da escolaridade e experiência;
- Ter aptidão comprovada por avaliação médica efetuada pelo órgão médico indicado pela SBSJ.
- Ser aprovado neste processo seletivo.

Fase de Admissão: Os candidatos notificados SBSJ serão submetidos ao exame médico admissional de caráter eliminatório (aguardar contato com instruções para realização do exame) devendo respeitar o prazo informado para apresentação da totalidade da documentação original requerida, conforme abaixo, sob pena de desclassificação.

Documentação Pessoal

- 1 foto 3x4;
- R.G.;
- CPF;

- Carteira de Trabalho;
- Cartão do PIS ou declaração negativa (extrato da CEF);
- Título de Eleitor;
- Comprovante de residência (conta de luz, ou água ou telefone, ou outra conta de consumo);
- Certificado de reservista;
- Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Carteira de Vacinação atualizada;
- Certidão de Nascimento dos filhos até 18 anos;
- CPF dos dependentes;
- Carteirinha de vacinação dos filhos menores de 07 anos;
- Declaração da escola dos filhos com idade entre 07 anos até 14 anos;
- Atestado de Saúde Ocupacional (Aguardar contato com instruções para realização do exame);
- Diploma ou outro comprovante de escolaridade;
- Registro no Conselho Regional Categoria (CREA; OAB; CRP; COREN, etc.);
- Certidão negativa do Conselho Regional Categoria ou última anuidade paga do Conselho
- Regional da Categoria;
- Apresentar carimbo com as especificações do órgão de Classe (conforme resolução 545/2017).
- O candidato aprovado será contratado por prazo indeterminado, sendo que os primeiros 90 dias são considerados período de experiência.

Avaliação de Experiência aos 45 e 90 dias

Para acompanhar o desenvolvimento do profissional, com objetivo de avaliá-lo e potencializá-lo será realizada, aos 45 e 90 dias a partir da data de sua admissão, a Avaliação de Experiência com Foco em Competências. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao profissional.

Se houver rescisão de contrato ao final dos 90 dias (período de experiência), o gestor deverá elaborar justificativa e encaminhar ao Departamento de Recursos Humanos.

Disposições gerais sobre Processo de Avaliação e Seleção: Não serão fornecidos atestados, cópia de documentos, certificados ou certidões relativas a notas das avaliações realizadas pelos candidatos.

O prazo de validade dos Processos Seletivos será de XX (XX) ano, contado a partir da data de aprovação do candidato.

5. **ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS (F5)**

5.1 ALOCAÇÃO POR TIPO DE DESPESA

- ✓ Detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos
- ✓ Detalhamento do custeio com os materiais de consumo necessários a manutenção dos serviços
- ✓ Detalhamento do custeio dos serviços prestados por terceiros
- ✓ Consideração do percentual de até 7% (sete por cento) da receita liquida com despesa compartilhada
- ✓ Detalhamento do custeio das alterações contratuais em decorrência das datas bases das categorias e os aspectos macroeconômico do pais.

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **anexo 8.**

5.2 ALOCAÇÃO PARA ATIVIDADE DE QUALIDADE E SEGURANÇA

- ✓ Detalhamento do custeio das ações da política de educação continuada
- ✓ Detalhamento do custeio para o serviço de ouvidoria
- ✓ Detalhamento do custeio das comissões técnicas (revisão de prontuário, revisão de óbito, controle de infecção, segurança do paciente, ética de enfermagem, ética médica e CIDOTT).

- ✓ Detalhamento do custeio da política de segurança dos processos de gerenciamentos de saúde
- ✓ detalhou o custeio das ações voltadas para acreditação pela ONA das unidades, até 24 meses da vigência do contrato, pelo menos do nível I

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **anexo 8.**

6. METODOLOGIA DA PROPOSTA (F6)

- ✓ Atendimento a todos os pontos do roteiro proposto
- ✓ Apresentação da proposta de forma objetiva e concisa
- ✓ Definições claras das estratégias de implantação e implementação da proposta, com resultados factíveis

A presente Proposta seguiu o roteiro proposto no Edital de Chamamento 01/2025 – SES/SE e objetivou trazer aos itens descritos neste Plano de Trabalho, todos os requisitos dispostos, com os custos estimados e a organização e monitoramento de todas as ações.

Realizou-se o dimensionamento partindo de estudos de Hospitais de Média e Alta Complexidade, bem como em dados coletados na visita técnica, e buscou-se elencar os profissionais necessários a fim de iniciar prontamente a operacionalização e gestão do Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza.

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Pela presente declaração, torno público para os devidos fins, que prestarei no **Hospital da Criança Dr. José Machado de Souza**, todos os serviços descritos na **Proposta Técnica** apresentada no **Edital de Chamamento Público nº 001/2025** aos custos indicados na **Proposta Financeira**.

Declaro que a validade das propostas apresentadas é de **120 (cento e vinte) dias** a partir da data de abertura de seleção.

Declaro, ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde-SUS, bem como, respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Herculândia, 11 de abril de 2025

Juliano Aparecido Fidelis

Página de assinaturas

Juliano Fidelis
329.877.108-28
Signatário

HISTÓRICO

10 abr 2025 02:09:37 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

10 abr 2025 06:34:33 — **Juliano Aparecido Fidelis** *(Email: juliano_fidelis@hotmail.com, CPF: 329.877.108-28)* visualizou este documento por meio do IP 172.226.124.50 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

10 abr 2025 08:26:02 — **Juliano Aparecido Fidelis** *(Email: juliano_fidelis@hotmail.com, CPF: 329.877.108-28)* assinou este documento por meio do IP 172.225.83.37 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil