



PROPOSTA DE TRABALHO

Programa de Trabalho para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Regional São Vicente de Paula, conforme Edital de Seleção.

Florianópolis 20 de agosto de 2025.



SUMÁRIO

I – Introdução	005
I.i Breve Histórico do Instituto	005
I.ii Características da Instituição	008
I.iii Informações Cadastrais	010
I.iv Identificação do Objeto	010
I.v Conhecimento do Objeto	011
I.vi Objetivos Gerais	011
I.vii Objetivos Específicos	011
I.viii Justificativa	012
Organização da Atividade Assistencial	014
1.Modelo Gerencial	014
1.1 A caracterização do modelo gerencial que será implantado	014
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	042
1.3 Os modelos e certificações de qualidade que serão implantados	056
1.4 Os indicadores de impacto propostos pela instituição	060
1.5 A descrição sumária das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial adotados pela instituição.	072
1.6 Modelo de relacionamento entre o parceiro privado e Secretaria de Estado de Saúde	091
1.7 Os limites de responsabilidades, considerando o objeto de negócio, que a instituição proponente demonstra estar disposta a assumir no processo de publicização	093
1.8 Descrição do funcionamento do modelo de regulação assistencial	096
1.9 Descrição de como será gerenciado o transporte inter-hospitalar dos pacientes da Unidade	098
1.10 Cronograma com prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto	102
1.11 Descrição do modelo de gestão da informação, informando as tecnologias da informação que serão alocadas na Unidade	110
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 – SIA	113
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)	116
1.14 Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais e a carga horária de trabalho, por perfil de profissional	129
1.15 Descrição do sistema de qualificação profissional: treinamento, capacitação, educação em saúde	132
1.16 Descrição dos critérios de remuneração direta e indireta, identificação pessoal e uniformização dos recursos humanos	158
1.17 Outras iniciativas e programas de qualidade que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação	161
2 Implantação de Fluxos	169
2.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, não restritas e externas	169
2.2 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados	175
2.3 Fluxo unidirecional para roupas	181
2.4 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.	187
3 Implantação da Gestão	193
3.1 Proposta para Regimento Interno do Hospital	193
3.2 Proposta para Regimento do Corpo Clínico	219
3.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	226
3.4 Proposta de implantação de serviços de registros eletrônico de atividades assistenciais da unidade	231



4 Implantação de Processos	234
4.1 Proposta de integração gerencial das unidades	234
4.2 Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos	238
4.3 Proposta de manual de rotinas para administração financeira	247
4.4 Proposta de manual de rotinas administrativas para o almoxarifado e patrimônio	257
Qualidade Subjetiva	291
5. Comissões	291
5.1 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	296
5.2 Comissão de Verificação de Óbitos	301
5.3 Comissão de Ética Médica	306
5.4 Comissão de Ética em Enfermagem	311
5.5 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	317
5.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	332
5.7 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)	341
5.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica	347
5.9 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	355
5.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	362
5.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	366
5.12 Núcleo Interno de Regulação (NIR)	361
5.13 Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais	366
5.14 Outras comissões	382
6. ACCR	395
6.1 Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco: equipe necessária sistemática de trabalho, horário de funcionamento	395
7. Protocolos Clínicos	451
7.1 Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil das unidades	451
7.2 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	464
8. Outras iniciativas	468
8.1 Programas de qualidade que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação	468
Qualidade Subjetiva	472
9. Percepção do usuário ao passar pela unidade	472
9.1 Como estruturará a Informação aos usuários (usuários e familiares) acerca do processo de Atenção	472
9.2 Como pesquisará a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas.	496
9.3 Políticas de Humanização: como desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para Gestão de leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros.	520
Qualidade Técnica	544
10. Experiência anterior	544
10.1 Contrato de gestão com o poder público de unidades hospitalares	544



10.2 Experiência prévia na condição de mantenedora de hospital filantrópico, em conformidade com a Portaria nº 2.567/2016 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para hospitais integrantes da rede filantrópica do SUS	546
10.3 Unidade de Pronto Atendimento experiencia em gestão de UPA	548
11. Estrutura diretiva da unidade	549
11.1 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	548
11.2 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	549
12. Organização dos serviços assistenciais	563
12.1 Descrição da organização das diferentes clínicas	563
12.2 Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade	572
12.3 Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas	575
12.4 Descrever as unidades de salas de Cirurgia; Urgências e Ambulatórios	577
12.5 Descrição da organização das unidades de Internação	580
12.6 Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde	583
12.7 Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra-Referência com a Atenção Primária e com outros hospitais.	585
13. Organização dos Serviços Administrativos	589
13.1 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.	589
14. Responsabilidade Social	591
14.1 Ações de responsabilidade social a ser desenvolvida pela proponente	591
Alocação de Recursos Financeiros	600
15. Organização dos Recursos Humanos	600
ITENS DA PROPOSTA FINANCEIRA	640
16. Alocação por tipo de pessoa	640
16.1 Detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos	640
16.2 Detalhamento do custeio com os materiais de consumo necessários a manutenção dos serviços	640
16.3 Detalhamento do custeio dos serviços prestados por terceiros	640
16.4 Consideração do percentual de até 5% (sete por cento) da receita líquida com despesa compartilhada	640
16.5 Detalhamento do custeio das alterações contratuais em decorrência das datas bases das categorias e os aspectos macroeconômico do país.	640
16.6 Detalhamento do custeio das ações da política de educação continuada.	640
16.7 Detalhamento do custeio para o serviço de ouvidoria	640
16.8 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).	640
16.9 Detalhamento do custeio da política de segurança dos processos de gerenciamentos de saúde	640
16.10 Detalhamento o custeio das ações voltadas para acreditação pela ONA das unidades, até 24 meses da vigência do contrato, pelo menos do nível I	640
ASSINATURA	648
Proposta Financeira	651

I- INTRODUÇÃO

O **IDEAS**, submete a Comissão Especial de Seleção do **Estado de Sergipe**, por intermédio da **Secretaria Estadual de Saúde** os documentos que se referem ao Plano de Trabalho.

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

HOSPITAL REGIONAL SÃO VIENTE DE PAULA

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

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

- Programa de Trabalho
- Proposta Financeira

Nos colocamos a inteira disposição para esclarecimentos.

I.I- BREVE HISTÓRICO DO INSTITUTO

O Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, fundado em 04 de janeiro de 2016, é uma associação civil, de direito privado, sem fins econômicos, de duração indeterminada, com sede na Rua Deputado Joaquim Ramos, 125, Centro, Jaguaruna/SC, CEP 88.715-000 e filiais, todas regidas pelo Estatuto Social e pelas demais disposições legais que lhe forem aplicadas.

As fontes de recurso financeiro do IDEAS são provenientes de contratos administrativos e contratos de gestão realizados predominantemente com os setores públicos, com foco de atendimento voltado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O número de atendimentos anuais tem crescido exponencialmente nos últimos 02 (dois) anos, com destaque em 2021 com mais de 1.300 (mil e trezentas) saídas hospitalares e mais de 50 (cinquenta) mil atendimentos de urgência e emergência por mês.

MISSÃO

Oferecer excelência em gestão e assistência multidisciplinar em saúde qualificada e focada nas necessidades dos clientes garantindo a integralização dos sistemas de saúde.

VISÃO

Ser preferência e referência reconhecida como organização social e por promover a constante melhoria dos atendimentos e da gestão do SUS em todo o território nacional.

VALORES

Satisfação aos clientes. Responsabilidade social. Gestão de excelência. Compromisso com os resultados. Parceria. Segurança do paciente. Transparência. Idoneidade. Qualidade. Referência em prestação de serviços. Referência em assistência multidisciplinar humanizada.

O IDEAS tem como objetivos:

- a) Prestação de serviços na área da saúde em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), em especial os de natureza médico-hospitalar, diagnóstica e/ou ambulatorial, de urgência e emergência e atenção básica;
- b) Colaborar com o estabelecimento de políticas públicas e programas que possam garantir a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde, necessárias ao desenvolvimento humano e social do cidadão, podendo firmar convênios, contratos, parcerias e demais instrumentos jurídicos com outras instituições de natureza pública e/ou privada, nacional e/ou internacional, de ensino, pesquisa e/ou assistência à saúde;
- c) Prestar assistência social à comunidade em geral, promovendo medidas que auxiliem na erradicação de doenças e enfermidades que afetam a população em geral;
- d) Desenvolver, com a parceria de órgãos públicos, atividades que proporcionem a melhoria da saúde comunitária;
- e) Prestar assistência com ações na prevenção e promoção na área da saúde;
- f) Prestar assistência nas áreas de prevenção, tratamento e recuperação de dependentes químicos;
- g) Prestar assistência à população nas áreas da atenção básica, com ênfase na estratégia da saúde da família;
- h) Prestar serviços e consultorias, desenvolver, assessorar regras e sistemas de saúde e/ou de educação, de natureza pública ou privada e, elaborar, planejar e/ou assessorar projetos arquitetônicos, ambientais e de infraestrutura em áreas físicas ou imóveis destinados à assistência, ensino e/ou pesquisa na área da saúde;
- i) Promover e manter o ensino e a pesquisa, nas áreas das ciências da saúde, apoiando a investigação científica, contribuindo para a qualificação profissional, bem como

desenvolver atividades de ensino na área de assistência à saúde, tecnologias em saúde e gestão de organizações e sistemas de saúde, nos níveis de ensino médio, graduação e pós-graduação "lato e stricto sensu";

j) Promover e ministrar cursos, palestras, congressos, seminários, simpósios e conferências, produzir e disponibilizar material didático e científico, assim como tecnologias na área das ciências da saúde;

k) Fomento e promoção de publicações com matérias concernentes aos objetivos do IDEAS;

l) Desenvolver e publicar métodos pedagógicos de ensino e educação nas áreas de atuação;

m) Captação de recursos junto a instituições nacionais e internacionais para financiamento de projetos e/ou programas próprios ou de outras entidades com objetivos semelhantes aos do IDEAS;

n) Cooperação e desenvolvimento de quaisquer outras atividades correlatas, inclusive com outras organizações e/ou instituições com objetivos similares;

o) Adotar práticas de planejamento sistemático de ações, mediante instrumentos de orçamentação, avaliação e acompanhamento das ações.

O IDEAS possui experiência no gerenciamento de Unidades de Saúde nos Estados de Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, Ceará, São Paulo, permitindo acumular vasta experiência na operacionalização desta atividade ao longo dos anos.

As unidades possuem características plúrimas com necessidades locais que levam a experiências distintas na gestão de unidades, como localização, estrutura da Rede de Urgência e Emergência da Cidade ou Região de Saúde, criminalidade, características sociodemográficas e financeiras da região.

Gerir unidades em diferentes cidades e estados do Brasil permitiu ao IDEAS experienciar vivências na realização de gerenciamento das unidades e isso fez com que o Instituto desenvolvesse ferramentas sistêmicas de atuação para se precaver de situações que podem ocorrer sem controle da situação, como ausência de medicamentos, oxigênio e mão de obra.

O IDEAS possui mecanismos internos que garantem o abastecimento das unidades e funcionamento dos serviços com correto quadro profissional, tendo agilidade na contratação de pessoas e aquisição de produtos e serviços. A estrutura administrativa do Instituto está estruturada em 03 (três) grandes áreas de sustentação, a saber: Gerência Financeira, Gerência de Qualidade e Gerência Administrativa. Essas estruturas garantem a padronização de atividades para o IDEAS e permite sustentação dos projetos desde o início do processo de implantação dos planos de trabalho.

I.ii CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO

São diversos os desafios enfrentados pela saúde ao longo das últimas décadas no Brasil, entretanto o que se mantém em destaque ainda é a organização da estrutura do sistema de saúde brasileiro que comporta atendimento de mais de dois terços da população, somente com atendimento Público via Sistema único de Saúde – SUS.

Com responsabilidades compartilhadas entre União, Estados e Municípios o SUS prevê atendimento a todos os brasileiros ou quaisquer pessoas que esteja em território nacional e precise de amparo junto ao serviço de saúde. Na organização do SUS a organização dos serviços está distribuída em níveis de atenção, que se organizam por linhas de cuidado para direcionar e planejar as ações de saúde para a população.

Embora o sistema de saúde tenha avançado em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e tenha claramente definido a importância da atenção primária em saúde (APS), atualmente tida como ordenadora dos serviços de saúde como a primeira porta de entrada para os serviços de saúde, ainda é na Rede de Urgência e Emergência que estão grandes gargalos de atendimento à saúde.

Neste contexto é que surgem as limitações dos mecanismos da administração pública para manter em funcionamento estruturas de serviços de saúde para a população, sendo necessária a busca de parcerias com diferentes setores, na busca de regularizar os atendimentos e garantir ao acesso dos usuários ao sistema de saúde. Assim, surge a demanda de estrutura de saúde pública em buscar parceiros na gestão e operacionalização dos serviços, como é o caso de contratos de gestão com Organizações Sociais. O alinhamento das estruturas de saúde do estado para dar seguimento na operação por meio das linhas de cuidado dever ser muito preciso, exigindo da futura contratada experiência na realização destas ações.

Neste sentido apresentamos a experiência do IDEAS em gerir estrutura de saúde que contemplam diferentes níveis de atenção, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e hospitais de pequeno médio e grande porte, conforme comprovado por cópia de documentos anexos a esta proposta de trabalho. Atualmente o IDEAS realiza gestão das seguintes unidades de saúde:

- Hospital Materno Infantil Santa Catarina em Criciúma/SC;
- Hospital de Caridade de Jaguaruna em Jaguaruna/SC;
- Hospital Regional do Médio Paraíba Dra. Zilda Arns Neumann em Volta Redonda/RJ;
- Hospital Estadual Alberto Torres em São Gonçalo/RJ;
- Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro em Itaboraí/RJ;
- Hospital Municipal Maternidade Mariana Bulhões em Nova Iguaçu/RJ;

- Hospital Geral de Nova Iguaçu em Nova Iguaçu/RJ;
- Hospital Estadual Roberto Chabo em Araruama/RJ;
- Hospital Dr. Luiz Pinto & Unidades em Rio das Flores/RJ;
- Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer em Rio de Janeiro/RJ;
- SAMU em Angra dos Reis/RJ;
- SAMU em São Leopoldo/RS;
- UPA Canoinhas em Canoinhas/SC;
- UPA Forquilha em São José/SC;
- UPA Bela Vista em Palhoça/SC;
- UPA Zona Norte em São Leopoldo/RS;
- UPA Infantil Agda Maria em Angra dos Reis/RJ;
- UPA São Gonçalo I em São Gonçalo/RJ;
- UBS São José da Bela Vista em São José da Bela Vista/SP;
- UBS São Leopoldo em São Leopoldo/RS.

Para realizar as atividades junto aos contratos de gestão o IDEAS possui equipe de colaboradores superam quatro mil contratados em regime de Contrato Trabalhista (CLT), além de centenas de profissionais atuando como prestadores de serviços por meio de contratos de trabalho terceirizados, como serviços de lavanderia, manutenção, serviços médicos, odontológicos.

Devido a diversidade de contratos que o instituto possui no âmbito da saúde e envolvimento em diferentes níveis de atenção, são ofertadas atividades em diversas especialidades médicas e multiprofissionais (terapia intensiva, urgência e emergência, cardiologia, imagiologia, anestesia, especialidades cirúrgicas, pediatria, obstetrícia, ginecologia, cirurgia plástica, infectologia, urologia, vascular, ortopedia, nefrologia, neurologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, farmácia, odontologia, terapia ocupacional, assistência social, socorristas, especialistas em saúde da família).

Em tempo, cumpre mencionar que o IDEAS possui Certificado de Entidade Beneficente de Serviços Social, conforme apresentado no Anexo I, e sua validade é até dezembro de 2026.

I.iii INFORMAÇÕES CADASTRAIS**A ENTIDADE**

Razão Social	
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS	
CNPJ	
24.006.302/0004-88	
Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)	
Atividades de apoio à gestão de saúde.	
Endereço	
Rua Deputado Joaquim Ramos, 125, Centro.	
Cidade	UF
Jaguaruna	Santa Catarina
CEP	DDD/Telefone
88.715-000	(48) 3027-6200
E-mail	
protocolo@ideas.med.com.br	

RESPONSÁVEIS

- **Nome: SANDRO NATALINO DEMETRIO**

CPF: 003.689.649-73

RG: 3.941-106 – **Órgão Expedidor:** SSP

Cargo: Diretor Executivo

Função: Resolver e tomar decisões importantes, gerenciar os recursos e operações gerais de uma organização e atuar como o ponto central de comunicação entre o operacional e o conselho de administração.

I.iv. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Contrato de Gestão, tendo como objetivo o gerenciamento, a operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Regional São Vicente de Paula, com prestação de serviços médicos especializados em atendimentos de urgência e emergência, para atender toda e qualquer paciente.

I.v. CONHECIMENTO DO OBJETO

O Hospital Regional São Vicente de Paula configura-se como serviço de saúde com estrutura e complexidade de média e alta complexidade entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede de urgência e emergência, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana e compõe uma rede organizada de atenção hospitalar, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população, por meio da Central de Regulação de Vagas do estado e município.

I.vi. OBJETIVOS GERAIS

Elaboração do PLANO DE TRABALHO direcionado às especificidades do Edital de Seleção Pública para o Gerenciamento e Operacionalização do Hospital Regional São Vicente de Paula, cumprindo os requisitos do Termo de Referência, objetivando assim a formalização de contratualização para execução dos serviços propostos de acordo com o Plano Orçamentário e de execução elaborado pelo **IDEAS**. Estabelecer as responsabilidades para a gerenciamento e implantação dos serviços de atendimento do Hospital Regional São Vicente de Paula fortalecendo o desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS.

O plano operativo, terá como objetivo a gestão do atendimento da equipe multidisciplinar, equipe médica e gestão clínica da referida unidade, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, construindo um serviço de saúde humanizado, eficiente, coerente e embasado nos princípios institucionais e valores do **IDEAS**. Desenvolvendo, em parceria com a Diretoria Técnica da Unidade processos bem definidos, com profissionais habilitados e capacitados por meio de educação permanente, visando a otimização e maximização da qualidade dos serviços.

Lembrando que a gestão ativa da Unidade referida obedecerá a normatização aplicável, em especial de acordo com a Resolução CFM nº 2.077/14, Resolução CFM nº 2.079/14, Resolução CFM nº 1451/95, Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), os Procedimentos Operacionais e Regimentos Internos do **IDEAS** bem como todas as normativas e legislações afetas aos serviços.

I.vii. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Atuar em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde para melhor acompanharem as ações e execuções assistenciais dos serviços de saúde e indicadores de qualidade, fiscalizando a utilização de recursos públicos repassados ao **IDEAS**.

Ser rede de suporte à saúde visando aprofundar e identificar as necessidades regionais para aprimoramento dos serviços. Coletar dados para implementação de otimizações dentro do sistema de atendimento de acordo com a Unidade de saúde, culminando com a integração de todo o equipamento de saúde.

Elaborar planejamento de programas de desenvolvimento gradual dos processos e procedimentos internos das equipes responsáveis pelo atendimento, com treinamento contínuo e desenvolvimento de incentivos e políticas de gestão de saúde mais eficientes.

Por fim, atender de forma integral a todos os pacientes recepcionados na referida unidade.

I.viii. JUSTIFICATIVA

O **IDEAS** pretende realizar uma gestão de qualidade baseada na melhoria contínua da assistência à saúde ao mesmo tempo que a redução ou contenção de custos. Através do modelo de gestão em saúde do **IDEAS** aplicaremos as melhores práticas da medicina baseada em evidências e utilização de rotinas e protocolos do Hospital Regional São Vicente de Paula, onde aplicaremos as seguintes premissas:

- Segurança do paciente, através da implantação das Metas de Segurança Internacionais e monitorização de ações e procedimentos assistenciais.
- Qualidade da assistência, através da atualização constante dos profissionais por meio de educação permanente demonstrando a eficiência de protocolos e *guidelines* atualizados.
- Economicidade dos processos, através da sistemática de verificação de custos oferecidos x custos disponibilizados.

Oferecer intervenções de suporte de vida de qualidade ao paciente grave, sem causar danos. O cuidado volátil e com multiplicidade de amplitude assistencial do serviço de Urgência e Emergência requer da equipe interdisciplinar competência específica, além de envolver uma cultura de segurança com foco no cuidado centrado no paciente e família.

A segurança envolve estruturação do serviço em aspectos relevantes do conhecimento, habilidades e atitudes para todos os profissionais como:

- Cultura de segurança do paciente;
- Trabalho em equipe;
- Comunicação efetiva interprofissional e entre equipe/paciente e familiares;
- Gestão de riscos;
- Otimização de fatores humanos e ambientais;
- Reconhecimento, investigação de eventos adversos, analisados para aprendizado e prevenção.

O **IDEAS** preserva e incentiva algumas características do ambiente de trabalho, como autonomia e suporte profissional, comunicação, boas relações e confiança entre os profissionais das diversas categorias favorecem a prestação de um cuidado seguro ao paciente e podem resultar em maior satisfação para ambos pacientes e profissionais.

A segurança do paciente apoia-se na capacitação da equipe interdisciplinar, na aplicação de condutas e técnicas corretas baseadas em evidências científicas, na prevenção e monitoração de acidentes e eventos adversos, na comunicação formal entre os profissionais.

O **IDEAS** elaborou o Plano de Trabalho tomando-se em conta a alta demanda referenciada e espontânea de atendimentos, a grande área de abrangência dos serviços a serem executados e a natureza delicada dos serviços do Hospital Regional São Vicente de Paula demonstrando-se a necessidade do dimensionamento dos serviços dispostos no Termo de Referência e no Plano de Trabalho. Trata-se de uma programação de atendimento de caráter volátil e com características próprias, na qual o **IDEAS** possui vasta experiência, visando trazer solidez aos procedimentos e processos necessários ao gerenciamento do serviço.

O presente Plano de Trabalho representa a organização de um modelo de atenção voltado às condições regionais, assim como aos eventos agudos provenientes de agudizações das condições crônicas de saúde, tem como intuito identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de um paciente em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção demandado pelo risco classificado.

O **IDEAS** operacionalizará o Plano de Trabalho proposto visando o atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo a todos os pacientes o devido atendimento dentro de patamares de excelência. O objetivo dos serviços a serem executados ocorrerão por intermédio da atuação conjunta entre o Instituto, a Secretaria de Saúde do Estado e a Diretoria Técnica do Hospital Regional São Vicente de Paula, proporcionando o fortalecimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS UNIDADES

1. Modelo Gerencial

1.1 Caracterização do modelo gerencial a ser implantado

O IDEAS realizará o acompanhamento e a avaliação do Contrato de Gestão a partir da metodologia, parâmetros, procedimentos e periodicidade estabelecidos pelo termo de referência e seus respectivos anexos. Tem como objetivo garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes para atendimentos de todas as metas pactuadas, monitorando e avaliando os indicadores de saúde, priorizando as ações estratégicas do Programa Nacional de Segurança do Paciente e Humanização da Assistência, utilizando-se de dos parâmetros da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para nortear as ações sistêmicas para os serviços.

Para os efeitos de definição do processo de trabalho e sistemática, considera-se:

- Ações – realização de alguma atividade que resulte na criação ou modificação de uma realidade;
- Indicadores – unidade de medida das ações/metasp que indicam a realização da ação/meta definida;
- Metas – definição da imagem-objetivo que se quer alcançar;
- Acompanhamento – comparação entre os quantitativos programados no Programa de Trabalho do Contrato de Gestão e aqueles efetivamente alcançados, visando à verificação do cumprimento do referido instrumento contratual.

Na organização e qualificação do Processo de Trabalho serão cumpridas as disposições contidas nas pactuações oficiais, tais como: Termos de Contrato de Gestão; Programação Anual de Saúde; Plano Estadual e Municipal de Saúde; Sistema de Acompanhamento e Avaliação, com a utilização de instrumentos do Sistema de Informação em Saúde, considerando que a maior parte das metas serão produzidas e analisadas pelo sistema de informação em saúde.

A partir deste cenário serão elaborados Relatórios de Análise de Metas Quantitativas e Qualitativas mensais para encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde, como prevê o termo de referência para os serviços, possibilitando que a Comissão de Acompanhamento e Avaliação possa se reunir para avaliar a execução do Contrato de Gestão e elaborar o Relatório de Análise de Metas Quantitativas e Qualitativas.

Serão apresentados os relatórios consolidados de dados quantitativos dos atendimentos mensais e de informações relacionadas a ações que demonstrem obtenção das metas de qualidade definidas no Programa de Trabalho do **IDEAS** e Secretaria de

Saúde e em concordância com o Sistema de Acompanhamento e Avaliação, sempre dentro dos prazos estabelecidos.

Assim, considerando as definições prévias do conceito de indicador, cabe destacar alguns atributos que serão considerados no processo de monitoramento qualidade e produtividade, a saber:

Atributos dos indicadores

Validade – o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas.

Sensibilidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os casos de cuidados nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados.

Especificidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados.

Simplicidade – quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização.

Objetividade – todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca.

Baixo custo – indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado.

Além disso, serão considerados o **Painel de Indicadores, com as informações:**

- Nome do indicador
- Fórmula (maneira de expressão, dependendo do tipo)
- Tipo (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto, fato)
- Fonte de informação (local de onde será extraída a informação)
- Método (retrospectivo, prospectivo, transversal)
- Amostra
- Responsável (pela elaboração)
- Frequência (número de vezes que será medido em determinado período)
- Objetivo/meta (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir)

O **IDEAS**, com a finalidade de atingir as metas e indicadores pactuados se utilizará de:

- 1) ferramentas gerenciais digitais que facilitem a horizontalização da gestão, da qualificação gerencial, profissional e educação permanente em saúde, além do enfrentamento das questões corporativas, rotinas técnicas e operacionais e sistema de avaliação de custos e gerenciais;
- 2) supervisionará tecnicamente as atividades, visando atender todas as diretrizes para atenção hospitalar e ambulatorial;
- 3) Implantará a metodologia de planejamento, programação e avaliação sistemática e permanente dos serviços hospitalar e ambulatorial;
- 4) Manterá registro atualizado de todos os atendimentos, disponibilizando a qualquer momento, as fichas e prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;
- 5) O **IDEAS** manterá ativas as Coordenações/Supervisões: Administrativa, Médica e de Enfermagem, a fim de garantir o bom andamento das atividades previstas no Termo de Referência;
- 6) Implantar modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas
- 7) Promover meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a Humanização das relações entre equipe profissional, usuários da unidade.

Para a operacionalização do monitoramento e avaliação cabe destacar os seguintes conceitos que serão adotados. Frente ao monitoramento entende-se como uma ação contínua, utilizada para acompanhar, tomar decisões corretivas na gestão e informar as equipes de saúde sobre a evolução dos resultados. A partir dos indicadores pactuados, estes serão acompanhados de forma contínua para medir o desempenho e verificar se os insumos e recursos estão sendo utilizados com eficiência.

O acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos podem ser predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da qualidade dos serviços. Nesse sentido, entendendo que estes são essenciais para a implantação, consolidação e redirecionamento do trabalho em saúde na perspectiva de se galgar melhores resultados sanitários para as unidades e serviços em que o **IDEAS** estiver atuando.

A seguinte estrutura será contemplada:



Já no processo de avaliação dos indicadores, esta consiste em uma análise objetiva e sistemática, com o objetivo de avaliar a relevância, a eficácia, a eficiência, o impacto e as sustentabilidade do projeto para posterior elaboração dos relatórios de desempenho e prestação de contas junto à Secretaria Estadual de Saúde.

Alguns parâmetros subsidiarão essas etapas, a saber:

PARÂMETROS	MONITORAMENTO	AValiação
Frequência	Contínuo, ao longo do projeto.	Em um momento determinado (ex post, em médio prazo, ou durante mudança de fase do projeto).
Finalidade básica	Orientar o projeto e fornecer informações oportunas sobre os progressos realizados.	Avaliar o desempenho do projeto e aprender com o passado para melhorar futuras programações.
Foco de análise	Coletar e analisar informações pertinentes sobre atividades, processos e produtos (sem esquecer o resultado final).	Avaliar a relevância, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade do projeto.
Responsáveis pela execução	Equipe do projeto e contrapartes.	Equipe do projeto, contrapartes e outras partes interessadas (internas e externas).
Público-alvo do relatório	Gerentes de projeto, equipe do projeto, contrapartes, doadores.	Gerentes de projeto, equipe do projeto, contrapartes, doadores e outras partes interessadas (internas e externas).

Fonte: OPAS (2025).

Conforme apresentados nas seções anteriores dessa proposta técnica e gerencial frente as metas pactuadas para gestão, o plano proposto pelo **IDEAS** tem como finalidade dar continuidade as ações de monitoramento e avaliação como forma de subsidiar o melhor desempenho das metas e indicadores de saúde. Deste modo, definiu-se o uso de algumas ferramentas de planejamento e gestão de qualidade para compor o plano de ação de corretiva para as não conformidades/falhas no desempenho das atividades que serão desempenhadas.

Sabe-se que o sistema gerencial tem enorme importância por possibilitar traduzir os objetivos estratégicos em indicadores mensuráveis, desdobrados em metas a serem alcançadas. Permite também aos profissionais e gestores medir o desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas. A partir dele é possível conhecer o que é esperado para suas funções, monitorar o próprio desempenho, identificar oportunidades de melhoria e implementar ações de prevenção, melhoria ou correção. Por fim, propicia a melhoria contínua, pois não basta atingir as metas e se acomodar diante dos resultados alcançados. É necessário evoluir continuamente adotando de forma proativa medidas de melhorias e de inovação.

O **IDEAS** executará ações para eliminar as causas de não-conformidades, de forma a evitar sua repetição. As ações corretivas devem ser apropriadas aos efeitos das não-conformidades detectadas. O monitoramento é o acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), de modo a verificar se esses estão sendo executados conforme o programado. Esta ação deve ser rotineira, pois possibilita a correção dos problemas identificados.

Os procedimentos documentados devem ser estabelecido definindo os requisitos para:

- Análise Crítica de não conformidades (incluindo reclamações de usuários inclusive),
- Determinação das causas de não-conformidades,
- Avaliação da necessidade de ações para assegurar que não conformidades não ocorram novamente,
- Determinação e implementação de ações necessárias,
- Registro dos resultados de ações executadas, e
- Análise crítica da eficácia da ação corretiva executada

Contudo, além de ações corretivas à OSS se compromete em definir ações para eliminar as causas de não conformidades potenciais, de forma a evitar sua ocorrência, ou seja, ações preventivas. As ações preventivas devem ser apropriadas aos efeitos dos

problemas potenciais. Os procedimentos documentados devem ser estabelecidos para definir os requisitos para:

- Determinação de não conformidades potenciais e de suas causas,
- Avaliação da necessidade de ações para evitar a ocorrência de não conformidades,
- Determinação e implementação de ações necessárias,
- Registros de resultados de ações executadas, e
- Análise crítica da eficácia da ação preventiva executada.

Assim, é possível acompanhar as variáveis da gestão, como, por exemplo, a efetividade de ações e estratégias destinadas à saúde, à segurança dos colaboradores, à ergonomia e às condições de trabalho, aos níveis de atratividade e fixação de profissionais, ao potencial de retenção de talentos, à eficiência dos programas de treinamento/capacitação, à capacidade de planejamento de demanda e, principalmente, aos indicadores de satisfação dos usuários.

Nesse contexto, as ferramentas e estratégias combinadas que serão utilizadas são: Análise situacional, elaboração de matriz das metas (conforme apresenta acima nessa proposta), o plano de ação, o uso do Diagrama de Ishikawa (diagrama espinha de peixe para identificar problemas/causas e efeitos, trabalhado sempre em equipe ou grupo/categorias profissionais) e para operacionalização das ações corretivas e preventivas o Ciclo do PDCA (*plan – do – check – act*/planejar-fazer-checkar e agir) – é um processo de melhoria contínua mundialmente reconhecido e utilizado. O foco principal do PDCA é a agilização dos processos de gestão, tornando-os mais claros, objetivos e eficazes. Quando a última fase termina, reinicia-se o ciclo para identificar novas oportunidades de melhorias.

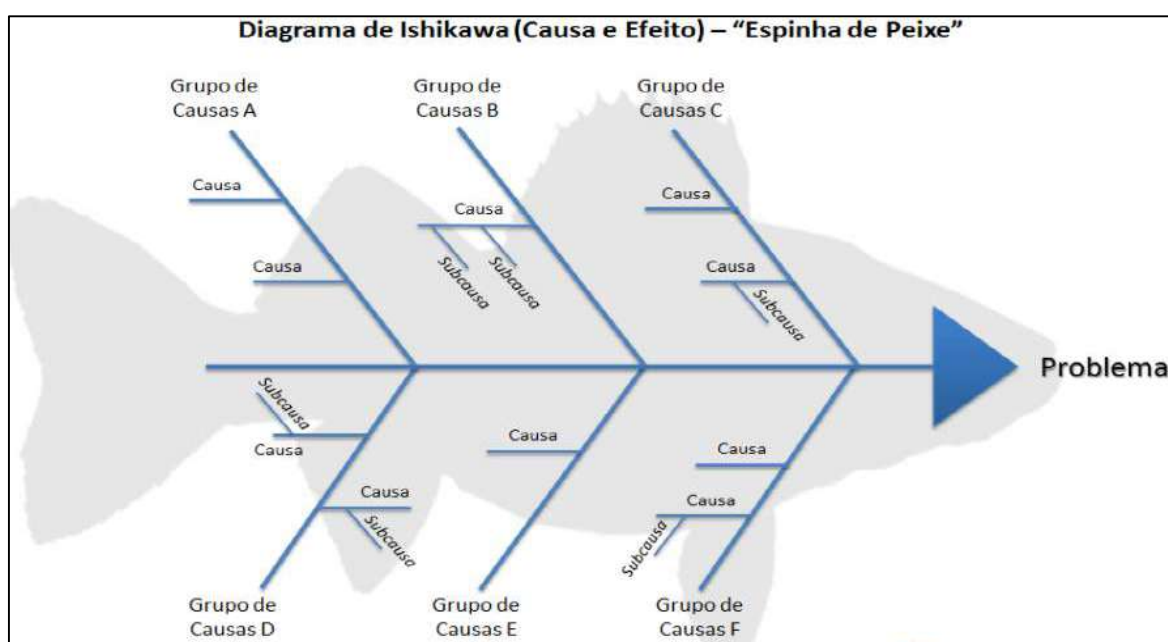
O **IDEAS** identificará as **necessidades de saúde, metas atingidas, metas não atingidas e problemas apresentados**, com suas **causas e consequências através do diagrama e sistematizando em quadros para análise**. Para tanto é imprescindível a avaliação prévia do território da área de abrangência e das ações dos serviços de saúde, além da satisfação dos usuários, o que auxiliará na formulação de uma **Análise Situacional em Saúde (ASIS)**, ou ainda conhecida como Diagnóstico Situacional. Para realizar a **ASIS** você pode reunir outras informações, como dados epidemiológicos, relatórios, registros em prontuários, características que auxiliem o perfil do serviço, de seus usuários e do processo de trabalho dos profissionais. A **ASIS** pode ser traduzida por meio de textos descritivos, narrativos, quadros, imagens, tabelas e/ou quadros e/ou gráficos, que demonstrem a situação naquele serviço e território.

A partir disso, será realizada uma escuta qualificada com os membros da equipe, individualmente e/ou em reunião de equipe, com os gerentes dos serviços, bem como ouvir os usuários que utilizam os serviços acerca das questões que acreditam serem importantes

de serem trabalhadas dentro de um **Plano de Ação (PA)**, o qual será implementado. Após a definição do que é mais importante trabalhar, será elaborado o **PA**, traduzindo-o em uma **Matriz de metas**, que será pactuada e assinada por ambas as partes, criando compromisso com a realização das ações planejadas em cada equipe e unidade de saúde.

Na identificação dos problemas e suas causas e efeitos será utilizado o Diagrama de Ishikawa ou conhecido como Diagrama de Causa e Efeito, que é uma das ferramentas de gestão da qualidade, por ser composta pelo problema e suas possíveis causas. A ferramenta é usada para encontrar, organizar, classificar, documentar e exibir graficamente as causas de um determinado problema, agrupados por categorias, que facilitam o brainstorming de ideias e análise da ocorrência. Como as causas são hierarquizadas, é possível identificar de maneira concreta as fontes de um problema. Um brainstorming com a equipe pode incentivar uma análise aprofundada sobre o problema, que envolva a maioria das possíveis causas de um problema, pois promove a discussão, e consequente melhoria do processo.

O método do Ishikawa parte da hipótese de que para cada problema há um número limitado de causas primárias ou principais, secundárias, terciárias, e assim sucessivamente. Algumas palavras-chave são utilizadas na elaboração do Diagrama de Ishikawa são: Efeito – aquilo que é produzido por uma causa, resultado, consequência; Problema - dificuldade na obtenção de um determinado objetivo ou resultado esperado, situação difícil que pede uma solução, no Diagrama de Ishikawa, é comum que o problema apareça como uma pergunta; Causa- origem, motivo, razão de algo; Causa principal - causas mais notáveis, causas de primeiro nível que agruparão subcausas; Causa secundária - subcausas das causas principais, ramificação das causas principais (conforme observa-se no diagrama e quadro a seguir).

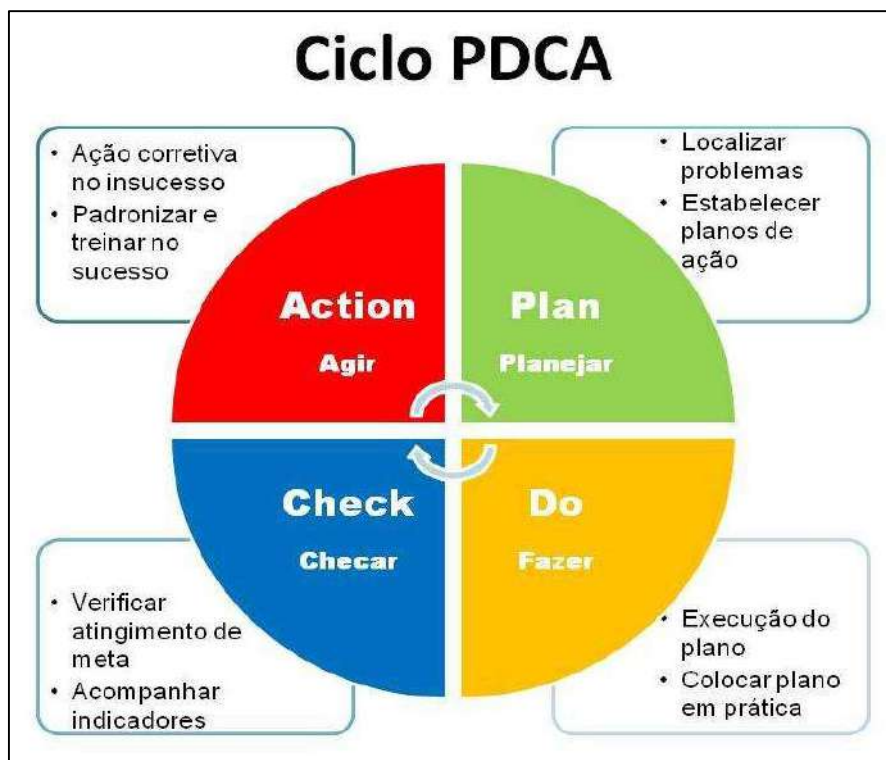


Quadro: identificar, eleger os problemas e necessidades a partir do Diagrama de causa e efeito, bem como relacionar que causas e consequências poderiam suscitar a partir dos problemas relatados.

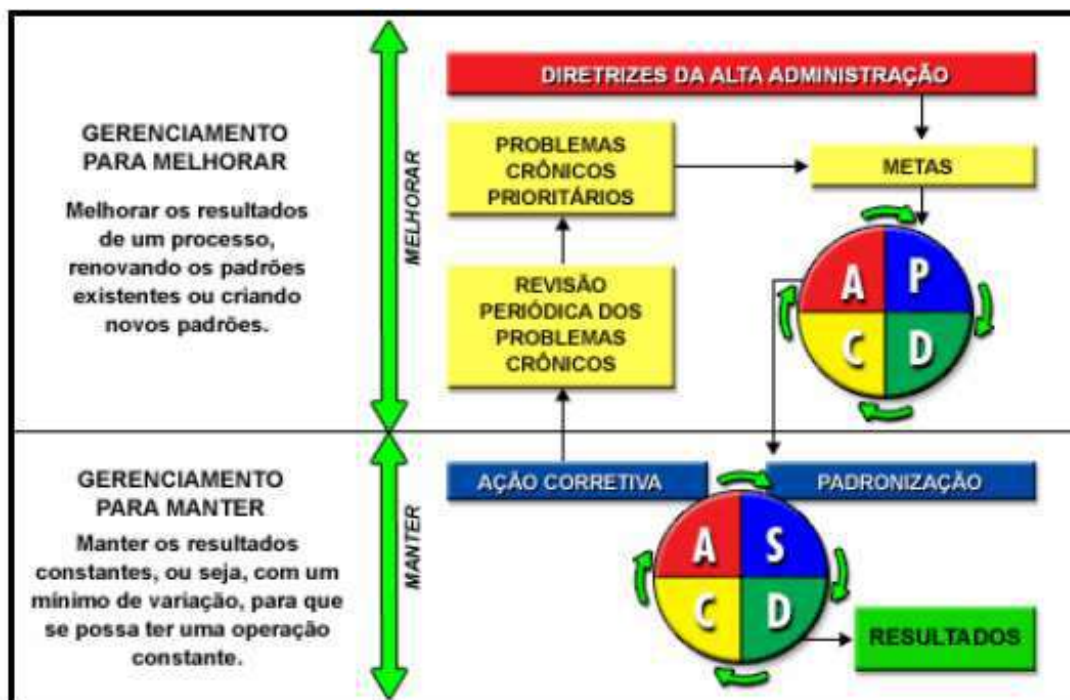
Problema/ Necessidades Descrição da Não Conformidade Maior / Não Conformidade Menor / Oportunidade de Melhoria	Descrição da Causa ou causas: (Descreva aqui o porquê, na sua análise, ocorreu esta falha de não atendimento a um requisito definido por sua organização.)	Correção: (Descreva qual a ação que será tomada para eliminar a não conformidade indicada. Esta correção poderá ser feita antes de, ou em conjunto com, uma ação corretiva) /padronização

Fonte: Elaboração Própria (2023).

Após a detecção do problema e suas causas de forma bastante didática junto à equipe de saúde, deve-se partir para a aplicação do PDCA, que funciona em 4 etapas bem definidas, conforme a seguir (CLARK, 2001):



Fonte: Imagens google (2023).



Fonte: Imagens google (2023).



Abaixo apresenta-se modelos de instrumentos para serem utilizados neste processo:

Quadro: Após a identificação dos problemas e necessidades de saúde a serem trabalhados deverá ser elaborado: **Objetivos, Metas e Ações para unidade de atenção primária que objetivem resolver as não conformidades/ações corretivas e preventivas**

EIXO TEMÁTICO/PROBLEMA: OBJETIVO GERAL: (o que fazer?)					
Objetivos específicos (passos para concretizar o objetivo geral)	META (igual ao objetivo espec. + o prazo onde chegar)	AÇÃO (Intervenções – como fazer?) Passos dados p/ alcançar metas)	INDICADORES (a forma de acompanhar, monitorar, avaliar as intervenções)	ORÇAMENTO/ RECURSOS	RESPONSÁVEL

Assinatura do responsável pela equipe:			Assinatura do gerente do serviço:		

LEMBRANDO QUE:

1. **Eixo Temático:** pode ser uma política pública que reporte às diretrizes atuais em vigência para implementação pelo SUS ou diretrizes/normas de uma instituição

2. **Objetivo Geral:** o que fazer? De forma geral, qual a grande ação ao pensar na política ou diretriz?

3. **Objetivo(s) específico(s):** quais são os passos que dou para concretizar este objetivo, como faço para alcançá-lo?

4. **Meta:** exatamente igual aos **objetivos específicos** com **prazo e quantidade – onde chegar?**

5. **Ação:** são todos os **passos** que dou para alcançar **as metas**

6. **Indicadores:** é a forma de acompanhar, monitorar, avaliar as intervenções e de vincular recursos conforme sua execução

7. **Orçamento/ Recursos:** são todos os custos que tenho para fazer as ações acontecerem. “Sem ele é difícil retirar o planejamento do papel”.

8. **Responsáveis:** todo planejamento deve ter um ou mais responsáveis, principalmente para dar autonomia ao se delegar funções.

Plano 5W 3H de Ação	
Local:	Hospital Regional São Vicente de Paula
Responsável:	Equipe de Implantação e Transição
Objetivo:	Estruturação e Implantação dos Serviços da Unidade
Processo:	Multidisciplinar e integrativo
Data Inicial:	Assinatura do contrato de gestão
Qual problema a ser tratado?	Implantação dos serviços do Hospital Regional São Vicente de Paula
	STATUS
	Concluído
	Atrasado

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	quê?	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Relatório/planilha de controle dos equipamentos e mobiliários patrimoniados, incluindo os que estão na engenharia clínica	Levantamento das informações da estrutura da unidade com delimitação de todos os equipamentos e mobiliários.		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status	
Relatório/planilha com cópia das Notas Fiscais dos Bens Materiais (equipamentos e mobiliários) adquiridos durante sua gestão	Levantamento financeiro e administrativo de todos os custos inerentes ao desenvolvimento das atividades.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		
Relatório/planilha dos equipamentos e bens inservíveis	Inventário e estratificação dos equipamentos e bens com demarcação de patrimônio e registro de bens de terceiros	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		

5W					3H		
Qual é a ação? (What?)	Por (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?)	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)	Status
Relatório/planilha dos ares-condicionados das unidades com: Capacidade, modelo, marca, setor, status/observação.	Levantamento das condições operacionais e estrutura dos equipamentos de climatização da unidade.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Relatório/planilha dos equipamentos médicos locados com: marca, modelo, quantidade, setor, locador.	Levantamento de todos os equipamentos médicos, com construção de termo de referência e delimitação das características	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	quê?	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Escala Médica - Organograma Organização	Formatação e estruturação da escala médica correspondente à continuidade dos serviços a serem desempenhados, evitando-se desatendimento ou então falha nos serviços de saúde.		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Escala de Enfermagem - Organograma Organização	Formatação e estruturação da escala da equipe de enfermagem correspondente à continuidade dos serviços a serem desempenhados, evitando-se desatendimento ou então falha nos serviços de saúde.		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W					3H		
Qual é a ação? (What7)	Por quê? (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Escala dos demais serviços - Organograma e Organização	Formatação e estruturação da escala dos demais serviços sejam prestados diretamente ou por intermédio de terceiros, correspondente á continuidade dos serviços a serem desempenhados, evitando-se desatendimento ou então falha nos serviços de saúde.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Planilha de Rh com todos os profissionais, com seus respectivos vínculos.	Elaboração do levantamento de todos os funcionários e seus vínculos com a organização, analisando a necessidade de realocação e reorganização.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	quê?	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Relatório de Saldo em estoque, entrada e saída do ALMOXARIFADO e pedido dos últimos 3 meses.	Levantamento de todo o estoque de almoxarifado com registro e sistematização dos itens existentes. Para formatação de compra de materiais e reposição durante a transição		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Relatório de Saldo em estoque, entrada e saída da FARMÁCIA e pedido dos últimos 3 meses	Levantamento de todo o estoque de farmácia com registro e sistematização dos itens existentes. Para formatação de compra de medicação e reposição durante a transição		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W					3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Relatório/planilha de materiais (incluindo OPME, caso se aplique) e medicamentos em estoque crítico	Levantamento de todo o estoque de materiais e medicamentos com registro e sistematização dos itens existentes. Para análise de necessidade de Plano de Contingenciamento por falta de medicação ou material na unidade.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Planilha de contatos dos serviços terceirizados com nome da empresa, objeto, responsável pelo serviço, contato telefônico, e-mail.	Organização de toda estrutura informacional da unidade de saúde para que seja possível envio de comunicados, notificações e eventuais aditivos para manutenção do regime de serviços desenvolvidos	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por quê? (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status	
Ocupação dos leitos e status atualizados de cada paciente com número de regulação Planilha do NIR	Levantamento de todos os registros internos de leitos e de prontuários de pacientes, bem como o fluxo de atendimentos e natureza de atendimentos para elaboração de mapa de dados das unidades de saúde	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		
Relatório gerado pela empresa, acerca da última manutenção preventiva dos equipamentos	Levantamento dos relatórios de engenharia clínica de todos os equipamentos e das manutenções preventivas correspondentes, visando a elaboração do calendário de manutenção e necessidade de aquisição/relocação de equipamentos	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status	
Relatório gerado pela empresa, acerca da última dedetização e desratização realizada na unidade;	Levantamento das condições sanitárias relacionadas ao desenvolvimento de serviços de dedetização e desratização, seguindo-se os parâmetros da vigilância sanitária.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		
Relatório gerado pela empresa, acerca do controle de potabilidade dos reservatórios de água realizado na unidade	Levantamento das condições sanitárias relacionadas ao controle de potabilidade dos reservatórios de água utilizados na unidade, seguindo-se os parâmetros da vigilância sanitária.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status	
Relatório gerado pela empresa, acerca do controle do ar realizado na unidade, certificado de qualidade do ar	Levantamento dos relatórios de serviços de limpeza do sistema de climatização, com troca de filtros e utilização de filtros com certificação para redução/mitigação de doenças transmissíveis pelo ar.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		
Total de Declaração de Óbitos e de nascidos vivos (caso se aplique) disponíveis na unidade listados e numerados. (Entregar no dia da Transição)	Levantamento de todos os óbitos e suas naturezas, bem como as atas das Comissões de óbito da unidade, para que seja possível a análise das causas raízes e elaboração de Plano de Contingencialmente, se necessário.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		

5W					3H		
Qual é a ação? (What7)	Por quê? (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Relatório de atendimentos em aberto (prontuários não finalizados, com exceção dos internados) até a data de solicitação, extraído do PEP.(Entregar no dia da Transição)	Levantamento de todos os dados de atendimentos em aberto de pacientes da unidade, com verificação do fluxo de atendimento e análise dos critérios utilizados para os serviços de urgência e emergência, visando a aplicação e ajuste imediato de protocolos.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Produção Assistencial	Análise de todos os dados assistenciais dos últimos 3 meses para definição de estratégias de gestão para melhoria e aprimoramento das dimensões de atendimento dos serviços a serem desenvolvidos.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	quê?	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Relatório da Execução de Obra (Se houver em andamento)	Verificar se há relatório de obra em andamento ou então planejamento de obra a ser desenvolvida na unidade, visando a estruturação de planejamento para finalização no tempo previsto.		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Relatório de Manutenções Extintores	Relatório de análise das condições de emissão e manutenção do alvará de bombeiros, bem como condições de validade, treinamento e localização dos extintores.		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	quê?	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Inventário CME	Levantamento de todos os itens existentes na Central de Material Esterilizado, com demarcação e registro dos bens patrimonizados, possibilitando o controle e manutenção dos serviços.		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Comunicação da Transição	Notificação para todos os colaboradores, prestadores de serviços, órgãos de controladoria e demais setores envolvidos na transição da unidade de saúde, possibilitando a atuação conjunta para a fase de transição.		Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W					3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status
Parque tecnológico - Organização e registro	Análise de todo o parque tecnológico da unidade visando estabelecer o cronograma de obsolescência de equipamentos e substituição de equipamentos defeituosos e inoperantes.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	
Relatório de manutenção preventivas dos equipamentos e mobiliários	Levantamento de todos os relatórios de manutenção dos equipamentos mobiliários e dos equipamentos visando estabelecer o cronograma de obsolescência de e substituição de mobiliário e equipamentos defeituosos e inoperantes.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira	

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status	
Relatório da gestão de equipamento Médicos com relatório e laudo técnico	Levantamento de todos os laudos técnicos dos equipamentos médicos da unidade visando estabelecer o cronograma de obsolescência de e substituição de equipamentos defeituosos e inoperantes.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		
Relatório da Estrutura Predial	Levantamento de estrutura predial existente nas unidades para verificação das condições de manutenção da estrutura dentro de reformas direcionadas pela equipe de manutenção.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		

5W						3H		
Qual é a ação? (What7)	Por (Why7)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When7)	Como? (How7)	Quanto custa? (How much7)	Status	
Relatório dos Equipamento Médico com Certificação de calibração, segurança elétrica e preventiva	Análise aprofundada de cada um dos equipamentos pela engenharia clínica para elaboração de laudo de condição e funcionalidade.	Hospital Regional São Vicente de Paula	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir do primeiro dia da assinatura do contrato de Gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna do IDEAS com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de Assessoria Jurídica, contabilidade, prestação de Contas, Contratos, Recursos Humanos, Expansão e Educação Continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde ao previsto na Proposta Financeira		

O Controle de execução do cronograma fica sob responsabilidade da gerência de Qualidade do IDEAS, que acompanha desempenho junto aos gestores da unidade. O Diretor da unidade e lideranças responderão por ações específicas de suas respectivas áreas na medida que identificarem necessidade de adequações preventivas ou corretivas dos processos internos.

Destaca-se ainda o Plano de Educação Permanente contempla um eixo direcionado para o desenvolvimento de ações com base na avaliação dos indicadores, denominado “Eixo de aprimoramento”, onde as atividades educativas direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores da unidade. O plano de educação permanente contempla mais informações acerca desta estratégia.

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.

A atuação em protocolos tem como diretriz padronizar, normatizar, planejar, resguardar e reduzir os riscos, garantindo evidências dos processos realizados na instituição, bem como assegurar a sistemática de elaboração, verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

A Unidade de Saúde terá seu sistema de documentação estruturado com base nos conceitos abaixo apresentados. Cada serviço irá estabelecer e seguir normas técnicas e funcionais que caracterizam seu funcionamento e sejam orientadoras dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Todo documento interno elaborado é gerenciado pelo Núcleo da Qualidade, onde serão observados os seguintes critérios:

- Elaborador: Responsável do setor/área;
- Verificador: Responsável da Qualidade;
- Aprovador: Liderança, conforme hierarquia do processo e tipos de documento;
- Distribuidor/Controlador: Responsável da Qualidade.

Todo documento terá ainda controle de codificação, versão e data para revisão. Quanto ao tipo de documento, a Unidade do usará a seguinte classificação:

MG. Manual de Gestão – Documento soberano que descreve quem é a Instituição, sua identidade, aborda todo o sistema organizacional, políticas, diretrizes, normas de governança e considerações sobre o modelo de gestão instituído.

CN. Circular Normativa – Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria referente a assuntos de amplo interesse da Instituição.

RE. Regimento – Documento imposto por força de regulamentação dos órgãos oficiais, com poder normativo.

PG. Procedimentos de Gestão – Documento que descreve uma ou mais etapas de um processo corporativo, possui abrangência global, ou seja, deve ser aplicado igualmente por todas as áreas da instituição.

MT. Manual Técnico – Documento que descreve amplamente um processo (todas as suas etapas), com abrangência setorial, ou seja, aquele processo que envolve uma ou mais áreas e tem uma aplicação específica.

PC. Protocolo Clínico – Recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor

informação científica. Orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia a dia.

PS. Protocolo de Segurança – São recomendações desenvolvidas para uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA.

IT. Instrução de Técnica – Documento que descreve atividades e se aplica a um setor/área especificamente.

FO. Formulário – Documento utilizado para a inserção de registros.

OF. Ofício – Documento de uso para comunicação externa, ou seja, de uso extra institucional.

CI. Comunicação Interna – Documento de uso para tratativas internas, ou seja, de uso Institucional.

Registro – É todo e qualquer documento que demonstre as verificações, acompanhamentos e situações específicas daquilo que efetivamente foi realizado e constatado em cada etapa do processo, também denominado de “evidência objetiva”. São caracterizados como “comprovantes” de que uma respectiva tarefa/atividade foi efetivamente realizada (ofícios, guias e formulários preenchidos).

Procedimento de Gestão de Auditoria:

Tem como diretriz verificar os fatos e evidências, avaliando o estado de conformidade do sistema de gestão rente às normas, legislações, padrões, procedimentos e políticas. Sua finalidade é gerar informações úteis e válidas para que a administração da organização analise criticamente seus processos.

Trata-se de um instrumento de aprimoramento e/ou melhoria uma vez que proporciona medidas preventivas e corretivas, tem o caráter educativo e não punitivo, com foco na identificação das oportunidades de melhoria dos processos.

a) Procedimento de Gerenciamento das Ocorrências:

Tem como diretriz registrar, investigar as causas, tratar e monitorar suas reincidências, promovendo um ciclo de melhoria contínua, bem como consolidar a eficácia da política de gerenciamento de risco.

b) Procedimento de Gestão de Análise Crítica de Desempenho:

Tem como diretriz a utilização de indicadores cujo objetivo é gerenciar, controlar, monitorar, e avaliar os resultados institucionais. Desta forma, analisar a necessidade de ações de melhoria, utilizando referências externas e literárias quando necessário, garantir o aprimoramento dos processos e direcionamento da equipe e o envolvimento da alta direção, lideranças e colaboradores. Além disso, garantir a análise crítica e a implementação de ações corretivas e

preventivas par alcance de resultados, e também garantir o alinhamento e consolidação dos indicadores de acordo com os objetivos estratégicos da Instituição e suas contratuais.

c) Gerenciamento de Processo:

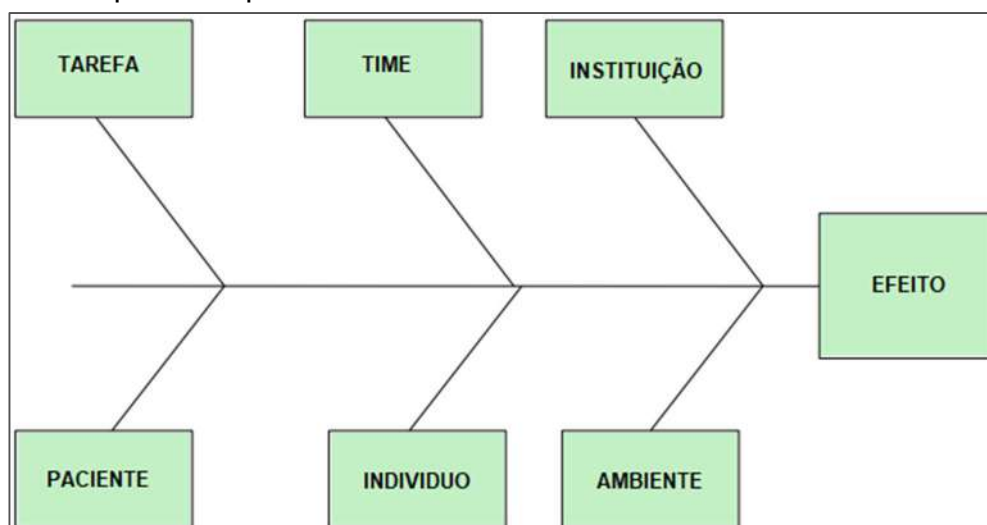
Tem como diretriz mapear, monitorar e mensurar o desempenho dos processos e suas interações com clientes e fornecedores, buscando atender necessidade e expectativas das partes interessadas. Também busca realizar Benchmarking para identificar e implementar as boas práticas aplicadas em outras instituições.

d) Ferramentas de Gestão da Qualidade:

Tem como finalidade definir, mensurar, analisar e monitorar os problemas, promovendo facilidade e efetividade na tomada de decisões. Para garantir a evidência de ciclos de melhoria contínuas, deverão ser utilizadas as seguintes ferramentas:

- PDCA (Plan-Planejar, Do-Executar, Check-Verificar, Act-Agir/Padronizar): É um método de gerenciamento de processos que contribui para alcance das metas visando melhoria contínua;
- 5W2H (What – O que, Why – Por que, Where – Onde, When – Quando, Who – Por quem, How – Como, How much – Quanto custará): Sistemática do plano de ação que permitirá que determinadas ações sejam desenvolvidas com máximo de clareza possível pelos colaboradores;
- Diagrama de causa e efeito (ISHIKAWA ou 6ms): Ferramenta utilizada para analisar criteriosamente as causas potenciais de um problema. Promover exatidão no planejamento das ações para solucionar o problema e permitir agrupar a visualização das várias causas que estão na origem do problema ou resultado que se pretende melhorar.

A seguir, apresenta-se esquematicamente uma figura simplificada de um diagrama de espinha de peixe.



A construção do diagrama de causa e efeito deve seguir os seguintes passos:

- Definir claramente o problema ou efeito que se pretende analisar e registrar na caixa do "efeito". O diagrama deve refletir causas que bloqueiam o caminho para uma condição desejada ou fatores que podem ser úteis para alcançá-la;
- Identificar causas específicas e preencher corretamente as caixas de causas (tarefa, time, instituição, paciente, indivíduo, ambiente);
- Ao se identificar as possíveis causas é necessário seguir perguntando "por que" até que uma possível causa raiz seja identificada. Uma causa raiz é aquela que pode explicar o efeito diretamente ou é aquela que, quando removida, elimina ou reduz o problema;
- A discussão sobre os problemas no grupo deve ocorrer de forma organizada, centrada nos problemas e não nas pessoas;
- A ferramenta de causa e efeito também estrutura visualmente possíveis estratificações a serem aplicadas nas tratativas. Sendo toda sua metodologia aplicada para estabelecer parâmetros de controle, com base em estratos uniformes que permitem, com maior facilidade, a detecção das causas dos problemas analisados.

O comprometimento de todos os envolvidos no processo é fundamental e que ao examinar cada causa, o usuário observe fatos que mudaram, como por exemplo, desvios de normas e padrões, lembrando de eliminar a causa e não os sintomas que nele são apresentados.

Sistema de Gestão da Qualidade

O IDEAS estabelece e mantém o **Sistema de Gestão da Qualidade** documentado, objetivando assegurar que seus serviço e produtos sejam realizados em conformidade com os requisitos estabelecidos nos contratos de gestão, além de monitoramento de resultados da qualidade da assistencial, sempre baseado em diretrizes de boas práticas. Para desenvolver a cultura de monitorar resultados e gerar ciclos de melhoria contínua é que se define um **Plano de Qualidade**.

O Plano de Qualidade foi pensado a partir da gestão por processos, ou seja, uma abordagem de avaliar e monitorar os resultados a partir das etapas previamente definidas junto da operação, buscando informações que agreguem valor ao processo de trabalho, com resultados positivos.

Os processos são gerenciados através da abordagem PDCA (Plan-Do-Check-Act). O monitoramento da satisfação do cliente é necessário para avaliar e validar se os requisitos do cliente têm sido atendidos.

Pode-se distinguir a abordagem por processos da seguinte maneira:

- Processos orientados ao cliente: são aqueles processos relacionados a atividade fim (assistência).
- Processos de apoio à gestão: são aqueles processos que atuam para a gestão da organização estabelecendo diretrizes e realizando monitoramento.
- Processos de suporte: são aqueles processos que apoiam a execução das atividades principais.
- Processos terceirizados: são aqueles necessários ao cliente, mas executados por parte terceira, sob à qual o Instituto exerce controle.

O mapeamento dos processos internos gerencia os processos identificados como necessários à implementação do Plano de Qualidade realizando as seguintes atividades:

- Determinando a sequência e interação entre os processos;
- Determinando os critérios e métodos necessários para assegurar a efetiva operação e controle;
- Garantindo a disponibilidade da informação necessária para suporte de operação e monitoramento;
- Medindo, monitoramento, analisando e implementando ações necessárias para se alcançar os resultados planejados e a melhoria contínua.

A Direção do Instituto está comprometida com a implantação, manutenção e melhoria contínua dos processos, por meio de condução de reuniões Análise Crítica, que visam a análise da eficiência e da eficácia do Plano de Qualidade, promovendo sua melhoria contínua. Nas reuniões são promovidos debates para identificar possibilidades de ações que possam trazer melhores resultados, não somente para os indicadores que demonstram fragilidade, mas também para os resultados bons que devem ser mantidos, ou ainda servirem de exemplo para promover boas ações.

Em reuniões semanais com as lideranças de áreas os diretores também acompanham as necessidades prioritárias, vislumbrando adequações para potencializar os bons resultados.

Os resultados qualitativos e quantitativos (produção e satisfação) serão monitorados continuamente por meio de sistema de gestão de indicadores, que facilita a visualização dos resultados e tomada de decisão rápida para alinhamento de condutas quando necessário.

Outro importante mecanismo de controle das atividades são as comissões, núcleos e comitês que constituem-se por profissionais das diversas áreas de atuação, incluindo lideranças, a fim de discutir e implementar atividades

e rotinas de acordo com as boas práticas dos serviços de saúde. Cada grupo tem resultados que devem ser analisados para pensar ações de melhoria contínua.

De acordo com o que já foi manifestado no item desta proposta de trabalho, o IDEAS possui como rotina implementada o gerenciamento de projetos, metodologia que é estabelecida para cada projeto novo, para ampliar atividades em unidades, trazer melhoria contínua ou iniciar novos projetos com contrato de gestão, como é o caso deste Projeto.

METODOLOGIA DE GESTÃO DE QUALIDADE IDEAS

O **IDEAS** possui uma Política de Qualidade consolidada em seu manual, sendo esta aplicada de forma uniforme em todos os serviços de saúde desenvolvidos. Além da matriz do Manual de qualidade o instituto busca o desenvolvimento local de políticas e programas de qualidade direcionados às necessidades dos munícipes, com o levantamento de dados e compilação das informações.

DECLARAÇÃO DE PROPÓSITO

Aprimorar continuamente a gestão da qualidade, promovendo ações de melhorias contínuas nos processos, mantendo sempre foco no cliente e buscando a excelência no atendimento.

Para atender a esta política, as unidades gerenciadas pelo **IDEAS** trabalham com diversas comissões e possui um departamento de Qualidade centralizado na Sede Administrativa em Florianópolis, que coordena e demanda as ações, atuando em parceria com os Núcleos de Segurança do Paciente, instituídos em cada unidade.

Todas as questões relativas à Qualidade, tanto na área clínica quanto na área administrativa estão inter-relacionadas. Portanto, os esforços para melhorar esses processos são conduzidos por uma estrutura global de gerenciamento da Qualidade e atividades de melhoria, que são supervisionadas pelo Diretoria Executiva.

DIRETRIZES

A alta gestão através do Diretoria Executiva do **Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS** colaboram na execução do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente. Priorizam os processos a serem medidos e as atividades de melhoria da qualidade e segurança do paciente a serem executadas.

Há amplo fornecimento de suporte tecnológico para o programa e todos os colaboradores recebem informações e treinamentos sobre a Qualidade.

O **IDEAS** desenha sistemas e processos novos, de acordo com princípios de melhoria de Qualidade e existem diretrizes da prática clínica, fluxogramas clínicos e protocolos clínicos que são utilizados para orientar os profissionais.

A seleção das medidas e coleta de dados são identificadas pelo **Diretoria Executiva** nas estruturas, processos e resultados do **IDEAS** para serem utilizados no plano de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

A **Diretoria Executiva** avalia e aprova medidas chave para cada Meta Internacional de Segurança do Paciente, processos administrativos e assistenciais.

A validação e análise dos dados de medição são avaliados por indivíduos com experiência, conhecimento e habilidades adequadas que agregam e analisam dados de forma sistemática nas unidades do **IDEAS**.

A frequência da análise de dados se dá mensalmente e é apropriada para o processo de estudo, este processo inclui comparações internas, com outras instituições, quando disponíveis, e com padrões científicos e práticas desejáveis.

Quando o **IDEAS** publica dados ou expõe dados em um website público, os líderes da instituição garantem a confiabilidade das informações.

Os dados são analisados quando evidenciam tendências e variações indesejáveis. Utilizamos um processo definido para identificar e gerenciar eventos:

- a) Sentinela
- b) Grave
- c) Moderado
- d) Leve

. Temos um processo claro e robusto para a identificação e análise de eventos classificados como quase-falhas.

Estamos em um processo de alcance e sustentação da melhoria da qualidade implementadas para as áreas prioritárias através de um programa contínuo de gerenciamento de risco, que identifica e reduz eventos adversos inesperados e outros riscos à segurança do paciente e profissionais.

Nosso sistema de gerenciamento de informações, mantém atualizada as fichas de notificação de eventos adversos, com e sem dano ao paciente e as notificações são estimuladas pelo anonimato no que tange a não punição de eventos notificados. Os eventos são reportados a agências externas e monitorados.

Apresentação

A Gestão da Qualidade Corporativa nasce de uma decisão estratégica e propõe uma concentração de energia que visa atingir a excelência assistencial. A implantação de estratégias ligadas à gestão da qualidade é essencial para a sustentabilidade, segurança, gestão de riscos, padronização de processos e satisfação do paciente.

A Qualidade Corporativa do **IDEAS**, através dos departamentos locais, em cada unidade sob sua gestão, possui um sistema de gestão inteligente, transparente e robusto, baseado em políticas claras, métodos eficazes de planejamento, avaliação e controle dos riscos, treinamentos, implantação de boas práticas, gestão de e por processos, que contribui para uma organização orientada a resultados.

O Conselho Executivo leva, através da Qualidade, às unidades gerenciadas pelo **IDEAS** a melhorarem continuamente a qualidade de seus serviços e proporcionarem elevados padrões de atendimento. Através da visão epidemiológica e redesenho dos processos, cria-se um ambiente de excelência de cuidados clínicos voltado a todas as partes interessadas, sendo elas pacientes, familiares, médicos, colaboradores, prestadores, compradores de serviços e comunidade. Desta forma, respondem às necessidades e à lógica de uma rede assistencial sustentável.

O modelo de gestão da qualidade do **IDEAS** acredita que a experiência perfeita do paciente é alcançável, para isto definiu como direcionador de trabalho a tríade de estrutura, processo e resultado e fundamenta suas iniciativas, políticas e diretrizes em consonância aos princípios e dimensões da Qualidade.

Dimensões da Qualidade

- 1) **Segurança:** ausência de lesões devido a assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
- 2) **Efetividade:** prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes e evitar prestar serviços

aqueles que provavelmente não se beneficiaram (evitar a infra e supra utilização respectivamente)

3) Atenção centrada no paciente: envolve e respeita o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.

4) Oportunidade/Acesso: Redução das esperas e atrasos, as vezes prejudiciais, tanto para os que recebam como para os que prestam a assistência à saúde.

5) Eficiência: Prevenção dos desperdícios de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.

6) Equidade: Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

7)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, definiu segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou de realizar outro tratamento. A cultura de segurança do paciente possui estas características fundamentais:

- Compreensão de que a operação de um Hospital é uma atividade de alto risco para os pacientes;
- Um ambiente de não punição e *accountability*;
- Cooperação interdisciplinar e multiprofissional;
- Comprometimento dos envolvidos, em todos os níveis hierárquicos, em garantir recursos suficientes para os problemas com a segurança do paciente.

Núcleo de Segurança do Paciente

Em busca da melhoria contínua, as unidades hospitalares gerenciadas pelo **IDEAS** unificam o Escritório da Qualidade com a Gerência de Risco, tendo como objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, o que atualmente está conforme RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

Objetivo

Definir diretrizes para manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade Corporativa e das Unidades gerenciadas pelo **IDEAS**, com foco na melhoria

continua dos processos e apoiar a construção de um sistema de saúde seguro, eficaz, mensurável e sustentável.

Responsabilidades

Responsabilidade do Conselho Executivo

- Prover recursos para as iniciativas alinhadas ao planejamento estratégico do **IDEAS**.
- Coordenar o desenvolvimento e a implementação do Sistema de Gestão de Qualidade
- Definir a metodologia de acreditação e certificação de acordo com o planejamento estratégico
- Acompanhar a melhoria contínua das unidades através das atividades descritas neste Plano, relatório gerencial de segurança do paciente
- Definir as instituições que serão inseridas no programa de acreditação e certificação
- Aprovar as políticas e diretrizes relacionadas à gestão da qualidade

Responsabilidade da Qualidade Corporativa

- Apresentar ao Conselho Executivo as instituições que conquistaram certificação/acreditação de qualidade
- Disponibilizar o relatório de segurança das unidades gerenciadas pelo **IDEAS**
- Discutir assuntos de interesse para manutenção da qualidade e segurança assistencial
- Disponibilizar e manter atualizada as ferramentas da qualidade
- Aperfeiçoar o Sistema Informatizado de Gestão da Qualidade
- Apoiar as unidades na aplicação da pesquisa de Clima de Segurança, utilização de listas de verificação para auditorias e demais ferramentas para avaliação da qualidade.
- Preparar as instituições para auditorias de manutenção dos certificados de qualidade.
- Atender à solicitação do Conselho Executivo na estruturação de linhas de cuidado, alinhamento de diretrizes de qualidade e segurança nas novas aquisições à estratégia e demais demandas
- Desenvolver ações para melhoria sistêmicas e conduzir as instituições para sustentar e elevar os padrões de qualidade.

- Estimular os profissionais para a manutenção da qualidade e gestão das mudanças.
- Desenvolver os profissionais sobre os temas de qualidade e segurança em parceria com a área de Desenvolvimento Organizacional
 - Realizar gestão corporativa de documentos.
 - Gerenciar, apoiar e contribuir com os núcleos de Segurança das unidades, fomentando discussões e favorecer a igualdade de processos, resultados nas unidades.

Responsabilidade da Coordenação Local

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo **IDEAS**
- Estruturar a Liderança e definir responsabilidades para a realização de ações relevantes na unidade em prol da qualidade e segurança dos pacientes
 - Elaborar junto a **Qualidade Corporativa** o escopo das visitas de consultoria e auditoria
 - Acompanhar todas as consultorias e auditorias da qualidade
 - Desenvolver estratégias para realização de auditorias internas de processos e protocolos
 - Criar estratégias para melhoria a partir do resultado das auditorias realizadas
 - Sustentar e aprimorar os padrões de qualidade alcançados
 - Sustentar ações para a promoção do cuidado centrado no paciente
 - Coordenar o trabalho com foco em resultado
 - Manter atualizado o plano de continuidade na ferramenta disponibilizada pela Qualidade
 - Participar, divulgar e estimular os colaboradores quanto as iniciativas de desenvolvimento da Qualidade.
 - Coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente da unidade;
 - Assessorar os serviços na identificação e estratificação dos riscos e perigos;
 - Assessorar os serviços nas análises dos riscos e elaboração dos planos de contenção e contingência;
 - Acompanhar a implantação dos planos de ação e a avaliação pós-implantação deles;
 - Desenvolver e participar das ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
 - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de

equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;

- Coordenar a elaboração, a implantação, a divulgação do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;
- Implantar, junto com às Unidades Assistenciais e de apoio, os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde em conjunto com as Unidades Assistenciais e de Apoio;
- Desenvolver, implantar e acompanhar, programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar, junto à Direção, a Gerência de Qualidade da Sede e aos profissionais do serviço de saúde, os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar à ANVISA todos os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos, hemocomponentes, equipamentos e outros produtos para saúde identificados;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar para a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações sobre riscos divulgadas pelas autoridades sanitárias e agências externas;
- Participar da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSS);
- Participar da elaboração, a implantação e a divulgação do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS) juntamente com a Comissão Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);
- Realizar o monitoramento dos indicadores do (PGRSS);
- Contribuir no desenvolvimento, implantação e acompanhamento em parceria com a Educação Permanente (NEP), as campanhas de divulgação do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);
- Compartilhar e divulgar junto à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos indicadores do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);

- Participar da Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) da Instituição como membro efetivo;
- Participar de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Instituição como membro efetivo;
- Participar da Comissão de Hemoterapia e Hemovigilância da Instituição como membro efetivo;
- Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Instituição como membro efetivo.
- Participar da Comissão de EMNT como membro efetivo.

Responsabilidade da Média Liderança e Qualidade

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo **IDEAS**
 - Acompanhar todas as consultorias e auditorias da qualidade
 - Sustentar e aprimorar os padrões de qualidade alcançados
 - Manter atualizada a modelagem do processo e SLAs
 - Realizar gestão e melhorias no processo
 - Monitorar as entregas críticas de fornecedores e terceiros
 - Gerenciar os eventos do processo e implantar barreiras de segurança
- Implantar protocolos clínicos
- Monitorar a adesão aos protocolos de segurança
- Fazer benchmarking com outras instituições
- Disseminar e compartilhar internamente as boas práticas nos processos
 - Compor Times de Alta Performance e Comissões da instituição
 - Compartilhar os resultados do processo com a equipe operacional
 - Manter atualizados os indicadores de processo e realizar melhorias com base na análise crítica dos resultados

Responsabilidade das Equipes Multiprofissionais e dos Prestadores de serviços e Especialistas

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo **IDEAS**
 - Aplicar as ferramentas da Qualidade
 - Executar os protocolos de segurança
 - Estabelecer comunicação eficaz com o paciente, profissionais e entre processos

- Gerenciar os eventos do processo e implantar barreiras de segurança
- Manter atualizados os indicadores do processo e realizar melhorias com base na análise crítica dos resultados
- Atuar em equipe interdisciplinar para gerar resultados esperados para o paciente e para o **IDEAS**.

Responsabilidade do Núcleo de Gestão da Qualidade e Gestão de Risco

- Assessorar a Direção Geral no mapeamento institucional;
- Definir junto à direção os processos estratégicos, a partir de uma matriz de priorização institucional;
- Assessorar os gestores na melhoria da modelagem dos processos estratégicos da unidade de negócio;
- Assessorar a Direção da unidade no desdobramento das metas estratégicas para todos os serviços;
- Apoiar a execução dos projetos estratégicos da unidade e os planos de ação dos setores;
- Promover a melhoria da interação de processos entre áreas;
- Registrar, organizar e analisar os incidentes notificados, respostas e reavaliação;
- Monitorar e analisar os indicadores estratégicos e contratuais da unidade;
- Enviar mensalmente os Dashboards com informações atualizadas da unidade para a Sede;
- Assessorar os gestores na análise de desempenho mensal;
- Assessorar a direção na elaboração dos relatórios mensais de desempenho das unidades;
- Fornecer as informações para o relatório de gestão (semestral e anual) para Sede;
- Incentivar o compartilhamento de experiências e melhores práticas entre os serviços;
- Assessorar a Direção na elaboração e execução de um programa de desenvolvimento das lideranças em gestão;
- Assessorar os gestores na utilização das ferramentas da qualidade;
- Agendar e registrar as visitas de benchmarking;
- Desenvolver e acompanhar a implementação das ações necessárias à certificação quando definido pelo Conselho Gestor;
- Comunicar imediatamente os eventos sentinelas, Eventos com dano Graus I, II e III.

- Encaminhar relatório com as tratativas relacionadas aos eventos.
- Realizar as auditorias internas planejadas em parceria com a Sede;
- Coordenar e apoiar as auditorias internas extraordinárias realizadas na Sede nas unidades;
- Agendar e acompanhar as visitas técnicas aos fornecedores externos;
- Gerenciar e atualizar os dados da comunicação visual da instituição;
- Divulgar as informações institucionais definidas pela Direção;
- Coordenar a padronização de documentos e formulários;
- Preencher relatório mensal da qualidade da unidade (análise de incidentes, satisfação do cliente, manifestações da Ouvidoria, melhoria dos processos, inovações) disponibilizado;

1.3. Os modelos e certificações de qualidade que serão implantados

O instituto tem como parâmetro assistencial a elaboração de Plano de certificação de todas as suas unidades de saúde junto à Organização Nacional de Acreditação – ONA, visando estabelecer a garantia de serviços de excelência, em especial ao atendimento de todos os critérios estabelecidos, para tanto possuímos um Plano Geral de Acompanhamento a ser executado na unidade de saúde.

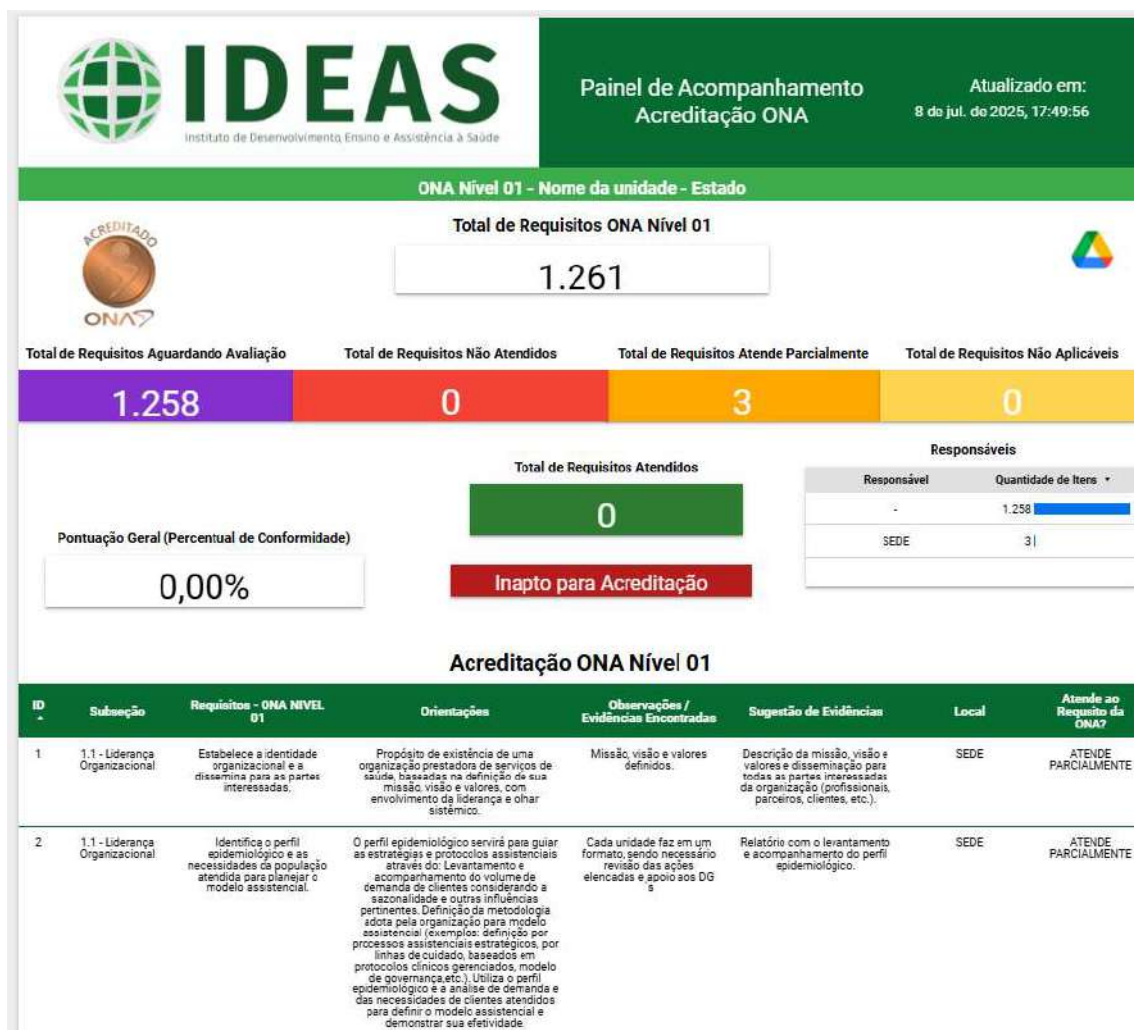
O plano estabelece o acompanhamento criterioso da unidade para atingir a condição de aderência satisfatória a todos os 1261 requisitos que evidenciam a capacidade de concessão da certificação ONA, em especial o atingimento da qualificação no limite de 1 ano após o início do contrato de gestão.

Anexamos o exemplo do plano contínuo de auditoria e acompanhamento da unidade de acordo com as diretrizes da ONA, conforme se demonstra:

ID	Subseção	Requisitos - ONA NÍVEL 01	Orientações	Sugestão de Evidências	Atende ao Requisito ONA?	Observações / Evidências Encontradas	Como(?)	Local
1	1.1 Liderança Organizacional	Estabelece a identidade organizacional e a dissemina para as partes interessadas.	Propósito de existência de uma organização prestadora de serviços de saúde, baseadas na definição de sua missão, visão e valores, com envolvimento da liderança e olhar sistêmico.	Descrição da missão, visão e valores e disseminação para todas as partes interessadas da organização (profissionais, parceiros, clientes, etc.).	ATENDE PARCIALMENTE	Missão, visão e valores definidos.	Revisar se estão disseminadas em todas as unidades e disponíveis em locais visíveis como crachás, cartazes, treinamentos, etc.	SEDE

2	1.1 Liderança Organizacional	Identifica o perfil epidemiológico e as necessidades da população atendida para planejar o modelo assistencial.	O perfil epidemiológico servirá para guiar as estratégias e protocolos assistenciais através do: Levantamento e acompanhamento do volume de demanda de clientes considerando a sazonalidade e outras influências pertinentes. Definição da metodologia adotada pela organização para modelo assistencial (exemplos: definição por processos assistenciais estratégicos, por linhas de cuidado, baseados em protocolos clínicos gerenciados, modelo de governança, etc.). Utiliza o perfil epidemiológico e a análise de demanda e das necessidades de clientes atendidos para definir o modelo assistencial e demonstrar sua efetividade.	Relatório com o levantamento e acompanhamento do perfil epidemiológico.	ATENDE PARCIALMENTE	Cada unidade faz em um formato, sendo necessário revisão das ações elencadas e apoio aos DG's	Definir um padrão, criar chamado de rotina semestral solicitando o relatório por cada DG e validar as ações realizadas com apresentação ao Assessor da diretoria.	SED E
3	1.1 Liderança Organizacional	Estabelece e implanta o planejamento estratégico, considerando as necessidades de novos negócios e partes interessadas disseminando-o à toda a organização.	O objetivo de um plano estratégico é direcionar os serviços, programas e atividades da organização de avaliação externa e orientar a tomada de decisões e a alocação de recursos. O plano estratégico pode: • basear-se numa análise dos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças da organização de avaliação externa • usar informações de pesquisa, medição de desempenho e análise de risco • fornecer orientação para um número específico de anos, por ex. dois anos • Diretrizes e políticas estratégicas para direcionar os projetos, processos e lideranças a buscarem um objetivo comum.	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização. Divulgação do Planejamento Estratégico para toda a organização.	ATENDE PARCIALMENTE	Planejamento definido	Revisar com GPQ nova sistemática de disseminação para todos (é possível incluir na integração?, as demais unidades do IDEAS que não estão na ONA receberam orientações?)	-

4	1.1 Liderança Organizacional	-	Define e acompanha os protocolos assistenciais conforme perfil da organização.	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/efetividade e. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos. Protocolo(s) clínico(s) definido(s) em consenso com a equipe técnica e baseado no conhecimento científico atual. Protocolo(s) clínico(s) descrito(s) e documentado(s). Evidências da implantação do(s) protocolo(s) clínico(s) na assistência prestada aos pacientes.	Acompanhamento periódico dos resultados (indicadores) definidos no(s) protocolo (s).	AGUARDANDO AVALIAÇÃO	-
5	1.1 Liderança Organizacional	-	Provê recursos humanos, equipamentos, insumos e infraestrutura que permitem a execução das atividades propostas.	A alta administração analisa de forma sistêmica todos os recursos necessários para que os processos internos consigam entregar os resultados esperados. Pode realizar uma análise da capacidade instalada com os recursos disponibilizados. Avaliar se a utilização dos mesmos esta sendo efetiva. Dimensiona racionalmente os recursos humanos, equipamentos, insumos e infraestrutura para permitir a execução das atividades propostas segundo os critérios mínimos de legislação, complexidade e demanda dos clientes atendidos na organização.	Dimensionamento de pessoas, Equipamentos operacionais, Gestão dos insumos Infraestrutura adequada	AGUARDANDO AVALIAÇÃO	-



O Plano Completo se encontra disponível pelo acesso ao Looker studio, de onde é feito o acompanhamento da adesão e atendimentos às metas.

LINK DE ACESSO:

https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/5b111e87-ecc4-4a69-85dd-bf9e09f88a1c/page/p_q59o5g19gd/edit

QR CODE:



1.4. Os indicadores de impacto propostos pela instituição

Para alcançar a excelência na unidade, o instituto buscará pautar suas ações de forma estratégica nos pontos nevrálgicos dos serviços de saúde de urgência e emergência a serem gerenciados, em especial às condições regionais de atendimento endereçadas pela SES.

- **Qualidade do Atendimento:** O objetivo é aprimorar continuamente a qualidade dos serviços prestados, desde a triagem até a alta do paciente. Isso inclui a implementação de protocolos atualizados, a garantia de insumos e equipamentos adequados, e a busca por resultados que demonstrem a eficácia do tratamento.
- **Agilidade e Eficiência:** O pronto atendimento exige respostas rápidas. Vou otimizar os fluxos de trabalho para reduzir o tempo de espera, garantir que os pacientes sejam atendidos no tempo certo e que os recursos (equipe, leitos, materiais) sejam utilizados de forma inteligente para maximizar a capacidade da unidade.
- **Equipe Capacitada e Motivada:** Uma equipe bem treinada e engajada é o coração de qualquer unidade de saúde. Investirei em programas de capacitação contínua, promoção do bem-estar dos profissionais e um ambiente de trabalho que valorize e motive cada membro da equipe.
- **Tecnologia e Inovação:** A tecnologia pode ser uma grande aliada. Buscarei implementar soluções inovadoras que otimizem processos, melhorem a comunicação, auxiliem no diagnóstico e no acompanhamento dos pacientes, sempre com o objetivo de tornar o atendimento mais seguro e eficaz.
- **Humanização do Atendimento:** Além da excelência técnica, o cuidado humanizado é fundamental. Queremos que cada paciente se sinta

acolhido e respeitado. Isso envolve comunicação clara, empatia e um ambiente que minimize o estresse e a ansiedade.

- **Parceria com a Comunidade e Outros Níveis de Atenção:** A unidade não funciona isoladamente. Fortalecerei os laços com a comunidade de Própria/SE, ouvindo suas necessidades e buscando aprimoramento contínuo. Além disso, a integração com a atenção primária e os hospitais de referência é crucial para garantir a continuidade do cuidado.

Para consolidação dos objetivos e estratégias traçadas, o instituto estabelece os indicadores e as ações necessárias para gerar o impacto assistencial pretendido, na forma do seguinte modelo:

INDICADOR	Ações para Alcance do Impacto Assistencial
Atendimentos Médico Urgência Adulto	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento de urgência e emergência em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica.
Atendimentos Classificação de Risco	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução.
Observação (Até 24h)	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica.
SADT – Análises Clínicas	Setor Laboratorial à disposição conforme diretrizes técnicas e avaliação das condições clínicas do paciente para indicação do exame.
SADT Eletrocardiograma	Setor de Imagem e Diagnóstico à disposição conforme diretrizes técnicas e avaliação das condições clínicas do paciente para indicação do exame
Radiologia Convencional	Setor de Imagem e Diagnóstico à disposição conforme diretrizes técnicas e avaliação das condições clínicas do paciente para indicação do exame

INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
Ação destinada à equipe voltada à segurança do paciente	2 ações mensais	Implantação do Plano de Educação permanente de acordo com o cronograma previsto Plano de Trabalho, demonstrando a aplicação de todos os critérios de metodologia para desenvolvimento contínuo dos profissionais alocados pelo IDEAS nas unidades de saúde. Os treinamentos serão realizados periodicamente atendendo ao período de execução e o regime mínimo estabelecido no Termo de Referência.
CNES atualizado	100%	Revisão e atualização dos dados do CNES pela equipe gestora, registros de todas as informações relacionadas à assistência.
Educação Permanente	2 capacitações mensais de no mínimo 4 horas	Implantação do Plano de Educação permanente de acordo com o cronograma previsto Plano de Trabalho, demonstrando a aplicação de todos os critérios de metodologia para desenvolvimento contínuo dos profissionais alocados pelo IDEAS nas unidades de saúde. Os treinamentos serão realizados periodicamente atendendo ao período de execução e o regime mínimo estabelecido no Termo de Referência.
Preenchimento adequado do prontuário	100% dos prontuários auditados com preenchimento adequado	Manutenção de revisão de Fichas de Cadastro e Prontuário de todos os pacientes, com análise de duplo grau de validação entre os profissionais responsáveis. Auditoria interna de prontuários.
Reclamação de atendimento dos profissionais registradas na ouvidoria	≤15% do total de registros da rede	Elaboração de sistemas de pesquisa e de colheita de feedback dos usuários do sistema de saúde, disponibilizados por sistema informatizado e por via física a todos os usuários, visando a colheita de dados acerca da percepção dos serviços prestados, bem como o regime de melhoria e otimização contínua dos serviços.
Registro correto dos boletins cirúrgicos	100% dos prontuários auditados	Realizar a verificação contínua de leitos e disponibilidade, registro correto em prontuário e construção de POP para direcionamento.
Taxa de consulta de retorno não programado em 15 dias	Abaixo de 16% com retorno em 15 dias	Plano terapêutico multiprofissional e alta de qualidade e segura, contrarreferência à Rede de Atenção para continuidade de tratamento.

INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
Taxa de satisfação dos usuários	>80%	Elaboração de sistemas de pesquisa e de colheita de feedback dos usuários do sistema de saúde, disponibilizados por sistema informatizado e por via física a todos os usuários, visando a colheita de dados acerca da percepção dos serviços prestados, bem como o regime de melhoria e otimização contínua dos serviços.
Utilização dos protocolos assistenciais para pacientes atendidos na unidade	95% dos usuários atendidos	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado e direcionamento de solução
Linha de Cuidados	Apresentação mensal de 1 protocolo clínico e/ou diretriz	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado e direcionamento de solução
Comprovação de atuação do Conselho de Saúde Local	Apresentação da ata da reunião mensal realizada	Constituição de ata das reuniões do conselho de saúde local e submetê-las no relatório de prestação de contas.
Comprovação de atuação do Serviço de Ouvidoria	Apresentação do relatório mensal da ouvidoria	Constituição do serviço de ouvidoria de acordo com a proposta do Plano de Trabalho, responder todas as reclamações em tempo pré-determinado e ações constantes para incentivar a pesquisa de satisfação do usuário e o uso do canal da ouvidoria e construção de relatório.
Educação Permanente (Cursos e/ou Treinamentos em serviços)	Capacitação de 20 profissionais por mês	Implantação do Plano de Educação permanente de acordo com o cronograma previsto Plano de Trabalho, demonstrando a aplicação de todos os critérios de metodologia para desenvolvimento contínuo dos profissionais alocados pelo IDEAS nas unidades de saúde. Os treinamentos serão realizados periodicamente atendendo ao período de execução e o regime mínimo estabelecido no Termo de Referência.
Tempo estimado entre a chegada do paciente (retirada da senha eletrônica) e a classificação de risco	<25min	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução



INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
Tempo de espera na Urgência e Emergência com classificação VERMELHA	0 min	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução
Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação AMARELA	<60 min	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução
Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação VERDE	<120 min	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução
Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO com classificação AZUL	<240 min	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução
Incidência de não conformidade na administração de medicamentos	<0,23%	Treinamento da equipe, elaboração de protocolos e fiscalização, implantação da Segurança do Paciente e administração correta de medicamentos.
Taxa de mortalidade institucional (>24 horas)	≤3%	A comissão de óbito deverá analisar os óbitos na instituição e traçar o perfil das mortes nestes locais, permitindo identificar o percentual de óbitos e implementar protocolos preventivos.
Média de tempo porta-médico	≤ 30 minutos	Elaboração de Protocolo e POPs para definir estratégias
Tempo de espera na observação por leito na enfermaria	<5 horas	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado e direcionamento de solução

INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
Tempo de decisão médica	< 3 horas	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado e direcionamento de solução
Média de tempo de passagem dos pacientes que não realizaram exames	≤6 horas	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado e direcionamento de solução
Taxa de evasão do pronto atendimento	< 3%	Realizar primeiro atendimento em tempo preconizado de Protocolo, classificar e direcionar o paciente.
Taxa de ocupação	≥85%	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica.
Índice de intervalo de substituição (horas)	≤2	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (farmacovigilância)	≥95%	Realizar a implantação da comissão de farmácia e terapêutica de acordo com o cronograma geral previsto para o funcionamento da unidade. A comissão ficará responsável pelo tratamento imediato e investigação de todas as reações adversas.
Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias úteis	≥70%	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento multiprofissional em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica
Percentual de manifestações queixosas	<5%	Elaboração de sistemas de pesquisa e de colheita de feedback dos usuários do sistema de saúde, disponibilizados

INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
recebidas no sistema de ouvidoria do SUS		por sistema informatizado e por via física a todos os usuários, visando a colheita de dados acerca da percepção dos serviços prestados, bem como o regime de melhoria e otimização contínua dos serviços. Todas as ouvidorias realizadas devem ser respondidas pelos setores competentes.

Além dos elementos específicos listados acima, buscaremos a excelência assistencial por intermédio de ações sistêmicas que envolvem as áreas técnicas, administrativas e assistenciais de forma a estabelecer uma gestão voltada para gerar os valores, conforme se expõe:

Ações para a promoção da Qualidade Técnica:

- 1. Implementar programas de treinamento e capacitação contínua para a equipe médica e profissionais de saúde, com foco em atualização e aprimoramento técnico.**
- 2. Desenvolver protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências para orientar a prática médica e padronizar os procedimentos em áreas de alta complexidade.**
- 3. Estabelecer processos de monitoramento e auditoria interna para avaliar a qualidade dos serviços prestados, identificar oportunidades de melhoria e garantir a conformidade com os padrões de segurança e qualidade.**
- 4. Investir em tecnologia e equipamentos de última geração para apoiar os procedimentos de alta complexidade, garantindo diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes.**
- 5. Implementar programas de pesquisa e inovação clínica para promover o desenvolvimento de novas terapias e abordagens médicas.**
- 6. Estabelecer parcerias com instituições de ensino e centros de pesquisa para fomentar a troca de conhecimentos e a colaboração científica.**
- 7. Realizar auditorias periódicas em todas as áreas do hospital para identificar possíveis lacunas na qualidade técnica e implementar ações corretivas.**
- 8. Incentivar a participação em programas de certificação e acreditação externa, visando o reconhecimento da qualidade técnica do Hospital.**
- 9. Implementar sistemas de informação e gestão hospitalar integrados, permitindo o monitoramento em tempo real dos indicadores de qualidade e desempenho.**
- 10. Promover uma cultura de aprendizado contínuo e melhoria, encorajando a participação ativa da equipe médica e profissionais de saúde em atividades de educação continuada e grupos de estudo.**

Ações para a gestão de Serviços:

- 1. Realizar um mapeamento completo dos serviços oferecidos pelo hospital, identificando pontos fortes, áreas de melhoria e oportunidades de expansão.**
- 2. Desenvolver um plano estratégico que defina metas claras, prioridades e ações específicas para a melhoria dos serviços prestados.**
- 3. Implementar sistemas de gestão da qualidade e monitoramento de indicadores para avaliar o desempenho dos serviços e garantir a entrega de cuidados de alta qualidade.**

Ações para a gestão de Serviços:

4. Estabelecer processos eficientes de triagem e fluxo de pacientes, otimizando o tempo de espera e a utilização dos recursos disponíveis.
5. Promover a integração entre as diferentes áreas e equipes do hospital, incentivando a comunicação e o trabalho em equipe para melhorar a eficiência dos serviços.
6. Implementar estratégias de gestão de riscos e segurança do paciente, incluindo a identificação e prevenção de eventos adversos e a melhoria contínua dos processos de segurança.
7. Desenvolver um sistema de gestão de suprimentos eficiente, garantindo o abastecimento adequado de materiais e medicamentos, evitando desperdícios e reduzindo custos.
8. Implementar programas de melhoria da experiência do paciente, buscando a satisfação e o bem-estar dos usuários do Hospital.
9. Estabelecer parcerias com outras instituições de saúde para ampliar a oferta de serviços especializados e reduzir a necessidade de encaminhamentos externos.
10. Realizar pesquisas de satisfação periódicas com pacientes e seus familiares para avaliar a qualidade dos serviços e identificar áreas de melhoria.

Ações para a gestão de Pessoas:

1. Elaborar um plano de capacitação e desenvolvimento profissional para a equipe, levando em consideração as necessidades individuais e as demandas do Hospital.
2. Implementar um programa de gestão de desempenho, estabelecendo metas claras e avaliando regularmente o desempenho dos colaboradores.
3. Promover uma cultura organizacional baseada no respeito, na valorização e no reconhecimento dos profissionais de saúde, incentivando o trabalho em equipe e a colaboração.
4. Estabelecer canais de comunicação efetivos, como reuniões periódicas, feedback individual e ferramentas de comunicação online, para manter a equipe informada e engajada.
5. Criar um ambiente de trabalho saudável e seguro, adotando medidas para prevenir doenças ocupacionais, promovendo a saúde e o bem-estar dos colaboradores.
6. Implementar políticas de remuneração e benefícios atrativas, levando em consideração a valorização do trabalho realizado pelos profissionais de saúde.
7. Incentivar a participação dos colaboradores em programas de educação continuada e eventos científicos, estimulando o aprendizado e o desenvolvimento profissional.
8. Estabelecer um programa de retenção de talentos, com ações voltadas para a valorização e o crescimento dos profissionais dentro da instituição.

Ações para a gestão de Pessoas:

9. Promover a diversidade e a inclusão no ambiente de trabalho, garantindo oportunidades iguais para todos os colaboradores, independentemente de gênero, etnia, orientação sexual, entre outros.

10. Realizar pesquisas de clima organizacional regularmente para identificar oportunidades de melhoria e promover um ambiente de trabalho positivo.

Ações para a articulação com a Rede de Serviços:

1. Estabelecer parcerias estratégicas com unidades de atenção primária, visando o compartilhamento de informações e a coordenação do cuidado dos pacientes.

2. Implementar um sistema de prontuário eletrônico integrado que permita o acesso seguro e rápido aos registros de saúde dos pacientes por profissionais de diferentes serviços de saúde.

3. Realizar reuniões periódicas com gestores de outros hospitais e unidades de saúde especializadas para discutir casos complexos, trocar experiências e definir protocolos de encaminhamento.

4. Participar ativamente de redes de urgência e emergência, compartilhando recursos e estabelecendo fluxos de atendimento eficientes.

5. Estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa para fomentar o intercâmbio de conhecimentos e promover a formação de profissionais de saúde.

6. Desenvolver um plano de comunicação efetivo com a rede de serviços, compartilhando informações sobre a disponibilidade de leitos, especialidades atendidas e capacidade de atendimento do Hospital.

7. Participar de fóruns e comitês de saúde regionais, contribuindo ativamente para o planejamento e a organização dos serviços de saúde na região.

8. Estabelecer protocolos de encaminhamento e referência para garantir a continuidade do cuidado dos pacientes que necessitam de atendimento especializado fora do Hospital.

9. Realizar ações de educação em saúde junto à comunidade e aos profissionais da atenção primária, visando a prevenção de doenças e o fortalecimento da rede de cuidados.

10. Participar de programas de regulação e controle do sistema de saúde, contribuindo para a otimização dos recursos e a melhoria da qualidade do atendimento em toda a rede.

Metas Quantitativas do Termo de Referência

INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
Saídas clínicas (geral cirurgia geral, obstetrícia clínica e cirúrgica, pediatria)	3.300	Corpo clínico especializado conforme as especialidades necessárias, atuação em tempo integral para garantir melhor qualidade e efetividade do serviço, atuando

		conforme Regimentos internos, Protocolos e Direcionamento da Diretoria Técnica.
Consultas ambulatoriais não médicas especializadas	54.000	Corpo clínico especializado conforme as especialidades necessárias, atuação em tempo integral para garantir melhor qualidade e efetividade do serviço, atuando conforme Regimentos internos, Protocolos e Direcionamento da Diretoria Técnica.
Urgência e emergência	Funcionamento 24 horas	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento de urgência e emergência em estrutura e infraestrutura adequada.

Metas Qualitativas do Termo de Referência

INDICADOR	METAS	Ações para Alcance da Meta
Taxa de ocupação hospitalar	≥90%	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica.
Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤5	Elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde para o atendimento nos serviços, visando o acolhimento por intermédio de sistemas estruturados de recepção, atendimento especializado, classificação de risco e direcionamento de solução, alcançando o tempo médio de permanência estipulado.
Índice de intervalo de substituição (horas)	≤25	Plano terapêutico multiprofissional e alta de qualidade e segura para continuidade de tratamento.
Taxa de readmissão hospitalar (29 dias)	≤20%	Plano terapêutico multiprofissional e alta de qualidade e segura para continuidade de tratamento.
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH – DATASUS	≤ 1%	Remeter todos os relatórios clínicos, operacionais, financeiros e assistenciais para levantamento da produção mensal da unidade de saúde. Realizar a verificação contínua de leitos com disponibilidade para

		os usuários; elaboração de sistema de protocolos de acordo com os regimentos internos da Unidade de Saúde, monitorar indicadores de tempo de permanência avaliando a aplicação correta dos protocolos.
Percentual de suspensão de cirurgias programadas	≤5%	Implantação de Protocolos institucionais conforme disposto em Plano de Trabalho; Reunião de implantação e adequação dos serviços com a Diretoria Técnica, para conhecimento dos protocolos e implementação de recursos de suporte e otimização a curto e longo prazo.
Taxa de aplicação da classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%	Implantação de Protocolos institucionais conforme disposto em Plano de Trabalho; Reunião de implantação e adequação dos serviços com a Diretoria Técnica, para conhecimento dos protocolos e implementação de recursos de suporte e otimização a curto e longo prazo.
Percentual de partos cesáreos	≤15%	Realização de partos cesáreos mediante indicação médica, de acordo com os protocolos institucionais, caracterizando o risco e a necessidade do mesmo.
Razão do quantitativo de consultas ofertadas	1	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento multiprofissional em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica.
Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥70%	Recepção dos pacientes que necessitam de atendimento multiprofissional em estrutura e infraestrutura adequada, com equipes de assistência multidisciplinar treinadas em quantitativo suficiente para demanda programada e espontânea, atendendo aos Regimentos Internos, Protocolos de serviços e Direcionamento da Diretoria Técnica.
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	<5%	Disponibilizar canais de comunicações na unidade e por meio de endereços eletrônicos nos quais os usuários possam realizar a ouvidoria. Treinamento contínuo de toda equipe multidisciplinar, atenção imediata e

		elaboração de protocolos e soluções da intercorrência levada ao conhecimento da ouvidoria, reunião dos coordenadores para elaboração de Plano de Contingenciamento do evento adverso.
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (farmacovigilância)	≥95%	Implantação de Protocolos institucionais conforme disposto em Plano de Trabalho; Reunião de implantação e adequação dos serviços com a Diretoria Técnica, para conhecimento dos protocolos e implementação de recursos de suporte e otimização a curto e longo prazo.

1.5. A descrição sumária das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial adotados pela instituição;

Gestão da Qualidade

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes, ou ainda, a superação de suas expectativas. Em vista de ser a gestão da qualidade um processo dinâmico e contínuo, o **IDEAS** desenvolveu o Ciclo de Gestão da Qualidade que estabelece as etapas deste processo, conforme ilustra figura a seguir:



Gestão por Processos

Os processos são constituídos pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos ou serviços (saídas). Para que funcionem de forma eficaz, elas têm que identificar e gerenciar processos inter-relacionados e interativos. Em muitas ocasiões a saída de um processo resultará diretamente na entrada do processo seguinte.

Gestão por processos é uma metodologia para avaliação, análise e melhoria contínua do desempenho dos processos estratégicos da unidade, ou seja, os que mais impactam na satisfação das partes interessadas.

A abordagem por processos permite melhor especificação do trabalho realizado, o desenvolvimento de sistemas, a gestão do conhecimento, o

redesenho e a melhoria, por meio da análise do trabalho realizado de modo a identificar oportunidades de aperfeiçoamento. Tem como principais objetivos:

- Conhecer e mapear os processos organizacionais desenvolvidos pela unidade e disponibilizar as informações sobre eles, promovendo a sua uniformização;
- Identificar, desenvolver e difundir internamente metodologias e melhores práticas da gestão de processos;
- Promover o monitoramento e a avaliação de desempenho dos processos organizacionais, de forma contínua, mediante a construção de indicadores apropriados;
- Implantar melhorias nos processos, visando a alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade no seu desempenho.

Mapeamento do Processo

Mapeamento do processo é uma ferramenta gerencial de comunicação que tem a finalidade de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para os processos.

Os processos de negócio são os primeiros processos a serem identificados, depois os processos de apoio e por fim os processos de controle ou reguladores. Com todos os processos identificados, pode-se iniciar a elaboração da “Cadeia de Valor”.

- **Processos Finalísticos** – São aqueles que agregam valor diretamente aos clientes e estão alinhados à missão da instituição. São também denominados “processos fim”, “processos finalísticos” ou “processos primários”. Sua natureza e quantidade variam conforme o tipo de negócio.

- **Processos de Apoio** – São aqueles que dão suporte aos processos principais do negócio e a si mesmos, fornecendo produtos, serviços e insumos adquiridos ou comprados, equipamentos, tecnologia, softwares, manutenção de equipamentos e instalações, recursos humanos, informações e outros. Fornecem ou criam as condições necessárias para que a unidade possa gerar seus produtos ou serviços.

- **Processos Gerenciais** – São aqueles que definem e direcionam o negócio da organização. Dão suporte aos processos do negócio fornecendo informação, auxiliando na tomada de decisão.

Interação de Processo

A interação de processo é realizada ao se empregar um conjunto de condutas institucionais geralmente designadas como contratos (SLA). Necessita que os processos estabeleçam acordos sobre como as partes interessadas serão integradas para produzir resultados, fortalecendo uma cooperação interna para maximizar a criação de valor e a satisfação dos pacientes.

A manutenção das interações com o cumprimento dos contratos é um dos fatores que melhoram a assistência em saúde, fomentando sua importância para o resultado organizacional. O **IDEAS** instituiu um consolidado de interações entre processos para que fique descrito com clareza o papel do cliente e do fornecedor do processo de cada unidade. A relação entre fornecedor e cliente depende do comprometimento e da qualidade do produto. Sem eles não se alcançam resultados favoráveis.

Notificação de Incidentes

Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, passível de ser notificado. Um ponto prioritário da prevenção de erros é o sistema de notificação, onde qualquer cidadão, seja paciente, acompanhante ou colaborador, pode notificar.

A notificação é necessária para o desenvolvimento de estratégias que reduzem os riscos de incidentes evitáveis. A unidade deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança na organização e promove um ambiente favorável ao aprendizado.

Nesta direção, o **IDEAS** adota um sistema de notificação de incidentes o qual se classifica em Erro, Não Conformidade e Evento Sentinela.

Segue abaixo, taxonomia para esta classificação, adotada pelo instituto:

- Erro: falha não intencional em executar um plano de ação como pretendido ou a aplicação de um plano incorreto dentro de um determinado processo;
- Não Conformidade: não atendimento ao princípio do padrão entre processos, comprometendo, assim, a coerência e o funcionamento do sistema;
- Evento Adverso (sem dano, com dano grau I, grau II, grau III: dano leve, moderado e grave)
- Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo que acarrete o óbito, qualquer lesão física, permanente ou temporária.

Todas as organizações que se preocupam com a segurança do paciente devem analisar os dados notificados, bem como desenvolver uma cultura de

segurança, para que possa gradativamente conhecer a realidade local e propor estratégias direcionadas para uma prática segura.

Análise de Incidentes

Os colaboradores das nossas unidades devem ser sensibilizados em relação ao registro dos incidentes, estando aptos a procederem com as notificações. Qualquer cidadão, seja paciente, acompanhante ou colaborador, pode realizar a notificação de quaisquer incidentes, sendo estes definidos como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, passível de ser notificado.

Após o preenchimento de formulário específico, destacando-se alguns dados como data e horário do incidente; setor ou unidade onde ocorreu; nome do paciente envolvido e/ou número do seu prontuário etc., ele é encaminhado ao Núcleo de Segurança do Paciente.

O colaborador da Qualidade avalia previamente o ocorrido, classificando-o como Erro, Não Conformidade ou Evento Sentinela, a depender da natureza do incidente. Quando acontece o não atendimento ao princípio do padrão entre processos, comprometendo a coerência e o funcionamento do sistema, define-se como Não Conformidade. Após a classificação, os formulários são encaminhados para a coordenação dos respectivos setores notificados, via e-mail, que têm o compromisso de investigar o que ocorreu para, em seguida, emitirem uma resposta ao setor notificador, através do Núcleo, num período máximo de cinco dias.

Algumas ferramentas da qualidade são utilizadas para a análise dos incidentes, destacando-se o Diagrama de Ishikawa e o Planejamento 5W3H. Ao receber a resposta, o Núcleo avalia a coerência das informações e, considerando-a satisfatória, encaminha-a para o notificador.

Quando a resposta se apresenta inconsistente, ou mesmo não contempla qualquer medida relevante, seja nas ações imediatas para conter os danos ou nos planos de ação para prevenir novos incidentes, o Núcleo age como mediador entre notificador e notificado, a fim de se planejarem estratégias de intervenções que tenham mais efetividade ou para a interação de processos, que propõe acordos entre os setores.

Gestão de Documentos

O gerenciamento de documentos é realizado através de Sistema, que armazena e organiza os arquivos online, facilitando o controle e a recuperação

de informações. O sistema é uma ferramenta de suporte à gestão do conhecimento.

Todos os documentos do **IDEAS** estão apresentados em uma estrutura padronizada visando principalmente à uniformidade de apresentação, objetividade e clareza conforme descrito na Norma Zero, bem como o controle das revisões de documentos.

Os níveis de aprovação seguem os critérios descritos na Norma Zero, após aprovação, todos os documentos são arquivados em pasta específica no sistema e disponibilizados em PDF no OneDrive, o qual os profissionais das instituições têm acesso para consultas.

Ferramentas adotadas pela Qualidade

Ferramentas de Auditoria

As ferramentas de auditoria utilizadas pela Qualidade Corporativa são o:

- *Tracer*
- *Checklist de processo*
- *Checklist de Diretrizes Obrigatórias*

O objetivo é identificar não-conformidades e oportunidades de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

Este método de trabalho com várias ferramentas permite obter uma maior quantidade de informações dos serviços de apoio e assistenciais, desta forma, é possível analisar como se concretiza na prática os processos de trabalho e sua relação com as diretrizes do serviço

A Qualidade Corporativa disponibiliza no OneDrive (sede) as listas de verificação para apoiar os profissionais na realização de auditorias.

Ferramentas da Qualidade

As ferramentas da qualidade são técnicas utilizadas com a finalidade de coletar dados, mensurar, investigar e analisar eventos, propor soluções e planejar ações de melhoria para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho, além de estruturar o desenvolvimento de ciclos de melhorias.

Elas permitem o maior controle dos processos e auxiliam na tomada de decisões. Devidamente aplicadas, as ferramentas poderão levar a unidade a:

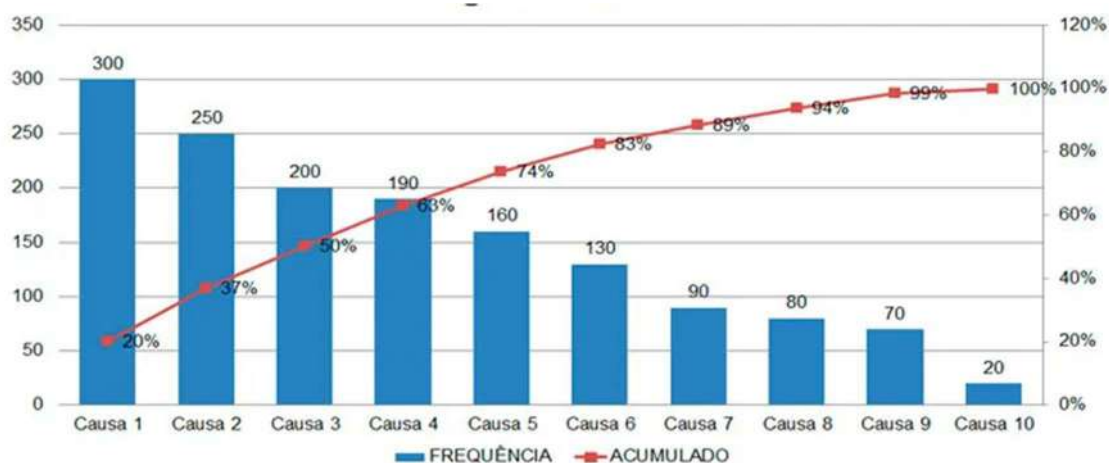
- Elevar os níveis de qualidade por meio da solução eficaz de problemas;

- Diminuir os custos com produtos e processos;
- Executar projetos melhores;
- Melhorar a cooperação em todos os níveis da organização;
- Identificar problemas existentes nos processos, fornecedores e produtos;
- Identificar causas raízes dos problemas e solucioná-los de forma eficaz.

As ferramentas padronizadas pela Qualidade Corporativa para utilização nas unidades de saúde gerenciadas pelo **IDEAS** são:

Diagrama de Pareto

Utilizado para identificar quais os itens responsáveis pela maior parcela de erros ou problemas. Em termos práticos, podemos dizer que: 80% dos problemas são causados por 20% das causas (máquinas, materiais, pessoas, métodos etc.). Neste diagrama, a categoria mais frequente é colocada à esquerda, e em seguida são colocadas às outras por ordem decrescente



Procedimento para utilizar o Diagrama de Pareto:

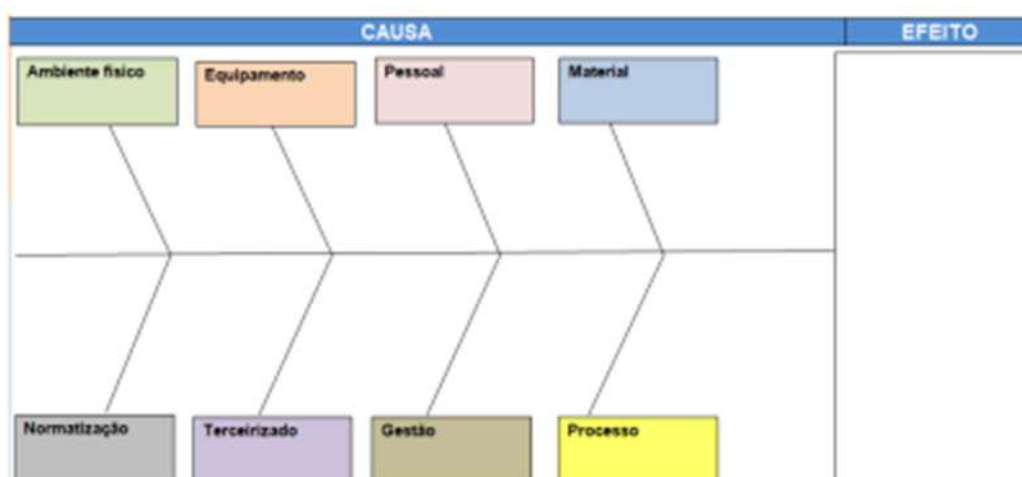
1. Defina o problema;
2. Liste os fatores por categoria;
3. Estabeleça método e período para coleta dos dados;
4. Colete os dados registrando o total de vezes em que cada categoria foi observada e o nº total de observações;

5. Elabore planilha de dados com as colunas: categorias, quantidades, totais acumulados, porcentagem do total e porcentagem acumulada, em ordem decrescente de frequência;

6. Faça um gráfico de barras verticais com valores decrescentes da esquerda para a direita, traçar curva de porcentagens acumuladas (curva de Lorenz).

Diagrama de Causa-Efeito Ishikawa

Também conhecido como Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama Espinha-de-peixe, permite estruturar hierarquicamente as causas potenciais de determinado problema ou oportunidade de melhoria, bem como seus efeitos sobre a qualidade dos produtos.



Procedimento para utilizar o Diagrama de Causa-Efeito

1. Identifique o problema (efeito).
2. Escreva o problema no centro direito do quadro. Desenhe uma caixa em torno deste e desenhe uma seta horizontal apontada para o problema.
3. Identifique todas as causas possíveis do problema agrupando em Ambiente, Equipamento, Pessoal, Material, Normatização, Terceirizado, Gestão e Processo.
4. Faça uma análise das principais causas do problema.
5. Pergunte a cada causa “Porque é que isto acontece?”. A cada ideia dada, escreva-a como subcausa, ramificando-a da apropriada causa principal. As subcausas podem ser escritas em várias posições no caso de haver múltiplas relações.

6. Se não se lembrar de mais contributos para o diagrama, termine a análise.

Matriz GUT

Também conhecida como matriz de priorização, é uma ferramenta de gestão muito utilizada para priorizar alternativas ou fazer escolhas com critério mais rigoroso do que as demais ferramentas, permitindo que as alternativas se confrontem entre si.

Risco	Gravidade	Urgência	Tendência	Total
Incêndio	4	2	1	8
Falta de energia	5	3	2	30
LGPD em vigor	5	5	5	125
Cancelamento de cliente	5	3	4	60
Atraso dos fornecedores	5	3	3	45
Acidente de trabalho	5	4	2	40

Procedimento para utilizar a Matriz GUT

1. Identifique os problemas;
2. Priorize os problemas a serem tratados considerando a Gravidade, a Urgência e a Tendência do problema definidos abaixo:
 - ✓ Gravidade: impacto do problema sobre operações e pessoas da empresa. Efeitos que surgirão em longo prazo em caso de não resolução.
 - ✓ Urgência: o tempo disponível ou necessário para resolver o problema.
 - ✓ Tendência: potencial de crescimento (piora) do problema;
3. Determine uma pontuação de 1 a 5 em cada uma das características: gravidade, urgência e tendência;
4. Realize o cálculo de multiplicação das características de cada problema;
5. Coloque em ordem decrescente de prioridade, considerando o resultado total.

Brainstorming

É uma tempestade cerebral ou tempestade de ideias. É um método usado para testar e explorar a capacidade criativa de indivíduos ou grupos. A técnica de Brainstorming propõe que grupos de pessoas se reúnam e utilizem seus pensamentos e ideias para que possam chegar a um denominador comum, a fim de gerarem ideias inovadoras que levem um determinado projeto adiante. Nenhuma ideia deve ser descartada ou julgada como errada ou absurda e nem deve ser desprezada. Todas devem estar na compilação ou anotação de todas as ideias ocorridas no processo, para depois evoluir-se até a solução final.

Plano de Ação

Também chamado de 5W3H, é basicamente um checklist de determinadas atividades que precisam ser desenvolvidas com o máximo de clareza possível por parte dos colaboradores. Ele funciona como um mapeamento dessas atividades, onde ficará estabelecido o que será feito, quem fará o quê, em qual período, em qual área da empresa e todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita, além de considerar a necessidade em ter ou não um indicador para melhor acompanhamento. Esta ferramenta é extremamente útil para as empresas, uma vez que elimina por completo qualquer dúvida que possa surgir sobre um processo ou sua atividade.

Protocolo de Londres

O Protocolo de Londres é a versão revisada e atualizada do nosso “Protocolo para Investigação e Análise de Incidentes Clínicos” original.

Pode-se dizer que seu objetivo é analisar de forma abrangente e reflexiva os incidentes clínicos e ter uma visão macro do contexto, sem focar somente na falha em si.

Analisar falhas, lacunas e incidentes atrelados à assistência à saúde é etapa fundamental para a melhoria da segurança do paciente. Entretanto, o foco deve estar em conhecer e compreender todo o contexto que levou àquele erro, e não apenas achar um culpado.

Para ser possível assegurar a investigação e análise profunda dos fatos que compõem o incidente clínico, é importante organizar as etapas de aplicação do protocolo, em conjunto com a equipe multidisciplinar.

As etapas de análise e investigação sugeridas apresentam a seguinte ordem sequencial:

- Investigar o incidente;

- Selecionar o time de investigação;
- Coletar dados;
- Organizar dados;
- Linha cronológica;
- Identificar problema;
- Identificar fatores contribuintes;
- Desenvolver um plano de ação.

Entre os fatores contribuintes, podemos destacar:

Fatores do Paciente

- Condição (complexidade e gravidade)
- Comunicação e linguagem.
- Fatores sociais e de personalidade

Fatores da Tarefa ou Tecnologia

- Claridade da estrutura e desenho da tarefa.
- Disponibilidade e uso de protocolos.
- Disponibilidade e acurácia dos testes auxiliares à tomada de decisão

Fatores Individuais (pessoas)

- Conhecimento, habilidade, experiência específica.
- Saúde física e mental

Fatores do Time (equipes)

- Comunicação verbal
- Comunicação escrita
- Disponibilidade de ajuda e supervisão
- Estrutura do time (congruência, consistência, liderança etc.)

Fatores do Ambiente de Trabalho

- Interrupções, barulho, conforto térmico, iluminação etc.
- Padrões de turno e carga de trabalho
- Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos
- Apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho

Fatores Organizacionais e Gerenciais

- Restrições financeiras
- Estrutura organizacional
- Políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras.
- Cultura de segurança e prioridades

Fatores do Contexto Institucional

- Contexto regulatório e econômico
- Sistema de saúde loco regional
- Ligação com organizações externas

O uso do protocolo de Londres oferece à equipe uma metodologia estruturada que possibilita um conjunto de vantagens pois:

- Instiga a análise do que pode ter contribuído para a falha;
- Ajuda a promover uma cultura focada na melhoria dos processos;
- Entende as particularidades da Organização a qual se está inserido.

Matriz SWOT

Destina-se a especificar os objetivos de riscos do negócio ou projeto, e identificar os fatores internos e externos que são favoráveis e desfavoráveis para alcançar esses objetivos. Usuários da análise SWOT frequentemente perguntam e respondem questões para gerar informações significativas para cada categoria, de maneira a tornar a ferramenta útil e identificar sua vantagem competitiva. SWOT tem sido descrita como uma ferramenta de tentativa-e-erro de planejamento estratégico.

Gestão de Riscos

A gestão de riscos é um conjunto de ações estratégicas para identificação, administração, condução e prevenção dos riscos relacionados as atividades do **IDEAS**. Está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados a assistência à saúde.

Ressalta-se a necessidade cada vez maior de aumentar a confiabilidade dos processos em serviços de saúde. A Qualidade Corporativa dispõe de métodos e técnicas para análise e gestão de risco, minimização de falhas e melhoria da segurança do paciente. Atualmente utilizamos a Ferramenta de Gestão de Risco, COZO.

Indicadores

O indicador é uma medida quantitativa e qualitativa que demonstra a evolução, compara o desempenho e identifica as oportunidades de melhoria, permitindo a avaliação da organização.

Dentre as características do indicador estão:

- Simplicidade: ser de fácil entendimento, de fácil obtenção, o custo de apuração é baixo e não tem interferência significativa no processo.
- Seletividade: está relacionada com o produto, serviço ou processo, mede ou está ligada ao atingimento das metas e mede características importantes para o gestor.
- Abrangência: É compatível com os objetos e metas da organização.
- Constância: possibilita comparações históricas, tem periodicidade e período de medição adequados.
- Gerenciabilidade: ser mensurável (exato e preciso) é possível interferir no resultado, a variação reflete a melhoria ou piora dos produtos, serviço ou processo, tem objetivo claro e definido.

Por trabalhar na linha de pensamento de Donabedian, o **IDEAS** constrói os indicadores com as seguintes premissas:

- Estrutura: avaliam as características dos recursos ou a capacidade de prover o serviço.
- Processo: mensura o desempenho no processo, controle interno.
- Resultado: mensura a efetividade do processo.

Os indicadores do **IDEAS** estão divididos em três categorias: indicadores contratuais, indicadores estratégicos e indicadores prioritários, descritos abaixo:

- Os indicadores contratuais referenciam-se aos contratos de gestão firmados pelo ISGH.
- Os indicadores estratégicos foram estabelecidos no processo de gestão estratégica.
- Os indicadores prioritários são aqueles de relevância para a gestão do serviço naquele momento.

Estes indicadores devem ser definidos junto à Diretoria da Unidade e Sede. O **IDEAS** adotou uma ficha técnica do indicador para auxiliar o gestor quanto à padronização do indicador. Esta ficha é padronizada e deve ser completada antes da criação do indicador. Deverá ser encaminhada para Qualidade local que analisa a pertinência e auxiliará na construção e cadastro no sistema. A análise efetuada pela Qualidade deverá seguir a aplicação da Ferramenta SMART.

SMART

Ela é uma **ferramenta que ajuda na definição de metas, estabelecendo critérios que irão orientar para que eles sejam o mais objetivos possível, facilitando seu alcance**. Devem obrigatoriamente, ser:

- Specific/Específico
- Measurable/Mensurável
- Achievable/Atingível
- Relevant/Relevante
- Time/Temporal

Aqui, definimos cronogramas, prazos de entregas e datas de reuniões, pois são atitudes vitais para avaliar o cumprimento das metas. Resumidamente, **as metas precisam ser específicas, claramente alcançáveis e mensuráveis, com um prazo definido e em sintonia com os objetivos e o propósito corporativo**. Assim, as ações se tornarão mais objetivas, facilitando seu alcance. Nesta atividade, vale a pena revisitar a Missão, Visão e Valores do **IDEAS** e os objetivos também devem ser coerentes com as ações previstas no planejamento estratégico.

Melhoria Contínua

O conceito de melhoria contínua surgiu nas práticas adotadas pelas empresas japonesas após a Segunda Guerra Mundial. Esta filosofia prega a busca contínua de formas para melhorar as operações de uma empresa.

Este conceito traz a perspectiva de atuar nas causas de um problema potencial antes mesmo de se notar os seus possíveis efeitos. A melhoria contínua encontra-se embasada na crença de que todos os aspectos de uma operação podem ser continuamente melhorados, partindo-se do princípio de que os envolvidos diretamente em uma operação se constituem nos principais atores capazes de identificar alterações que devem ser realizadas.

A busca da competitividade necessita, entre outros fatores, da melhoria contínua de processos. Dessa maneira, destacam-se o aprendizado e o caráter investigativo em processos como as principais características da melhoria contínua, sendo que sua essência está na habilidade de solucionar problemas de maneira efetiva.

A obtenção de resultados que revelem a melhoria contínua pressupõe a resolução de problemas da empresa mediante métodos de análise que facilitem o encontro da sua causa-raiz.

Metodologia PCDA

O PDCA é uma metodologia gerencial com foco na melhoria contínua que utiliza sucessivos ciclos de desenvolvimento com objetivo de adquirir conhecimento e testar os efeitos potenciais sobre os processos com consequente melhoria dos resultados.

É aplicado para se atingir metas dentro de um sistema de gestão e pode ser utilizado em qualquer empresa, independentemente da área de atuação. Através do ciclo PDCA, os resultados e processos de trabalho devem ser analisados e medidos para identificar as fontes de variações que fazem com que os produtos não atendam às necessidades dos clientes.

Embora aparentemente seja de fácil compreensão, muitas vezes é difícil de se realizar em uma base contínua, devido à necessidade crescente de aprimorar a análise dos problemas e processos. Tem como etapas:

- **PLAN:** Planejar e estabelecer os objetivos e processos para alcançar os resultados esperados (objetivos e metas) e revisar componentes de processos para melhorar os resultados.
- **DO:** Treinar a equipe e executar o plano.
- **CHECK:** Avaliar o desempenho alcançado e divulgar os resultados.

- ACT: Decidir sobre as mudanças necessárias para melhorar o processo.

Na prática, o **IDEAS** utiliza a metodologia da seguinte forma:

1. Identificação e priorização dos Problemas (Análise Funcional);
2. Interação da equipe com os processos e os resultados esperados em cada processo;
3. Pode-se aplicar um Brainstorming com o grupo de trabalho e com algumas pessoas que participam de outros processos e que podem contribuir; levantando uma lista com os problemas mais relevantes;
4. Priorize os problemas através da pontuação do grupo;
5. Conhecimento do histórico do problema crítico, variações e tendências; Comparação com seus resultados (indicadores e práticas) com serviços de excelência.

Segue abaixo a descrição das etapas do método PDCA:

- Análise do Processo
- Elaboração do Plano de Ação
- Treinamento e capacitação
- Execução das Ações
- Avaliação dos Resultados
- Ações Corretivas
- Avaliação da Efetividade do Ciclo de Melhoria.
- Avaliar qual foi o impacto das medidas nos processos e resultados.
- Qual a relação dos equipamentos com o problema? (dimensionamento, manutenção).
- Qual a relação dos processos com o problema? (Sub-Processo, interação, comunicação, fluxo).
- Qual a relação do ambiente com o problema? (Dimensionamento, limpeza, controle ambiental).
- Qual a relação dos profissionais com o problema? (Treinamento, motivação, dimensionamento, competências).
- Qual a relação dos insumos com o problema? (Quantidade, qualidade, agilidade).
- Qual a relação da gestão do serviço com o problema? (Informações, análise de indicadores e tendências, falta de itens de controle e verificação,

ciclos de melhoria incompletos, prazos e responsabilidades, alinhamento estratégico).

Definição e Abreviação

Tema	Conceito
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e adequação, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
Cadeia de Valor	Representa o conjunto de atividades desempenhadas por uma organização, para criar valor para os seus clientes
Cuidado Centrado no Paciente	Prestar assistência que respeite as preferências e individualidades dos pacientes, suas necessidades e valores, assegurando que seus valores dirijam todas as decisões clínicas.
Cuidado Seguro	Prestar uma assistência que evite que o cuidado destinado a ajudar os pacientes acabe por provocar danos.
Efetividade	Prestar assistência baseada em conhecimento científico a todos que possam se beneficiar dela e evitando prover assistência àqueles que não têm probabilidade de se beneficiar dela.
Eficácia	O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias. Estabelece linhas de cuidado, protocolos e diretrizes clínicas que combinem o cuidado com a ciência, para evitar o uso excessivo de cuidados ineficazes e o uso insuficiente de cuidados efetivos
Eficiência	Evitar desperdícios, incluindo desperdícios de equipamento, materiais, ideias e energia. É a relação entre o benefício oferecido pela assistência à saúde e seu custo econômico.

Equidade	Prestar um cuidado que não apresente variações de qualidade devido às características de uma pessoa
Integralidade	É o conjunto articulado e contínuo de saberes, processos e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso em
Legitimidade	a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço às partes interessadas ou à sociedade como um todo, confirmando sua aceitação e credibilidade.
Oportuno	Atendimento ágil, o objetivo é reduzir esperas e atrasos danosos, tanto para aqueles que recebem quanto para os que prestam assistência
Processo	É um conjunto de atividades interrelacionadas que envolve pessoas, equipamentos, informações e procedimentos para transformar entradas em saídas (produtos ou serviços), que atendem um cliente interno ou externo para agregar valor e gerar resultado para a organização
Processos de Apoio	Dão suporte direto aos processos finalísticos. Fornecem ou criam as condições necessárias para que a organização possa gerar os produtos ou serviços que vão atender as necessidades e expectativas de seus clientes. Exemplos: Serviço de Higienização e Tecnologia da Informação.
Processos Estratégicos	São os processos chave para que a organização consiga atingir sua visão, cumprindo os objetivos determinados no planejamento estratégico.
Processos Finalísticos	Geram os produtos ou serviços finais da organização, isto é, atendem as necessidades e expectativas dos clientes. Esses processos agregam o valor diretamente para os clientes. Exemplos: Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.
Processos Gerenciais	Existem para coordenar e melhorar os processos finalísticos e os processos de apoio. Esses processos não resultam em um produto ou serviço. É através desses processos que são estabelecidas as diretrizes e práticas de gestão, possuem

	ações de controle, monitoramento e ações para o desenvolvimento da organização. Exemplos: Gestão de Pessoas e Jurídico.

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

Para garantir o melhor atendimento no Hospital Regional São Vicente de Paula, a relação entre a Secretaria de Saúde do Estado e o instituto será pautada pela transparência, colaboração e responsabilidade mútua. O objetivo é que a parceria seja um exemplo de eficiência e benefício para a população.

1. Contrato de Gestão com Metas e Indicadores Claros

O pilar dessa relação será um Contrato de Gestão robusto, que vai muito além de um simples acordo de prestação de serviços. Ele definirá:

Metas de Desempenho: Estabelecimento de metas quantificáveis e mensuráveis para o atendimento, como tempo médio de espera, taxa de resolatividade, satisfação do paciente, número de atendimentos, e indicadores de qualidade e segurança do paciente.

Indicadores de Qualidade: Definição de indicadores de processo e resultado que permitam monitorar a qualidade dos serviços prestados, a adequação dos protocolos clínicos e o uso racional dos recursos.

Repasse de Recursos Vinculado ao Desempenho: O pagamento ao parceiro privado será atrelado ao cumprimento das metas e indicadores estabelecidos. Parte do repasse pode ser variável, premiando o bom desempenho e penalizando o não cumprimento das metas.

Obrigações e Responsabilidades: Detalhamento claro das responsabilidades de cada parte, incluindo a manutenção da estrutura física, aquisição de insumos, gestão de pessoal, e a garantia da conformidade com as normas sanitárias e regulatórias.

2. Governança e Monitoramento Contínuo

A fiscalização e o acompanhamento serão constantes para garantir que a unidade opere conforme o esperado:

Comitê Gestor Paritário: Criação de um comitê de gestão com representantes da Secretaria de Saúde e da gestão privada. Este comitê se reunirá periodicamente para analisar os resultados, discutir desafios, tomar decisões estratégicas e validar planos de ação.

Relatórios Periódicos: A gestão privada deverá apresentar relatórios detalhados sobre o desempenho da unidade, incluindo dados financeiros, operacionais, de qualidade e de recursos humanos.

Auditorias Regulares: A Secretaria de Saúde realizará auditorias técnicas e financeiras periódicas para verificar a conformidade com o contrato, a qualidade dos serviços e a correta aplicação dos recursos.

Canal de Comunicação Aberto: Manutenção de um canal de comunicação direto e eficaz para a resolução de problemas, a troca de informações e o alinhamento de estratégias.

3. Foco na Qualidade Assistencial e na População

Embora a gestão seja privada, a essência do serviço será sempre pública:

Padronização de Protocolos: A gestão privada deverá seguir os protocolos clínicos e diretrizes assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde e pelo Ministério da Saúde, garantindo a uniformidade e a segurança do atendimento.

Regulação do Acesso: O acesso à unidade e a regulação de vagas para outros níveis de complexidade (hospitais, por exemplo) permanecerá sob a coordenação da Secretaria de Saúde, garantindo a equidade e a organização do fluxo de pacientes na rede.

Ouvidoria e Feedback da População: Será estabelecido um sistema robusto de ouvidoria para que a população possa expressar suas opiniões, sugestões e reclamações. O feedback dos usuários será um indicador crucial de desempenho e uma ferramenta para melhoria contínua.

Integração com a Rede Pública: A unidade, mesmo com gestão privada, atuará de forma integrada com a Atenção Básica e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde do município e do estado, garantindo a continuidade do cuidado.

Em suma, buscaremos uma parceria estratégica, onde a expertise e a agilidade da gestão privada se somam à missão pública da Secretaria de Estado da Saúde, resultando em uma unidade de saúde que oferece atendimento de excelência para todos os cidadãos.

O instituto possui toda uma estrutura interna de atendimento a todos os critérios necessários ao parceiro público, de onde estarão todos os setores responsáveis pela Prestação de Contas, Controladoria, Auditoria, Recursos Humanos, Qualidade e demais serviços de apoio a gestão a serem executados na unidade de saúde.

1.7. Os limites de responsabilidades, considerando o objeto de negócio, que a instituição proponente demonstra estar disposta a assumir no processo de publicização

Na gestão do Hospital Regional São Vicente de Paula, haverá a definição clara dos limites e responsabilidades da gestão da unidade, conforme o Contrato de Gestão, é fundamental para o sucesso da parceria com a Secretaria de Saúde. Essa clareza evita conflitos, garante a eficiência e foca no principal: o atendimento de excelência à população.

Limites e Responsabilidades da Gestão da Unidade (Parceiro Privado)

O Contrato de Gestão delineará as áreas de autonomia e as obrigações da gestão da unidade, permitindo que ela opere com agilidade, mas sempre alinhada aos objetivos do sistema público de saúde.

1. Gestão Assistencial Plena

A gestão privada terá total autonomia e responsabilidade sobre a operação assistencial da unidade, incluindo:

Organização e Gestão dos Processos de Atendimento: Implementação de fluxos, protocolos clínicos (baseados em diretrizes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde), e diretrizes assistenciais para todas as especialidades e serviços oferecidos na unidade (clínica médica, pediatria, ortopedia, odontologia de urgência, etc.).

Contratação, Gestão e Capacitação de Pessoal: Seleção, treinamento, avaliação e gestão de toda a equipe multiprofissional da unidade (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de apoio, etc.). Isso inclui a definição de escalas de trabalho e a garantia de cobertura adequada para o funcionamento 24 horas.

Aquisição e Gestão de Insumos e Medicamentos: Responsabilidade pela compra, estoque e dispensação de todos os medicamentos, materiais médico-hospitalares, equipamentos de proteção individual (EPIs) e demais insumos necessários ao funcionamento da unidade. A qualidade e conformidade desses produtos serão de sua responsabilidade.

Manutenção de Equipamentos e Instalações: Garantir a funcionalidade e segurança de todos os equipamentos médicos, mobiliário e da infraestrutura física da unidade (elétrica, hidráulica, climatização, etc.), realizando manutenções preventivas e corretivas.

Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente: Implementação de programas e ferramentas para monitorar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes, incluindo a notificação de eventos adversos e a aplicação de boas práticas.

Regulação Interna da Unidade: Gerenciamento dos fluxos internos de pacientes, leitos de observação e isolamento, e alta hospitalar na unidade, visando a eficiência e a otimização do tempo de permanência.

2. Gestão Financeira e Administrativa

A gestão privada será responsável pela administração dos recursos transferidos pela Secretaria de Saúde e pela sustentabilidade financeira da operação:

Administração dos Recursos Repassados: Gestão orçamentária e financeira dos valores recebidos, garantindo a aplicação dos recursos conforme as cláusulas contratuais e a legislação vigente, com foco na eficiência e otimização.

Prestação de Contas: Apresentação periódica de relatórios financeiros detalhados e transparentes à Secretaria de Saúde, demonstrando a aplicação dos recursos e o cumprimento das metas financeiras.

Cumprimento de Legislação e Normas: Assegurar a conformidade com todas as leis trabalhistas, fiscais, sanitárias e regulatórias pertinentes à operação de uma unidade de saúde.

3. Limites da Atuação da Gestão Privada

Embora com ampla autonomia operacional, a gestão privada terá limites claros definidos para garantir a integração com o SUS e a manutenção do caráter público do serviço:

Alinhamento com as Políticas de Saúde: A gestão deve operar em estrita conformidade com as políticas, programas e diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe e Ministério da Saúde.

Regulação Externa de Vagas: A Central de Regulação de Vagas (gerenciada pela Secretaria de Saúde ou órgão estadual) é a única responsável pela autorização e encaminhamento de pacientes da unidade para outros níveis de complexidade (hospitais, exames especializados, etc.). A unidade solicita as vagas, mas não as concede.

Gratuidade do Atendimento: O atendimento no Hospital Regional São Vicente de Paula deve ser universal e gratuito para todos os cidadãos, sem qualquer tipo de cobrança direta ou indireta aos pacientes.

Acesso e Portas de Entrada: O Hospital Regional São Vicente de Paula funcionará como porta de entrada de urgência e emergência, seguindo os protocolos de classificação de risco do SUS. A gestão privada não pode alterar as diretrizes de acesso da população.

Auditoria e Fiscalização: A Secretaria de Saúde tem o direito e o dever de realizar auditorias e fiscalizações periódicas (técnicas, financeiras, de qualidade) na unidade, sem aviso prévio, para verificar o cumprimento do contrato e das normas.

Comunicação e Imagem Pública: A comunicação institucional da unidade e a imagem pública da unidade devem ser alinhadas com as diretrizes da Secretaria de Saúde, evitando informações que possam gerar confusão sobre a natureza do serviço ou sua vinculação ao SUS.

Essa divisão clara de papéis permite que a gestão privada traga sua expertise em eficiência e gestão, enquanto a Secretaria de Saúde mantém o controle estratégico, a garantia da equidade e a responsabilidade final pela saúde da população.

O instituto atuará de forma integrativa na execução dos serviços previstos no Termo de Referência, quais sejam:

- a) Acolhimento e assistência;
- b) Limpeza e higiene;
- c) Manutenção predial (pequenos reparos);
- d) Segurança patrimonial e controle de acesso;
- e) Redução de perdas;
- f) Estratificação de indicadores administrativos;
- g) Recursos humanos;
- h) Custeio administrativo e operacional;
- i) Educação continuada;
- j) Inovação e tecnologia;
- k) Faturamento e incremento de receita;

Serviços de apoio:

- a) Ambulância

- b) Central de esterilização de materiais (CME)
- c) Farmácia
- d) Lavanderia
- e) Necrotério
- f) Serviço social
- g) Serviço de nutrição e dietética (SND)
- h) Serviço de arquivo médico e estatística (SAME)
- i) Serviço de manutenção de equipamentos

1.8. Descrição do funcionamento do modelo de regulação assistencial

A regulação assistencial no Hospital Regional São Vicente de Paula é um processo estratégico e contínuo que visa garantir que cada paciente receba o atendimento certo, no lugar certo e no tempo certo. Como gestor, o instituto assegurará a agilidade do modelo, de forma transparente e, acima de tudo, centrado nas necessidades do paciente, otimizando os recursos disponíveis na rede de saúde.

1. Classificação de Risco (Triagem) - O Primeiro Passo Crucial

Ao chegar à unidade, o paciente passa imediatamente pela Classificação de Risco, realizada por um enfermeiro capacitado. Esta é a porta de entrada para a regulação e segue rigorosamente o Protocolo de Manchester ou similar, que classifica a gravidade do caso por cores:

Vermelho (Emergência): Risco de morte iminente. Atendimento imediato.

Laranja (Muito Urgente): Risco significativo. Atendimento em até 10 minutos.

Amarelo (Urgente): Condição grave, mas com risco menor de morte imediata. Atendimento em até 60 minutos.

Verde (Pouco Urgente): Condição de baixa complexidade. Atendimento preferencialmente na Atenção Básica, mas pode ser avaliado na unidade se houver capacidade.

Azul (Não Urgente): Casos crônicos ou de muito baixa complexidade. Encaminhamento para a Atenção Básica.

Essa classificação define a prioridade do atendimento, não a ordem de chegada, e é o primeiro nível de regulação interna da unidade.

2. Regulação Interna: Fluxo e Gestão de Leitos

Após a classificação de risco e o primeiro atendimento médico, a regulação interna entra em ação para otimizar o fluxo do paciente dentro da própria unidade:

Monitoramento de Casos: A equipe médica e de enfermagem monitora constantemente a evolução dos pacientes, identificando aqueles que podem ter alta, precisam de observação prolongada ou demandam transferência.

Gestão de Leitos: Um sistema dinâmico gerencia a ocupação de leitos de observação e isolamento, buscando a rotatividade eficiente e a alocação de pacientes de acordo com sua necessidade clínica e o risco de contaminação.

Definição da Conduta: O médico regulador (ou o médico assistente em conjunto com a equipe de regulação) define a conduta: alta, permanência para observação, ou necessidade de transferência para um serviço de maior complexidade.

3. Regulação de Vagas (Central de Regulação): O elo com a Rede

Quando um paciente na unidade necessita de um recurso que a unidade não pode oferecer (leito hospitalar, exame especializado de alta complexidade, cirurgia, consulta com especialista), a Central de Regulação de Vagas é acionada. Este é o coração da regulação assistencial externa:

Solicitação de Vaga: A equipe médica da unidade formaliza a solicitação de vaga para internação hospitalar (enfermarias, CTIs, UTI), exames ou consultas especializadas, através do sistema de regulação (por exemplo, SISREG, se aplicável).

Priorização Baseada na Gravidade: A Central de Regulação avalia a solicitação com base na gravidade clínica do paciente, priorizando os casos mais urgentes e complexos, seguindo protocolos pactuados. Não é uma questão de "quem pede primeiro", mas sim "quem precisa mais".

Busca Ativa de Leitos/Serviços: A Central de Regulação faz a busca ativa de leitos disponíveis na rede hospitalar (municipais, estaduais ou até federais, conforme pactuação), considerando a especialidade e o nível de complexidade necessário.

Comunicação e Transporte: Uma vez que a vaga é concedida, a Central de Regulação comunica a unidade, e é articulado o transporte do paciente, garantindo que ele chegue ao destino com segurança e no menor tempo

possível. O transporte é coordenado, muitas vezes, pelo SAMU ou por veículos de transporte sanitário.

Fluxos Pactuados: Existem fluxos pré-estabelecidos e pactuados com os hospitais de referência para diferentes tipos de agravos (ex: AVC, infarto, trauma grave), visando agilizar o acesso em situações críticas.

4. Monitoramento e Aprimoramento Contínuo

O modelo de regulação é dinâmico e está em constante aprimoramento:

Indicadores de Desempenho: Monitoramos indicadores como tempo médio de permanência na unidade, taxa de transferências, tempo de espera por leito hospitalar e taxa de ocupação dos leitos de observação.

Reuniões Periódicas: Reuniões regulares com a Central de Regulação, hospitais de referência e a Atenção Básica para avaliar os fluxos, identificar gargalos e propor melhorias.

Capacitação da Equipe: Treinamento contínuo da equipe da unidade sobre os protocolos de regulação e a importância do preenchimento correto das informações para agilizar o processo.

Em resumo, a regulação assistencial do Hospital Regional São Vicente de Paula é uma teia complexa e vital que conecta o atendimento de urgência e emergência à rede de saúde, assegurando que o paciente seja direcionado de forma organizada e oportuna para o nível de atenção adequado às suas necessidades.

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

O gerenciamento do transporte de pacientes no Hospital Regional São Vicente de Paula será um processo cuidadoso e bem articulado, essencial para garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente ao ser movimentado para fora da unidade. Ele envolve a integração de diferentes atores e a aplicação de protocolos claros para assegurar que cada deslocamento seja realizado de forma eficiente e apropriada à condição clínica do paciente.

1. Identificação da Necessidade de Transporte

A decisão de transportar um paciente é sempre clínica e parte da avaliação da equipe médica da unidade. Essa necessidade surge quando o paciente requer:

Internação Hospitalar: O paciente necessita de um leito hospitalar em enfermaria, unidade de terapia intensiva (UTI), ou qualquer outro nível de complexidade que a unidade não pode oferecer.

Realização de Exames Especializados: Exames de alta complexidade (como tomografias, ressonâncias, cateterismos, etc.) que não são realizados na unidade e são cruciais para o diagnóstico ou tratamento.

Consultas com Especialistas: Casos que exigem avaliação de um especialista (neurocirurgião, cardiologista, etc.) em ambiente ambulatorial ou hospitalar específico.

Retorno Domiciliar (quando aplicável): Em situações muito específicas, pacientes com mobilidade reduzida ou condição que impeça o transporte comum podem necessitar de transporte sanitário para retorno ao domicílio após alta da unidade.

2. Solicitação e Regulação da Vaga/Serviço

Uma vez identificada a necessidade, o processo segue para a regulação externa:

Preenchimento da Solicitação: A equipe médica da unidade preenche uma solicitação de vaga ou serviço no Sistema de Regulação de Vagas (ex: SISREG ou sistema local da Secretaria de Saúde), detalhando o quadro clínico do paciente, o motivo da solicitação e o recurso necessário (tipo de leito, especialidade, exame).

Análise pela Central de Regulação: Esta solicitação é enviada para a Central de Regulação de Leitos/Vagas do município ou estado (responsabilidade da Secretaria de Saúde). A Central analisa a solicitação, priorizando o paciente conforme sua gravidade e a urgência do caso, com base em protocolos estabelecidos.

Busca por Disponibilidade: A Central de Regulação realiza a busca por vagas ou serviços disponíveis na rede de saúde, que pode incluir hospitais municipais, estaduais, e até mesmo unidades conveniadas, garantindo que o paciente seja encaminhado para o local mais adequado à sua necessidade.

Liberação da Vaga: Uma vez encontrada a vaga ou o serviço, a Central de Regulação oficializa a liberação e comunica a unidade.

3. Acionamento e Tipo de Transporte

Com a vaga liberada, o tipo de transporte é definido com base na condição clínica do paciente e na urgência:

Transporte por Ambulância do SAMU (Suporte Avançado ou Básico):
Para pacientes em situação de urgência/emergência ou que requerem suporte médico contínuo durante o deslocamento (instabilidade hemodinâmica, necessidade de oxigenoterapia constante, monitoramento intensivo), o acionamento é feito pelo médico da unidade à Central de Regulação do SAMU. O tipo de ambulância (Unidade de Suporte Básico - USB ou Unidade de Suporte Avançado - USA) é definido pela gravidade.

Transporte Sanitário (Ambulâncias do Município/Upa ou Contratadas):
Para pacientes com condição estável, mas que necessitam de transporte por impossibilidade de uso de meios comuns (cadeirantes, acamados, etc.), e que não exigem suporte médico contínuo. A gestão da unidade ou a Secretaria de Saúde pode ter frota própria ou serviço terceirizado para esse fim.

Transporte por Meios Próprios: Em casos de pacientes com condição clínica estável e capacidade de locomoção, que foram liberados para exames externos ou retorno domiciliar, e que possuem condições de se deslocar por seus próprios meios (veículo particular, táxi, transporte público), a orientação é de que o façam. A responsabilidade da unidade encerra-se com a alta médica e as orientações claras.

4. Preparação do Paciente e Acompanhamento

Antes do transporte, a equipe da unidade segue protocolos rigorosos:

Estabilização Clínica: O paciente deve estar o mais estável possível para o transporte. Caso contrário, a equipe da unidade realiza as intervenções necessárias para sua estabilização antes do deslocamento.

Preparação da Documentação: Toda a documentação do paciente (prontuário, exames, encaminhamentos, cópia da solicitação de vaga regulada) é organizada e entregue à equipe de transporte ou ao próprio paciente/acompanhante.

Comunicação com o Destino: A unidade ou a Central de Regulação pode comunicar a unidade de destino sobre a chegada do paciente e sua condição, otimizando o recebimento.

Acompanhante: Sempre que possível e necessário, um acompanhante é orientado e autorizado a seguir com o paciente, especialmente em casos de menores de idade ou pacientes com necessidades especiais.

5. Monitoramento e Avaliação

O processo de transporte é continuamente monitorado:

Rastreabilidade: Os sistemas de regulação permitem rastrear a solicitação e o status do transporte.

Indicadores: Avaliação de indicadores como tempo entre a solicitação e a efetivação do transporte, satisfação do paciente com o transporte, e intercorrências durante o deslocamento.

Melhora Contínua: Reuniões periódicas com a Central de Regulação e o SAMU para identificar gargalos, otimizar fluxos e aprimorar a comunicação, visando sempre aprimorar a agilidade e segurança do processo.

Em suma, o gerenciamento do transporte de pacientes do Hospital Regional São Vicente de Paula é uma atividade complexa que exige coordenação, comunicação e adesão a protocolos, garantindo que a transição do cuidado seja tão segura e eficiente quanto o atendimento inicial recebido na unidade.

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

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO																																																
Ações	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
Revisão dos serviços e entrega de relatório assistencial, predial e de equipamentos																																																
Processo Seletivo																																																
Contratação de Profissionais																																																
Análise situacional																																																
Elaboração de relatório mensal de desempenho																																																
Consultas médicas																																																
Consultas não médicas																																																
Sessões não médicas																																																
Exames externos																																																
Exames internos																																																
Implantar a integração da rede de assistência básica e																																																

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO																																																
Ações	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
especializada da região por meio do matriciamento e implantação de dispositivos de alta responsável.																																																
Fortalecer a rede de saúde, divulgando os fluxos e agendamentos, melhorando o processo de referência e contrarreferência																																																
Identificação de Não Conformidades e definição de ações corretivas																																																
implantar matricialmente para a Atenção de urgência e Emergência, conforme apontamento																																																

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO																																																
Ações	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
s feito pelo estado de especialidades que se fizerem necessárias																																																
Desenvolver atividades visando capacitação e aprimoramento dos recursos humanos, de acordo com as diretrizes da Secretaria de Saúde																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento de dados e aplicação de melhorias do serviço de ambulância																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento de dados e																																																

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO																																																
Ações	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
aplicação de melhorias do serviço da Central de esterilização de Materiais (CME)																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento o de dados e aplicação de melhorias do serviço de Lavanderia																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento o de dados e aplicação de melhorias do serviço de Farmácia Clínica																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento o de dados e aplicação de																																																

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO																																																
Ações	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
melhorias do serviço de Necrotério																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento o de dados e aplicação de melhorias do Serviço Social																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento o de dados e aplicação de melhorias do serviço de Serviço de Nutrição e Dietética (SND)																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento o de dados e aplicação de																																																

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO																																																
Ações	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
melhorias do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)																																																
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento o de dados e aplicação de melhorias do serviço de manutenção preventiva e preditiva de equipamentos (Engenharia Clínica)																																																
Aplicação do modelo de Acolhimento e assistência humanizada na unidade																																																
Definição dos protocolos e fluxos de limpeza a serem desempenha dos pelas equipes																																																

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO																																																
Ações	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
Implantação, acompanhamento, monitoramento, levantamento de dados e aplicação de melhorias do serviço de segurança patrimonial e controle de acesso																																																
Aplicação do modelo de gestão para elaboração de relatórios de indicadores assistências, financeiros, operacionais e administrativos																																																
Aplicação da Política de Recursos Humanos e acompanhamento mensal da regularidade e conformidade																																																

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO																																																
Ações	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
Elaboração e execução do plano de Educação continuada da unidade com a garantia da ampliação de conhecimento e qualificação da equipe																																																
Estabelecer metas de incremento de atividades dos serviços, visando a ampliação do escopo melhoria de atendimento dos serviços da unidade de saúde.																																																
Aplicação de Planos de Ação Corretiva e/ou Preventivas																																																

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

A gestão da informação no Hospital Regional São Vicente de Paula será um pilar fundamental para a otimização dos processos assistenciais e administrativos, garantindo a segurança do paciente, a eficiência operacional e o acesso a dados estratégicos para a tomada de decisões. Este modelo se baseará em sistemas integrados e tecnologias modernas, visando a conectividade e a interoperabilidade dentro e fora da unidade.

1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

No centro do modelo de gestão da informação estará o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Ele substituirá integralmente os prontuários físicos, centralizando todas as informações clínicas e administrativas do paciente.

Funcionalidades:

Registro Completo: Armazenará dados de identificação, histórico médico, anamnese, exames físicos, diagnósticos, evolução clínica, prescrições (medicamentos, dietas, enfermagem), resultados de exames laboratoriais e de imagem, procedimentos realizados e altas.

Acesso Multiprofissional: Permitirá que médicos, enfermeiros, técnicos e demais profissionais de saúde acessem simultaneamente o prontuário, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado.

Alertas e Suporte à Decisão: O sistema poderá emitir alertas para interações medicamentosas, alergias, resultados críticos de exames, e fornecer acesso a protocolos clínicos e diretrizes, apoiando a decisão médica.

Legibilidade e Segurança: Eliminará problemas de caligrafia, garantirá a integridade dos dados e permitirá trilhas de auditoria para registrar quem acessou e modificou as informações.

Tecnologias Envolvidas:

Software de PEP: Solução robusta e especializada em saúde, com certificações de segurança e compatibilidade com padrões de interoperabilidade (como HL7).

Servidores Dedicados/Cloud: Infraestrutura para armazenamento seguro dos dados, seja em servidores locais com alta disponibilidade ou em nuvem, garantindo acessibilidade e backup.

Estações de Trabalho/Tablets: Computadores nas salas de atendimento e tablets para a beira do leito, facilitando o registro e a consulta em tempo real.

2. Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) / Módulo Administrativo/Financeiro

Além do PEP, um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) ou módulos administrativos específicos integrarão as áreas de apoio à assistência.

Funcionalidades:

Gestão de Estoque e Farmácia: Controle de entrada e saída de medicamentos e insumos, rastreabilidade de lotes, controle de validade e alertas de necessidade de reposição.

Agendamento e Fluxo de Atendimento: Gerenciamento do fluxo de pacientes desde a chegada na triagem, acompanhamento na sala de espera, direcionamento para consultórios e salas de exames.

Faturamento e Contas Médicas: Registro de procedimentos e insumos utilizados para fins de controle e, se aplicável, faturamento.

Gestão de Pessoas: Informações sobre escalas de trabalho, registro de ponto eletrônico e dados de equipe.

Manutenção de Equipamentos: Programação e registro de manutenções preventivas e corretivas de equipamentos médicos e da infraestrutura.

Tecnologias Envolvidas:

Software de SGH/ERP (Enterprise Resource Planning): Soluções modulares que integram diversas áreas administrativas.

Leitores de Código de Barras/RFID: Para agilizar o controle de estoque e dispensação.

Sistemas de Senhas e Painéis de Chamada: Para organização do fluxo de atendimento e comunicação com os pacientes na sala de espera.

3. Integração e Interoperabilidade

A capacidade de troca de informações entre diferentes sistemas e instituições será um diferencial.

Funcionalidades:

Comunicação com a Central de Regulação: Integração com o sistema de regulação de vagas (ex: SISREG) para solicitação e recebimento de vagas para transferências, agilizando o processo e evitando redigitação.

Troca de Informações com Laboratórios e Imagem: Interface com laboratórios externos e serviços de imagem para o recebimento automático de resultados diretamente no PEP.

Conectividade com a Rede Básica de Saúde: Troca de informações com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município para referenciar e contra-referenciar pacientes, garantindo a continuidade do cuidado.

Telemedicina/Teleconsultoria (futuro): Possibilidade de integração para teleconsultas ou telemonitoramento, se necessário.

Tecnologias Envolvidas:

APIs (Application Programming Interfaces): Ferramentas que permitem a comunicação segura entre softwares.

Padrões de Interoperabilidade: Adoção de padrões como HL7, DICOM (para imagens médicas) para garantir que os dados sejam compreendidos por diferentes sistemas.

Rede Segura (VPN/Fibra Óptica): Infraestrutura de rede robusta e segura para a troca de dados.

4. Business Intelligence (BI) e Dashboards de Gestão

A informação coletada será transformada em dados estratégicos para a gestão.

Funcionalidades:

Indicadores de Desempenho: Geração de relatórios e dashboards em tempo real sobre tempo de espera, taxa de resolutividade, número de atendimentos por especialidade, consumo de insumos, taxa de ocupação de leitos, entre outros.

Análise de Qualidade: Monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente, como taxa de eventos adversos, infecções relacionadas à assistência à saúde, etc.

Planejamento e Otimização: Utilização dos dados para identificar gargalos, otimizar fluxos de trabalho, planejar escalas de equipe e prever necessidades de insumos.

Tecnologias Envolvidas:

Software de BI: Ferramentas como Power BI, Tableau ou soluções embarcadas nos próprios sistemas de gestão para visualização e análise de dados.

Bancos de Dados: Sistemas de gerenciamento de banco de dados para armazenar e organizar grandes volumes de informações.

5. Infraestrutura e Segurança da Informação

A base de todo o modelo é uma infraestrutura tecnológica robusta e segura.

Tecnologias Envolvidas:

Rede Estruturada: Cabeamento de rede, switches e roteadores de alta performance para garantir conectividade em toda a unidade.

Firewall e Sistemas de Segurança: Para proteger a rede contra acessos não autorizados e ataques cibernéticos.

Backup e Recuperação de Desastres: Rotinas de backup automatizadas e planos de recuperação de desastres para garantir a continuidade das operações em caso de falhas.

Controles de Acesso: Políticas de controle de acesso rigorosas baseadas em perfis e senhas, além de auditorias de acesso aos dados.

Em resumo, o Hospital Regional São Vicente de Paula será um ambiente digitalizado, onde a informação flui de forma rápida e segura, transformando dados em conhecimento para uma gestão eficiente e um atendimento de alta qualidade à população.

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 – SIA

No Hospital Regional São Vicente de Paula, a espinha dorsal do nosso modelo de gestão da informação é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Ele não só centraliza e organiza todas as informações clínicas e administrativas do paciente dentro da unidade, mas também serve como um elo vital com os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Essa integração é crucial para garantir a continuidade do cuidado, o faturamento correto dos serviços e o planejamento em saúde.

1. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

O PEP é a ferramenta central para o registro de todo o atendimento realizado na unidade. Ele digitaliza o prontuário físico, oferecendo inúmeras vantagens:

Registro Completo e Detalhado: Abrange desde a triagem (com a classificação de risco), anamnese, exame físico, evolução clínica, prescrições (medicamentos, enfermagem, dieta), resultados de exames laboratoriais e de imagem, procedimentos realizados, até as condições de alta ou transferência.

Acesso Rápido e Seguro: Profissionais de saúde autorizados podem acessar as informações do paciente de forma instantânea, a qualquer momento e em qualquer ponto da unidade, garantindo agilidade no diagnóstico e tratamento. A segurança dos dados é assegurada por senhas, perfis de acesso e trilhas de auditoria.

Melhora na Qualidade da Informação: Elimina problemas de ilegibilidade de caligrafia, padroniza o registro de dados e reduz erros, contribuindo para a segurança do paciente.

Suporte à Decisão Clínica: Incorpora funcionalidades como alertas de alergias, interações medicamentosas, e acesso a protocolos clínicos, auxiliando os profissionais na tomada de decisões.

2. Relação do PEP com os Sistemas de Informação do SUS

A unidade, como ponto da Rede de Atenção às Urgências (RAU), gera informações que são essenciais para o planejamento e financiamento do SUS. A integração do nosso PEP com o SIH e o SIA é realizada principalmente através de módulos de exportação de dados e, idealmente, por interfaces de programação de aplicações (APIs), garantindo que os dados assistenciais sejam devidamente registrados e enviados aos sistemas nacionais.

Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS):

Finalidade no SIH: O SIH é o sistema do Ministério da Saúde que registra as internações hospitalares, sendo fundamental para o faturamento dos procedimentos de média e alta complexidade (AIH - Autorização de Internação Hospitalar).

Fluxo de Dados da unidade para o SIH: Quando um paciente atendido no Hospital Regional São Vicente de Paula necessita de internação hospitalar e é transferido para um hospital que faz parte da rede SUS, as informações relativas ao atendimento inicial na unidade e o motivo da internação devem ser reportadas. Embora a unidade não gere uma AIH diretamente (que é emitida pelo hospital de destino), os dados do PEP do paciente na unidade (diagnóstico, procedimentos iniciais, exames) são cruciais e acompanham o paciente. O

módulo de regulação de vagas do nosso PEP ou SGH se integra com a Central de Regulação que, por sua vez, opera com os dados necessários para o SIH quando a internação é efetivada no hospital. Em alguns modelos de contratualização para unidades, pode haver a necessidade de consolidar informações de casos que evoluem para internação, o que é feito através de exportação de dados agregados ou relatórios específicos para validação no nível estadual/municipal e posterior envio ao SIH pelos hospitais.

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS):

Finalidade no SIA: O SIA é o sistema do Ministério da Saúde que registra a produção ambulatorial do SUS, ou seja, todos os procedimentos realizados em nível ambulatorial, incluindo consultas, procedimentos menores, exames e terapias. É crucial para o monitoramento da produção e o repasse de recursos.

Fluxo de Dados da unidade para o SIA: A maioria dos atendimentos realizados em uma unidade (consultas de urgência, suturas, curativos, pequenas cirurgias, observações de curta duração) é classificada como produção ambulatorial de urgência e emergência. O nosso PEP será configurado para gerar dados agregados dos atendimentos realizados diariamente ou mensalmente. Esses dados, que incluem informações sobre os procedimentos efetuados, diagnósticos, e volume de atendimentos, serão exportados do PEP da unidade para um sistema intermediário ou diretamente para o formato de arquivo compatível com o SIA/SUS (layout SIGTAP/SIA). A Secretaria Municipal de Saúde, ou o órgão regulador, será responsável por consolidar e transmitir esses dados ao Ministério da Saúde. Isso garante que a unidade seja reconhecida pela sua produção e que os recursos correspondentes sejam devidamente alocados.

3. Tecnologias de Conectividade e Segurança

Para que essa relação seja eficaz, investiremos em:

APIs (Application Programming Interfaces): Interfaces que permitem que diferentes softwares "conversem" entre si de forma automatizada e segura, reduzindo a necessidade de digitação manual e minimizando erros.

Padrões de Interoperabilidade: Adoção de padrões reconhecidos como HL7 (Health Level Seven) para troca de informações clínicas e DICOM para imagens médicas, garantindo que os dados sejam legíveis e compreendidos por diferentes sistemas.

Segurança da Informação: Protocolos de segurança robustos, como criptografia, controle de acesso baseado em papéis, e auditorias de log, para

proteger a privacidade dos dados dos pacientes conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Infraestrutura de Rede Confiável: Conexões de internet e rede interna de alta velocidade e redundância para garantir que a transmissão de dados seja ininterrupta.

Ao integrar o PEP do Hospital Regional São Vicente de Paula com o SIH e o SIA, não só garantimos a eficiência da gestão interna e a qualidade do atendimento, mas também contribuimos para a transparência, o financiamento adequado e o planejamento estratégico do SUS em nível municipal, estadual e federal.

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)

O Hospital Regional São Vicente de Paula, oferecerá uma organização de serviços eficiente e integrada para atender às demandas de urgência e emergência da população. É importante ressaltar que, sendo uma Unidade de Pronto Atendimento, a unidade possui um escopo de serviços distinto e mais restrito do que um hospital de alta complexidade. Portanto, focaremos nas atividades inerentes a uma unidade e como ela se articula com os demais níveis da rede de saúde.

Organização de Serviços

O Hospital Regional São Vicente de Paula é projetada para ser um ponto de atenção intermediário entre a Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde) e a Atenção Hospitalar. Seu foco principal é o atendimento de urgências e emergências, com capacidade de estabilização, diagnóstico inicial e encaminhamento para serviços de maior complexidade, quando necessário.

1. Serviços Assistenciais e Clínicas (Atendimento Médico e de Enfermagem)

Atendimento Clínico Geral: É o coração da unidade. Médicos clínicos gerais estão disponíveis 24 horas para atender pacientes de todas as idades (adultos, pediátricos, idosos) com diversas queixas agudas. O atendimento é guiado pela Classificação de Risco, que prioriza os casos mais graves.

Atendimento Pediátrico (quando aplicável): Dependendo do porte da unidade e da demanda local, pode haver a presença de pediatras para atendimento exclusivo de crianças. Caso contrário, os clínicos gerais são capacitados para o atendimento pediátrico de urgência.

Atendimento Odontológico de Urgência: Focado em dores agudas, infecções, traumatismos dentários e outras emergências bucais.

Atendimento de Enfermagem: A equipe de enfermagem é fundamental na triagem (classificação de risco), realização de procedimentos (curativos, administração de medicamentos, sondagens), monitoramento de pacientes e educação em saúde.

2. Atividades de Urgência/Emergência

Este é o serviço principal da unidade. Inclui:

Recepção e Classificação de Risco (Triagem): Primeiro contato do paciente com a unidade, onde um enfermeiro avalia a gravidade do caso e define a prioridade de atendimento (Protocolo de Manchester ou similar).

Consultórios Médicos: Locais para o atendimento individualizado, avaliação clínica e prescrição de condutas.

Sala de Reanimação (Sala Vermelha): Equipada com recursos para atendimento a pacientes críticos, em risco iminente de morte, necessitando de suporte avançado de vida (ex: parada cardiorrespiratória, choque, grandes traumas).

Sala de Observação: Dividida em:

Observação de Curta Duração: Para pacientes que necessitam de algumas horas de monitoramento, hidratação ou medicação endovenosa antes da alta ou decisão de encaminhamento.

Observação de Longa Duração (Leitos de Estabilização): Para pacientes que requerem mais tempo de observação, aguardando resultados de exames ou vaga para internação hospitalar, com monitoramento contínuo da equipe.

Sala de Procedimentos: Para realização de pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, suturas, imobilizações, drenagens de abscessos, etc.

3. Ambulatório

Com base na estrutura organizacional e no plano de gestão do Hospital Regional São Vicente de Paula (HRSVP), apresento a descrição detalhada do

funcionamento do Serviço Ambulatorial, um componente vital para a integração do hospital com a rede de saúde e para a continuidade do cuidado ao paciente.

Serviço Ambulatorial de Especialidades

1. Missão e Objetivos

A missão do Serviço Ambulatorial é prover atendimento especializado, diagnóstico e terapêutico, de forma programada e regulada, atuando como a principal ponte entre a Atenção Primária (UBS) e os serviços de maior complexidade do hospital.

Seus objetivos são:

Atuar como referência técnica para os profissionais da Atenção Primária.

Resolver problemas de saúde que necessitam de avaliação especializada, mas não de internação.

Realizar o acompanhamento pré e pós-operatório de pacientes cirúrgicos.

Reduzir a procura inadequada pelo serviço de urgência e emergência.

Garantir a contra-referência qualificada do paciente para sua Unidade Básica de Saúde de origem.

2. Fluxo de Acesso e Jornada do Paciente

O acesso ao ambulatório é 100% regulado, garantindo equidade e priorização por critérios clínicos, e não por ordem de chegada.

A Porta de Entrada (Exclusivamente via UBS): O paciente é atendido na sua UBS de referência. O médico da Atenção Primária, ao identificar a necessidade de uma avaliação especializada, preenche um formulário de encaminhamento e insere a solicitação no Sistema Estadual ou Municipal de Regulação.

Agendamento Centralizado: A Central de Regulação analisa o pedido, classifica a prioridade e agenda a consulta na primeira vaga disponível no ambulatório do HRSVP. O paciente é informado sobre a data e o horário pela própria UBS.

O Dia da Consulta: O paciente comparece ao ambulatório do hospital com seu documento de identificação, cartão do SUS e o formulário de referência original. A recepção confirma o agendamento e o direciona para a sala de espera.

Atendimento: O paciente passa por uma breve pré-consulta com a equipe de enfermagem (aferição de sinais vitais, peso, altura) e, em seguida, é atendido pelo médico especialista.

Desfecho da Consulta: Ao final do atendimento, o médico define uma das seguintes condutas:

Alta e Contra-Referência: O caso é resolvido ou é estabelecido um plano de tratamento para ser seguido na UBS. O paciente recebe um relatório detalhado para entregar ao seu médico de referência na Atenção Primária.

Inclusão em Fila Cirúrgica: Caso seja indicado um procedimento cirúrgico, o paciente é encaminhado para a Avaliação Pré-Anestésica (APA) e seu nome é inserido na lista de espera gerenciada pela Central de Regulação Interna do hospital.

Solicitação de Exames: O paciente recebe os pedidos para exames de apoio diagnóstico, com orientação sobre como agendá-los.

Agendamento de Retorno: Se necessário, um novo atendimento é agendado no próprio ambulatório para acompanhamento.

3. Carteira de Serviços (Especialidades Ofertadas)

Cirurgia Geral: Avaliação pré-operatória de cirurgias eletivas (ex: hérnias, vesícula) e acompanhamento pós-alta para revisão de ferida operatória e retirada de pontos.

Ortopedia e Traumatologia: Acompanhamento de pacientes pós-trauma, reavaliação de fraturas em tratamento conservador, manejo de aparelhos gessados e indicação de reabilitação fisioterápica.

Ginecologia e Obstetrícia: Foco principal no acompanhamento de Pré-Natal de Alto Risco, referenciado pela Atenção Primária. Também realiza o acompanhamento pós-operatório de cirurgias ginecológicas.

Pediatria: Seguimento de casos pediátricos complexos que demandam investigação diagnóstica ou acompanhamento especializado contínuo.

Avaliação Pré-Anestésica (APA): Consulta obrigatória com o médico anesthesiologista para todos os pacientes com cirurgia eletiva agendada. Visa avaliar o risco cirúrgico e planejar a anestesia mais segura.

Ambulatório de Curativos Especiais: Unidade gerenciada pela equipe de enfermagem para o tratamento de feridas complexas (ex: pé diabético, lesões por pressão, feridas cirúrgicas com deiscência) que demandam cuidado especializado.

4. Estrutura de Chefia, Equipe e Horários

Descrição de Funcionamento: O serviço opera de forma programada, com agendas previamente definidas para cada especialista, otimizando o fluxo de pacientes e o uso dos consultórios.

Horário de Trabalho: 07:00 às 19:00, de segunda a sexta-feira. (Não funciona em feriados e fins de semana, por não ser um serviço de urgência).

4. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

O SADT na unidade é dimensionado para apoiar o diagnóstico e a decisão clínica em caráter de urgência.

Laboratório de Análises Clínicas: Realiza exames básicos e de urgência (hemograma completo, bioquímica, eletrólitos, gasometria, exames de urina, testes rápidos) para auxiliar no diagnóstico e monitoramento imediato.

Radiologia Convencional (Raio-X): Disponível 24 horas para exames de tórax, abdome, membros e coluna, fundamentais em casos de trauma e patologias respiratórias/abdominais agudas.

Eletrocardiograma (ECG): Realizado imediatamente em casos de dor torácica ou suspeita de problemas cardíacos.

Importante: A unidade não realiza exames de alta complexidade como tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia especializada ou endoscopias. Pacientes que necessitam desses exames são estabilizados e encaminhados para hospitais via Central de Regulação.

5. Centro Cirúrgico e UTI

Missão do Centro Cirúrgico

Ser o núcleo de resolução cirúrgica para a região do Baixo São Francisco, reconhecido pela segurança do paciente, eficiência operacional e cuidado humanizado, reduzindo a necessidade de transferências para a capital.

A. Portfólio de Serviços Cirúrgicos

O CC será estruturado para atender a procedimentos de baixa e média complexidade, com um foco claro em cirurgias eletivas e de urgência/emergência.

Cirurgias Eletivas (Agendadas):

Cirurgia Geral: Hérnias (inguinal, umbilical), colecistectomia (retirada da vesícula), postectomia, laqueadura.

Ginecologia: Histerectomia, cistos de ovário, perineoplastia.

Ortopedia: Correção de fraturas de baixa/média complexidade (rádio, ulna, tornozelo), artroscopias simples.

Obstetrícia: Cesarianas eletivas.

Cirurgias de Urgência e Emergência (Operação 24/7):

Trauma: Atendimento inicial e cirurgias para estabilização de pacientes politraumatizados (laparotomia exploradora, fixação externa de fraturas).

Abdome Agudo: Apendicite, úlceras perforadas, obstrução intestinal.

Obstetrícia: Cesarianas de emergência, gravidez ectópica.

B. Fluxo de Pacientes e Agendamento

O agendamento será centralizado para otimizar o uso das salas cirúrgicas e garantir a equidade no acesso.

Agendamento Eletivo:

Origem: O paciente deve ser encaminhado por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou pelo ambulatório do próprio hospital.

Consulta Pré-operatória: Passará por consulta com o cirurgião e, subsequentemente, por uma Consulta de Avaliação Pré-Anestésica (APA). Esta consulta é obrigatória e visa avaliar o risco cirúrgico, otimizar as condições do paciente e fornecer orientações.

Central de Regulação Interna: Com os exames e avaliações em mãos, o paciente entrará numa fila única, gerenciada pela Central de Regulação do hospital, que agendará o procedimento com base em critérios de prioridade clínica e ordem cronológica.

Acesso de Urgência:

Origem: Pacientes admitidos pelo Pronto-Socorro do hospital.

Protocolo de Comunicação: Haverá um protocolo de comunicação direta e rápida entre o médico emergencista e o cirurgião de plantão para decisão cirúrgica. O "Time de Resposta Rápida" será acionado para agilizar a preparação do paciente e da sala cirúrgica.

C. Protocolos de Segurança e Qualidade

A segurança do paciente será o pilar inegociável do nosso CC.

Checklist de Cirurgia Segura da OMS: Implementação mandatória em todos os procedimentos. A equipe fará as três pausas de segurança:

Sign In: Antes da indução anestésica.

Time Out: Antes da primeira incisão.

Sign Out: Antes do paciente sair da sala.

Protocolo de Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC):

Administração de antibiótico profilático na hora certa.

Controle rigoroso da esterilização de materiais pela Central de Material e Esterilização (CME).

Tricotomia (remoção de pelos) apenas quando necessária e com tricotomizador elétrico, imediatamente antes do procedimento.

Prevenção de TVP (Trombose Venosa Profunda): Protocolo de avaliação de risco e uso de profilaxia mecânica e/ou medicamentosa.

D. Indicadores de Desempenho (KPIs)

Taxa de suspensão de cirurgias: Meta < 5%.

Taxa de infecção de sítio cirúrgico: Monitoramento contínuo pela SCIH.

Tempo de giro de sala (Turnover): Tempo entre o fim de uma cirurgia e o início da outra.

Número de cirurgias realizadas por mês (separado por eletivas e urgências).

Missão da UTI

Oferecer suporte avançado à vida para pacientes críticos da região, com uma equipe multidisciplinar especializada, utilizando práticas baseadas em evidências para acelerar a recuperação, reduzir a mortalidade e humanizar o cuidado intensivo.

A. Perfil da Unidade e Critérios de Admissão

Capacidade Proposta: Iniciar com 10 leitos de UTI Adulto Geral. A estrutura física seguirá as normas da RDC nº 7 da ANVISA.

Perfil dos Pacientes: Pacientes com falência de um ou mais órgãos, que necessitem de monitoramento contínuo e/ou suporte avançado à vida (ex: ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas).

Critérios de Admissão e Alta:

Regulação por Prioridade: A admissão será regulada pelo médico intensivista chefe da UTI, com base em protocolos de priorização (ex: pacientes com maior chance de recuperação e benefício da terapia intensiva).

Origem: Pacientes do Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico ou transferidos das enfermarias.

Alta: Pacientes com estabilidade clínica, que não necessitem mais de vigilância intensiva, serão transferidos para a enfermaria, com um plano de cuidados claro para a equipe que o receberá.

B. Modelo de Cuidado: A Equipe Multidisciplinar

O funcionamento da UTI será baseado na atuação integrada da equipe, com papéis bem definidos.

Equipe Fixa:

Médico Intensivista: 1 para cada 10 leitos por turno (médico diarista/rotineiro e plantonistas).

Enfermeiro Intensivista: 1 para cada 2 leitos (padrão-ouro para segurança).

Fisioterapeuta: Presença obrigatória 24 horas por dia, focado em terapia respiratória, prevenção de complicações e mobilização precoce.

Técnicos de Enfermagem: 1 para cada 2 leitos.

Equipe de Apoio: Acesso a nutricionista, farmacêutico clínico e psicólogo.

C. Rotina e Protocolos Assistenciais

Round Multidisciplinar Diário: Todas as manhãs, a equipe se reunirá à beira-leito para discutir cada paciente, revisar o diagnóstico, o plano terapêutico e estabelecer metas diárias. Isso garante que todos estejam alinhados.

Protocolo de Prevenção de Infecções:

Bundle de Prevenção de PAV (Pneumonia Associada à Ventilação): Inclui cabeceira elevada, higiene oral com clorexidina e interrupção diária da sedação.

Bundle de Prevenção de IPCSL (Infecção Primária da Corrente Sanguínea): Checklist rigoroso para inserção e manutenção de cateteres venosos centrais.

Protocolo de Sepsis: Implementação do pacote de sobrevivência da "Campanha de Sobrevivência à Sepsis", com metas claras para serem atingidas na primeira hora após o diagnóstico. Este protocolo é prioritário, dado o cenário de saneamento da região.

Protocolo de Desmame da Ventilação Mecânica: Conduzido ativamente pela equipe de fisioterapia e enfermagem para reduzir o tempo de intubação.

D. Humanização e Comunicação com a Família

Reconhecemos que a família é parte fundamental da recuperação do paciente.

Boletim Médico: Horário fixo para o médico intensivista conversar com a família, explicando a evolução do quadro de forma clara e honesta.

Visita Ampliada: Implementaremos uma política de visitação flexível, permitindo a presença da família por períodos mais longos, conforme as condições do paciente e da unidade.

Comunicação Psicológica: Apoio psicológico tanto para pacientes (quando possível) quanto para familiares durante o período de internação.

E. Indicadores de Desempenho (KPIs)

Taxa de Mortalidade Padronizada (SMR): Compara a mortalidade observada com a esperada pelo perfil de gravidade dos pacientes (ex: usando o índice APACHE II).

Densidade de incidência de PAV e IPCSL.

Tempo médio de permanência na UTI.

Taxa de readmissão na UTI em 48h.

A implementação deste plano de funcionamento transformará o Centro Cirúrgico e a UTI em unidades de alta confiabilidade, garantindo que o Hospital Regional São Vicente de Paula cumpra sua missão de salvar vidas e cuidar da saúde da população.

6. Unidade de Internação (Enfermarias)

Missão da Unidade de Internação

Acolher os pacientes em um ambiente seguro e terapêutico, fornecendo cuidado multiprofissional de excelência focado na recuperação da saúde e na preparação para um retorno seguro ao lar, em comunicação constante com a rede de atenção primária.

A. Estrutura e Organização das Enfermarias

Para otimizar o cuidado e a especialização da equipe, as enfermarias serão setorizadas por linha de cuidado:

Enfermaria de Clínica Médica: Destinada a pacientes com patologias clínicas, como doenças cardiorrespiratórias, metabólicas e infecciosas. Será o principal destino de pacientes admitidos pelo Pronto-Socorro.

Enfermaria de Clínica Cirúrgica: Acolherá pacientes no pré e, principalmente, no pós-operatório, garantindo a continuidade do cuidado iniciado no Centro Cirúrgico.

Enfermaria Pediátrica: Ambiente lúdico e adaptado para o cuidado de crianças, com leitos para acompanhantes em tempo integral e foco em doenças sazonais e infecciosas comuns na infância.

Enfermaria Obstétrica (Alojamento Conjunto): Focada no cuidado de puérperas e recém-nascidos, promovendo o vínculo mãe-bebê, o aleitamento materno e oferecendo orientações para os primeiros cuidados em casa.

B. Modelo de Cuidado: O Paciente no Centro

O cuidado será gerenciado por uma equipe multiprofissional coesa, que trabalha de forma integrada.

Equipe de Referência:

Médico Hospitalista (Diarista): Em cada enfermaria clínica, haverá um médico responsável por conduzir os casos do início ao fim da internação. Este profissional realizará a visita diária, definirá o plano terapêutico e será o ponto de contato principal para a equipe e a família, garantindo a continuidade do cuidado.

Enfermeiro Gestor do Cuidado: O enfermeiro será o principal responsável por gerenciar o plano de cuidados de um grupo de pacientes, desde a administração de medicamentos e curativos até o planejamento da alta.

Equipe Multiprofissional: Fisioterapeutas (com foco na reabilitação motora e respiratória), nutricionistas (avaliando e prescrevendo a dieta adequada), técnicos de enfermagem, farmacêutico clínico (atuando na segurança da medicação) e assistente social (avaliando o contexto social e planejando a desospitalização segura).

C. A Jornada do Paciente: Rotinas e Protocolos

A jornada do paciente será padronizada para maximizar a segurança e a eficiência.

Admissão Segura:

Toda admissão (vinda do PS, CC ou UTI) será acompanhada de um handover estruturado, utilizando a ferramenta SBAR (Situação, Breve Histórico, Avaliação, Recomendação) para garantir que nenhuma informação crítica seja perdida.

O paciente será recebido pela equipe de enfermagem, que fará a conferência da identificação (pulseira com nome completo e data de nascimento), avaliação inicial e orientação sobre o funcionamento da unidade.

Plano Terapêutico e Rotina Diária:

Round Diário: O médico hospitalista, junto com o enfermeiro, conduzirá a visita à beira-leito, discutindo a evolução, ajustando o plano e estabelecendo metas diárias.

Horários Estruturados: Haverá horários definidos para administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, fisioterapia e avaliação nutricional, criando uma rotina previsível e organizada.

Segurança do Paciente: Serão implementados protocolos rigorosos:

Prevenção de Quedas: Todos os pacientes serão avaliados quanto ao risco de queda na admissão, e medidas preventivas (grades elevadas, leito baixo, campainha acessível) serão aplicadas.

Prevenção de Lesão por Pressão: Avaliação de risco (Escala de Braden) e implementação de cuidados como mudança de decúbito e uso de superfícies de alívio de pressão.

Segurança na Medicação: A farmácia clínica fará a reconciliação medicamentosa (comparar medicamentos de casa com os prescritos) e a equipe seguirá à risca os 5 Certos (Paciente Certo, Medicamento Certo, Dose Certa, Via Certa, Hora Certa).

D. Planejamento da Alta: Começa na Admissão

A alta hospitalar é um processo, não um evento. O objetivo é garantir que o paciente retorne para casa com segurança e com todo o suporte necessário.

Plano de Alta Multiprofissional: Desde o primeiro dia, a equipe começará a planejar os critérios para a alta. O assistente social avaliará a necessidade de suporte familiar ou social.

Orientações Claras: Antes da alta, o paciente e sua família receberão orientações detalhadas, por escrito e verbalmente, sobre:

Receitas e como tomar os medicamentos.

Cuidados com curativos ou dispositivos.

Sinais de alerta que indicam a necessidade de procurar um serviço de saúde.

Agendamento de consultas de retorno.

Contrarreferência (elo com a Atenção Primária): O hospital enviará um Relatório de Alta para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem do paciente.

Esse documento informará o diagnóstico, o tratamento realizado e o plano de acompanhamento, garantindo que o cuidado continue na comunidade.

E. Humanização e Experiência do Paciente

Política de Visitas e Acompanhantes: Será estabelecida uma política de visitas flexível, reconhecendo a importância do apoio familiar na recuperação. Será garantido o direito a acompanhante para crianças, idosos e pessoas com necessidades especiais, conforme a legislação.

Comunicação Efetiva: A equipe será treinada para se comunicar de forma clara, empática e respeitosa, mantendo paciente e família sempre informados sobre o plano de cuidados.

Gestão de leitos: A Central de Regulação Interna fará a gestão ativa dos leitos, otimizando o fluxo de pacientes, reduzindo o tempo de espera no pronto-socorro e garantindo que cada paciente esteja na enfermaria adequada à sua necessidade.

Ao estruturar as enfermarias com base nesses pilares, o Hospital Regional São Vicente de Paula não apenas tratará doenças, mas cuidará de pessoas, assegurando uma recuperação digna e uma transição segura de volta para suas vidas.

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

PROFISSIONAL	VINCULO	PERÍODO	QTDE P/ TURNO	QTDE TOTAL	REGIME	QTDE HORAS MÊS	QTDE HORAS SEMANA	HORAS NOT MÊS	SALÁRIO / VALOR
Diretor Geral	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		12.000,00
Coordenador Administrativo	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		6.000,00
Coordenador de RH	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		6.000,00
Faturista	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		3.500,00
Aux. De Produção	CLT	Diurno	2	2	40h	200	40		2.500,00
Coordenador de compras	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		6.000,00
Aux. de compras	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		1.900,00
Aux. Administrativo	CLT	Diurno	2	2	40h	60	12		1.900,00
Analista de TI	CLT	Diurno	2	2	40h	60	12		3.725,00
Recepcionista	CLT	Noturno	3	12	12x36	180	36	135	1.800,00
Enfermeiro Coordenador	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		6.000,00
Enfermeiro noturno	CLT	Noturno	6	24	12x36	180	36	135	4.750,00
Enfermeiro diurno	CLT	Diurno	6	24	12x36	180	36		4.750,00

PROFISSIONAL	VINCULO	PERÍODO	QTDE P/ TURNO	QTDE TOTAL	REGIME	QTDE HORAS MÊS	QTDE HORAS SEMANA	HORAS NOT MÊS	SALÁRIO / VALOR
Enfermeiro CCIH	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		4.750,00
Técnico de Enfermagem noturno	CLT	Noturno	8	32	12x36	180	36	135	3.325,00
Técnico de Enfermagem diurno	CLT	Diurno	8	32	12x36	180	36		3.325,00
Auxiliar de Enfermagem noturno	CLT	Noturno	6	24	12x36	180	36	135	2.900,00
Auxiliar de Enfermagem diurno	CLT	Diurno	6	24	12x36	180	36		2.900,00
Coordenador de Farmácia	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		6.000,00
Farmacêutico	CLT	Noturno	2	8	12x36	180	36	135	4.000,00
Aux. De farmácia	CLT	Noturno	1	4	12x36	180	36	135	2.000,00
Coordenador de RX	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		6.000,00
Técnico de RX	CLT	Noturno	2	8	12x36	180	36	135	3.060,00
Fisioterapeuta	CLT	Diurno	2	2	30h	150	30		3.400,00
Nutricionista	CLT	Diurno	2	2	40h	200	40		3.400,00
Assistente Social	CLT	Diurno	1	1	30h	150	30		3.250,00
Psicólogo	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		3.400,00
Coordenador de Serviços Gerais	CLT	Diurno	1	1	40h	200	40		6.000,00
Auxiliar de Serviços Gerais	CLT	Noturno	20	80	12x36	180	36	135	1.900,00

PROFISSIONAL	VINCULO	QTDE P/ TURNO	QUANT. HORAS TOTAL	REGIME	QUANT. HRS MÊNSAIS POR PROFISSIONAL	SALÁRIO / VALOR
Coordenador médico	PJ	1	200	40h semanais		60,00
Médico Plantonista	PJ	3	1098	24h		190,00
Clínico Geral	PJ	2	366	24h		190,00
Cirurgião Geral	PJ	2	976	16h		190,00
Ortopedista	PJ	1	244	8h diárias (7 dias na semana)		190,00
Anestesiologista	PJ	2	732	12h		190,00
Ginecologista/obstetra	PJ	3	1098	12h		190,00
Pediatra/neonatalogista	PJ	2	1464	24h		190,00
Radiologista	PJ	1	732	24h		190,00
Cardiologista	PJ	1	732	sobreaviso 24h		90,00
Neurologista	PJ	1	732	sobreaviso 24h		90,00
Infectologista	PJ	1	732	sobreaviso 24h		90,00
Nefrologista	PJ	1	732	sobreaviso 24h		90,00
Cirurgião vascular	PJ	1	732	sobreaviso 24h		90,00
Ortopedista	PJ	1	732	sobreaviso 24h		90,00
Anestesiologista	PJ	1	732	sobreaviso 24h		90,00
Cirurgião geral	PJ	1	732	sobreaviso 24h		90,00

Serviços de terceiros:

Serão disponibilizados postos de cobertura 24h de profissionais para os seguintes serviços terceirizados:

3. Serviços terceirizados		
3.1. Limpeza e asseio	2,94%	150.000,00
3.2. Nutrição e dietética	2,35%	120.000,00
3.3. Lavanderia	1,57%	80.000,00
3.4. CME	0,88%	45.000,00
3.5. Manutenção de equipamentos	1,08%	55.000,00
3.6. Outros (especificar)	0,00%	-
TOTAL	8,82%	450.000,00

1.15. Descrição do sistema de qualificação profissional: treinamento, capacitação, educação em saúde

O desenvolvimento do capital humano de uma instituição é um dos elementos essenciais para o alcance do melhor desempenho dos resultados esperados, bem como para a inovação dos processos e atividades gerados pelo serviço, com vistas a melhoria da qualidade de vida da população e a otimização do uso dos recursos materiais disponíveis.

Prova de que o IDEAS possui preocupação e realiza ações diretamente voltadas para desenvolvimento do seu capital humano é que o Instituto possui Portal Próprio com cursos oferecidos na modalidade online aos seus colaboradores, além de ter uma área específica para gestão de educação para os profissionais, promovendo encontros presenciais de acordo com a necessidade de cada local em que o IDEAS faz gestão.

Após o processo de contratação se finalizado o colaborador recebe login e senha para acesso ao Portal podendo acessar pelo site <https://ensino.ideas.med.br/login> como demonstramos na imagem a seguir:



Fonte: Site IDEAS 2024. Imagem real da tela de acesso / login do Portal de Ensino IDEAS.

Na área da saúde, a preocupação com a formação e a capacitação dos profissionais de saúde faz-se presente desde os anos de 1960. Com os avanços científicos e tecnológicos que contribuíram para a evolução das práticas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde das pessoas, impactando diretamente na expectativa de vida da população, o reconhecimento da necessidade de preocupar-se com a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde que são fundamentais para o aprimoramento dos serviços oferecidos pela instituição, tornou-se um ponto central para a gestão dos serviços (BRASIL, 2018).

Frente a este contexto, em 2004 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198, que surgiu com a perspectiva de criar estratégias para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde com capacidade para intervir na sua realidade a partir das necessidades e recursos locais (BRASIL, 2004).

Em 2007, foi publicada a Portaria nº 1.996, que reafirmou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, considerando as características de cada região e, principalmente, as necessidades de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde (BRASIL, 2007).

A educação permanente em saúde é entendida como a educação no trabalho e pelo trabalho, sendo que o processo formativo deve emergir das

necessidades do serviço, por meio de um processo ativo e problematizador que permita o desenvolvimento das competências dos profissionais, objetivando a prospecção e elaboração alternativas para superação dos problemas e desafios presentes, bem como o aprimoramento do serviço, com foco na qualidade da assistência e na otimização do uso dos recursos disponíveis, que irão impactar diretamente na universalidade do acesso a saúde para toda a população, e ainda, na qualidade de vida da comunidade assistida por este serviço e de seus profissionais (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A educação permanente em saúde compreendida como prática transformadora e problematizadora, que pauta-se na realidade dos serviços e promove integração entre o universo do ensino e do trabalho, contribuindo para a democratização nas relações institucionais que pode ser estratégica para o fortalecimento das relações entre a população, os trabalhadores e os gestores (MICCAS; BATISTA).

Outro aspecto recorrente quando se trabalha a partir dos pressupostos da educação permanente em saúde é sua relação com as equipes multiprofissional e interdisciplinar, vindo ao encontro das prerrogativas do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas, articulando os processos de trabalho para intervir melhorando as práticas de saúde e a organização do trabalho, objetivando corresponder às necessidades de saúde da população (MICCAS; BATISTA).

Para o fortalecimento do trabalho interprofissional, a educação interprofissional em saúde tem sido foco de debates no âmbito nacional e internacional, sendo esta uma potencialidade para a transformação do trabalho em saúde que frequentemente permanece centrado nas práticas uniprofissionais. A educação interprofissional em saúde é considerada uma intervenção na qual os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos interativamente, com a finalidade de melhorar a colaboração no cuidado dos usuários. Tal interação na aprendizagem requer a participação ativa, com a troca de conhecimentos entre diferentes áreas profissionais (CAIPE, 2017; TOASSI, 2017).

Frente a este contexto, propõem-se um Plano de Desenvolvimento e Capacitação para os profissionais, visando o desenvolvimento profissional e o aprimoramento da qualidade assistencial e melhoria contínua das ações e serviços desenvolvidos.

Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de Plano de Educação Permanente para os profissionais da unidade de saúde, por meio do contrato de gestão com o IDEAS.

Objetivos Específicos

Implantar um programa de capacitação admissional para os novos colaboradores da unidade de saúde.

Implantar um programa anual de capacitação e desenvolvimento profissional, voltado para o desenvolvimento de competências profissionais e processos de trabalho da unidade.

Realizar a avaliação de reação, referente ao grau de satisfação dos participantes quanto a atividade educativa desenvolvida ao final do próprio evento.

Realizar a avaliação da aprendizagem, referente a aferição do aproveitamento dos participantes com relação a atividade desenvolvida.

Elaborar indicadores para acompanhamento do plano de desenvolvimento e capacitação.

Elaborar relatórios, mensais e anuais, sobre as atividades desenvolvidas e os resultados das avaliações e dos indicadores.

Metodologia

A operacionalização da educação permanente em saúde fundamenta-se nos pressupostos da problematização e da aprendizagem significativa, visando o desenvolvimento dos profissionais com consciência crítica e reflexiva, com competências para intervir e transformar as práticas locais e a organização do trabalho, tendo como foco a qualidade da assistência, a satisfação dos usuários e a otimização do uso dos recursos disponíveis (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; BRASIL, 2018).

A problematização tem como ponto central a indissociabilidade entre a teoria e o campo de práticas, parte da situação da realidade social observada que provoca questionamento, a partir do qual se desenha o quadro conceitual que permite uma análise teórica do problema e a formulação de hipóteses norteadoras que culminam em uma síntese com o intuito de intervir e ou transformar a realidade em questão (FUJITA et al, 2016).

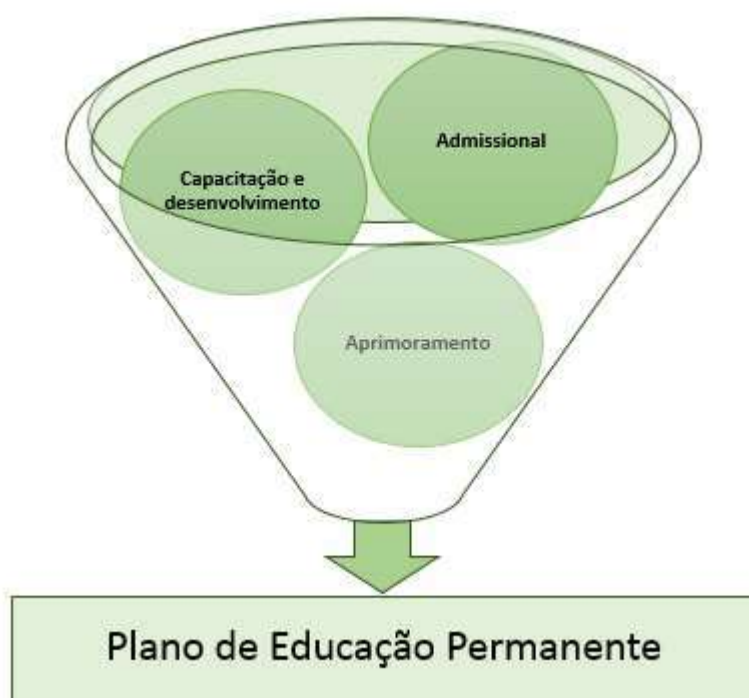
A aprendizagem significativa, fundamenta-se na premissa que um novo conhecimento será assimilado pela pessoa que o recebe a partir do momento que esta nova informação interage com as estruturas dos conhecimentos prévios, integrando novas informações em um complexo processo pelo qual aquele que aprende adquire conhecimento (SILVA, 2020).

Neste Plano de Educação Permanente para os profissionais que atuam na RUE Santo André, propõem-se o uso de estratégias educativas presenciais e ou distância. Ambas as estratégias possuem grande potencial de promover oportunidades de aprendizado e consequentemente de desenvolvimento e formação profissional, sendo que a estratégia de ensino a distância por meio de plataformas virtuais de aprendizagem favorece a flexibilização dos períodos em que o profissional irá realizar a atividade educativa, oportunizando que cada colaborador desenvolva o processo proposto no melhor horário para sua concentração e organização das atividades laborais.

Destaca-se que o IDEAS dispõe de plataforma virtual de aprendizagem para formação dos profissionais de saúde, para atender as necessidades específicas dos serviços.

Para a operacionalização deste plano propõem-se a execução de três eixos, conforme disposto na Figura 1:

Figura 1: Ilustração do Plano de Educação Permanente em Saúde e seus eixos de atividades.



- Eixo admissional: com atividades educativas direcionadas para a inserção e aproximação dos novos colaboradores com as políticas e rotinas institucionais, sendo esta uma etapa obrigatória do processo admissional.

- Eixo de capacitação e desenvolvimento: com atividades educativas direcionadas para as necessidades de aprimoramento dos profissionais de acordo com as necessidades de desenvolvimento de competências profissionais e de assistência da unidade.
- Eixo de aprimoramento: atividades educativas direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores da unidade.

A avaliação das atividades, será desenvolvida por meio de avaliação de reação (para avaliar a satisfação dos participantes com a atividade) e avaliação de aprendizagem (para avaliar o aproveitamento dos participantes com a atividade desenvolvida).

Eixo treinamento admissional

Este eixo destina-se ao desenvolvimento de atividades educativas direcionadas para a inserção e aproximação dos novos colaboradores com as políticas e rotinas institucionais, sendo esta uma etapa obrigatória do processo admissional.

No Quadro 1, apresenta-se uma proposta de treinamento admissional. O treinamento admissional é composto por uma carga horária de 8 a 16 horas dependendo da categoria profissional, sendo que sua realização acontecerá de modo constante, sempre que houver a entrada de um novo colaborador na instituição. Para tanto utilizar-se-á o formato a distância.

Quadro 1: Proposta de treinamento admissional para os novos colaboradores da unidade de saúde.

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
Rede de Urgência e Emergência.	Contextualizar sistema de saúde local relacionado à RUE, com destaque as situações epidemiológicas da região de saúde.	Todos os colaboradores	30	On-line

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
IDEAS	Contextualizar a missão, visão e valores que movem o IDEAS	Todos os colaboradores	30	On-line
Políticas do SUS	Apresentar as principais políticas do Sistema Único de Saúde: Lei 8080/1990, Lei 8142, Política Nacional de Atenção às Urgências	Todos os colaboradores	60	On-line
Política Nacional de Humanização (PNH)	Reconhecer os princípios e diretrizes da PNH, bem como as definições do acolhimento com classificação de risco	Todos os colaboradores	60	On-line
Sistemas de registro de informações em saúde	Reconhecer a importância dos sistemas de registro de informações em saúde, bem como o impacto do preenchimento incompleto dos sistemas para a unidade	Todos os colaboradores	60	On-line
Segurança do paciente	Conhecer a Política Nacional de Segurança do Paciente, principais incidentes presentes na atenção à saúde,	Todos os colaboradores	60	On-line

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	medidas de prevenção			
Controle de infecção	Conhecer os elementos para o desenvolvimento de uma infecção, importância dos microrganismos multirresistentes e medidas de prevenção de infecções	Todos os colaboradores	60	On-line
Segurança do trabalhador	Conhecer as definições da NR 32, principais riscos relacionados ao trabalho em ambiente de assistência à saúde, os equipamentos de proteção individual e coletiva, acompanhamento periódico de saúde, medidas de prevenção de acidentes	Todos os colaboradores	60	On-line
Resíduos de serviços de saúde	Conhecer as definições institucionais para o gerenciamento de resíduos do serviço de saúde, a classificação dos resíduos e o tipo de	Todos os colaboradores	60	On-line

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	destino para cada tipo de resíduo			
Primeiro contato com o usuário	Identificar condutas-chaves que favoreçam a criação de vínculo e empatia com o usuário, visando a satisfação do cliente	Equipe da recepção e segurança	120	On-line
Processo de admissão e alta de paciente	Conhecer os procedimentos que devem ser realizados no momento da admissão e da alta do paciente da unidade	Equipe de enfermagem	60	On-line
Cuidados no tratamento de feridas	Conhecer os tipos de coberturas e materiais específicos para o tratamento de feridas disponíveis na instituição, bem como cuidados no momento do preparo do leito da ferida	Equipe de enfermagem	60	On-line
Prevenção de quedas	Conhecer os principais fatores de risco para o paciente sofrer uma queda dentro do serviço de saúde e as medidas de prevenção	Equipe de enfermagem	60	On-line
Identificação segura	Conhecer o protocolo do Ministério da	Equipe de enfermagem	60	On-line

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	Saúde de Identificação segura e conhecer o protocolo e os procedimentos institucionais para a identificação segura dos pacientes			
Segurança na administração de medicamentos	Conhecer os certos para a administração de medicamentos e o protocolo institucional de segurança na administração de medicamentos	Equipe de enfermagem	60	On-line
Anotação/evolução de enfermagem	Reconhecer a importância da descrição clara e objetiva de todas as informações relacionadas a assistência ao paciente	Equipe de enfermagem	60	On-line
Dispensação segura de medicamentos	Reconhecer os riscos relacionados a dispensação de medicamentos e as medidas para a prevenção dos riscos	Equipe da farmácia	60	On-line
Controle de estoque e medicamentos que necessitam de refrigeração	Identificar os procedimentos necessários para o controle de estoque, bem como cuidados específicos com	Equipe da farmácia	60	On-line

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	medicamentos que necessitam de refrigeração			
Limpeza e desinfecção de superfícies e ambientes	Conhecer a classificação das áreas da unidade, bem como os procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies e ambientes de acordo com o risco relacionado à área	Equipe de higienização	60	On-line
Segregação dos resíduos em serviços de saúde	Conhecer a classificação dos resíduos de serviços de saúde, bem como os procedimentos internos para segregação de resíduos no local de geração dos mesmos	Equipe de higienização	60	On-line
Transporte de resíduos em serviços de saúde	Conhecer os cuidados relacionados ao processo de transporte de resíduos dentro do serviço de saúde	Equipe de higienização	60	On-line
Uso de equipamentos de proteção individual e coletiva	Conhecer os equipamentos de proteção individual e coletiva e reconhecer o momento em cada	Equipe de higienização	60	On-line

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	um deve ser empregado			

Eixo de capacitação e desenvolvimento

Este eixo tem como intuito manter ativo um constante processo de capacitação e desenvolvimento dos profissionais que atuam no serviço de saúde, por meio de atividades educativas direcionadas para as necessidades de desenvolvimento de competências profissionais e de assistência da unidade.

No Quadro 2, apresenta-se uma proposta inicial de atividades educativas direcionadas para a capacitação e desenvolvimento dos profissionais e da assistência. As atividades serão realizadas em módulos mensais, cuja carga horária será variável de acordo com o objetivo definido para a atividade. Estas atividades ocorrerão com uma frequência mensal, sendo que cada tema será trabalhado ao longo de trinta dias. Para tanto utilizar-se-á o formato a distância, com execução de atividades presenciais complementares quando necessário.

Ressalta que esta é uma proposta inicial de treinamento interno, pois ao iniciar as atividades o IDEAS fará a análise e validação desta proposta junto aos profissionais da unidade, utilizando para isto pesquisa interna com os colaboradores e com os coordenadores e líderes de áreas. Após as adaptações será iniciada a implementação deste plano.

Quadro 2: Proposta de treinamento interno para os colaboradores unidade de saúde.

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
Higiene de mãos	Identificar os momentos para realização da higiene de mãos	Todos os colaboradores	90	On-line

	e a técnica para higiene de mãos com água e sabonete ou com álcool em gel, entre outros aspectos importantes			
Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	Identificar os diferentes recipientes para a segregação dos resíduos no serviço de saúde, conhecer os diferentes tipos de resíduos e os riscos relacionados a cada tipo	Todos os colaboradores	120	On-line
Conduta em caso de acidente com material biológico	Conhecer os principais risco de acidente com material biológico e a conduta que deve ser seguida caso um acidente ocorra	Todos os colaboradores	120	On-line
Reanimação Cardiorespiratória – atendimento a PCR.	Conhecer o protocolo institucional de parada cardiorrespiratória, bem como a função de cada membro da	Equipe de enfermagem e médica	180	On-line e presencial

	equipe no atendimento			
Curso de SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (ACLS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial
Curso de SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA (PALS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial
Curso de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AO TRAUMA (PHTLS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial
Controle de infecções relacionadas à assistência à saúde	Conhecer a cadeia epidemiológica de transmissão de infecção e as principais medidas que devem ser adotadas para quebrar a cadeia de transmissão	Equipe de enfermagem e médica	180	On-line
Segurança do paciente	Conhecer os protocolos institucionais de segurança do paciente e o procedimento para notificação de incidentes	Todos os colaboradores	240	On-line

Prevenção de infecção de sítio cirúrgico (foco em procedimentos de emergência)	Conhecer os fatores que influenciam no aumento do risco de infecção de sítio cirúrgico, bem como as medidas de prevenção	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line
Limpeza de materiais no CME	Conhecer o conceito de carga microbiana e a influência de cada etapa do processo de limpeza da sua redução, bem como os produtos e materiais utilizados neste processo	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line
Controle de processo de esterilização	Conhecer todos os tipos de controle de processo de esterilização e como devem ser avaliados para atestar a qualidade do processo e segurança no uso do material	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line
Acolhimento com classificação de risco	Conhecer a importância do acolhimento com	Equipe de enfermagem	240	On-line

		classificação de risco, bem como os protocolos relacionados			
Segurança na administração de medicamentos	na de	Conhecer os certos para a administração de medicamentos e o protocolo institucional de segurança na administração de medicamentos	Equipe de enfermagem	180	On-line
Cuidados com o tratamento de feridas		Conhecer os tipos de coberturas e materiais específicos para o tratamento de feridas disponíveis na instituição, bem como cuidados no momento do preparo do leito da ferida	Equipe de enfermagem	120	On-line
Grupos sanguíneos e transfusão sanguínea		Conhecer os grupos sanguíneos, possíveis interações e compatibilidades, testes e cuidados para o preparo de um bolsa para transfusão	Equipe de enfermagem	120	On-line

Transfusão sanguínea	Cuidados necessários durante a transfusão sanguínea, bem como documentação do processo. Conduta em casa de reação transfusional	Equipe de enfermagem	120	On-line
Preparo do paciente para realização de exames diagnósticos	Conhecer os tipos de exames realizados na instituição e tipos de preparo para exames mais comuns	Equipe de enfermagem	120	On-line
Uso de equipamentos de proteção individual (EPI)	Reconhecer as situações de risco que cada EPI deve ser utilizado, cuidados na paramentação e desparamentação	Equipe de enfermagem	120	On-line
Segregação de resíduos de serviços de saúde	Conhecer a classificação dos resíduos de serviços de saúde, bem como os procedimentos internos para segregação de resíduos no local	Equipe de higienização	180	On-line

	de geração dos mesmos			
Transporte e destino final dos resíduos de serviços de saúde	Conhecer os cuidados relacionados ao processo de transporte de resíduos dentro do serviço de saúde e cuidados com o abrigo externo e carros de transporte	Equipe de higienização	180	On-line
Limpeza e desinfecção de ambientes	Conhecer os conceitos de limpeza e desinfecção, os tipos de produtos usados para cada finalidade, técnica de limpeza e de desinfecção	Equipe de higienização	180	On-line
Conhecendo os ambientes do serviço de saúde	Conhecer a classificação dos ambientes de um serviço hospitalar, bem como os riscos relacionados a cada local e os cuidados para a segurança do paciente e do profissional	Equipe de higienização	120	On-line

Uso de equipamento de proteção individual e coletiva	Conhecer os equipamentos de proteção individual e coletiva e reconhecer o momento em cada um deve ser empregado	Equipe de higienização	180	On-line
Tipos de dietas e cuidados no preparo de alimentos	Conhecer os diferentes tipos de dietas para pacientes, indicações e riscos relacionados a troca de dietas, bem como cuidados no manuseio e preparo de alimentos no ambiente hospitalar	Equipe de nutrição / enfermagem	300	On-line
Identificação segura e cuidados na distribuição de dietas	Conhecer o protocolo de identificação segura do paciente e os cuidados para distribuição segura de dietas	Equipe de nutrição / enfermagem	120	On-line
Prevenção de quedas de pacientes durante a fisioterapia	Conhecer os principais fatores de risco para o paciente sofrer uma queda dentro do serviço	Equipe de fisioterapia	180	On-line

	de saúde e as medidas de prevenção durante a fisioterapia			
Prevenção de infecções durante sessões de fisioterapia	Risco relacionados a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde e as medidas de prevenção de infecções durante a fisioterapia	Equipe de fisioterapia	180	On-line
Riscos e cuidados no manuseio de documentos	Conhecer a cadeia epidemiológica de transmissão de infecção e riscos relacionados a transmissão de infecções no ambiente hospitalar, bem como medidas de prevenção	Equipe da recepção e administrativas	180	On-line
Cordialidade no atendimento/acolhimento inicial dos usuários	Identificar principais condutas que proporcionam a empatia e a criação de vínculo com o usuário, condutas e falas	Equipe da recepção, administrativas e segurança	180	On-line

	para demonstrar maior cordialidade no acolhimento dos usuários			
Comportamentos de risco para condutas agressivas	Identificar comportamentos que sugerem conduta sequencial agressiva, bem como procedimento de abordagem e condução da situação	Equipe de segurança	180	On-line
Abordagem e de imobilização de pessoas agressivas	Conhecer os riscos relacionados ao procedimento de imobilização de uma pessoa, momentos em que deve utilizada e cuidados na sua realização	Equipe de segurança	180	On-line
Controle de estoque e validade de materiais e medicamentos da farmácia	Conhecer a importância do processo de controle de estoque quanto a quantidade e validade dos medicamentos, procedimentos na identificação de produtos	Equipe da farmácia	180	On-line

	próximos a validade			
Armazenamento de medicamentos termo e fotossensíveis	Conhecer a necessidade de cuidados especiais com medicamentos termo e fotossensíveis	Equipe da farmácia	180	On-line
Distribuição segura de medicamentos potencialmente perigosos	Conhecer as medicações classificadas como potencialmente perigosas e os cuidados necessários para a dispensação segura destas medicações	Equipe da farmácia	180	On-line
Prescrição segura de medicamentos	Identificar os principais cuidados necessários no momento de realização de uma prescrição de medicamentos considerando os riscos envolvidos para o paciente	Equipe médica	60	On-line
Prescrição racional de antimicrobianos	Reconhecer a problemática da resistência microbiana e a influência da prescrição	Equipe médica	120	On-line

	indiscriminada de antibiótico para este contexto, conhecer a importância do descalonamento de antibiótico			
Emissão de atestados	Identificar os critérios que justificam a emissão de um atestado médico e as consequências jurídicas e sociais desta ação	Equipe médica	120	On-line
Referência e contra referência dos usuários	Reconhecer a rede de atenção à saúde regional, bem como os instrumentos e caminhos para a comunicação e interação com os demais pontos da rede, bem como documentação do processo assistencial para encaminhamento do paciente	Equipe médica e de enfermagem	180	On-line

Eixo de aprimoramento

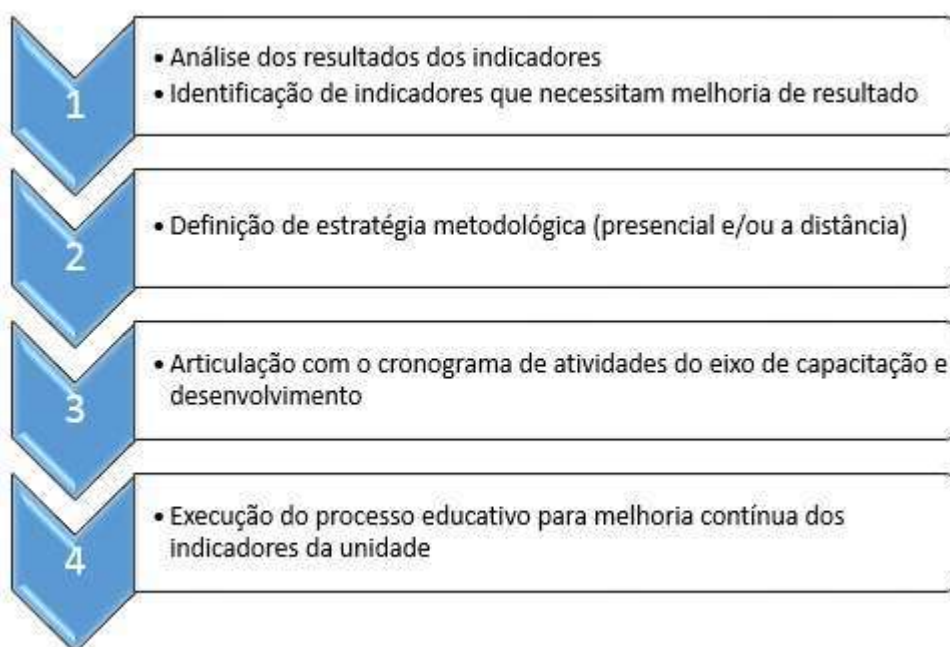
Neste eixo as atividades educativas serão direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores que estejam com resultados desfavoráveis.

Para a operacionalização desta etapa tem-se a previsão de a partir dos resultados dos indicadores, assistenciais e de gestão, sempre que houver necessidade de melhorar o resultado de um indicador, desenvolver um processo de formação em serviço, articulando atividades presenciais e a distância, para trabalhar caminhos para a melhoria dos resultados. Na Figura 2 apresenta-se a descrição da operacionalização deste processo.

A frequência esperada é que a análise dos indicadores para a determinação de um novo processo de formação em serviço, será realizado a cada três meses, intercalando com a previsão de atividades educativas do eixo de capacitação e desenvolvimento.

No Quadro 3, apresenta-se a estrutura de proposta de um novo processo de formação em serviço.

Figura 2: Descrição da operacionalização do processo de aprimoramento por meio da análise dos indicadores da unidade de saúde.



Quadro 3: Proposta de estrutura para organização e planejamento de um processo de formação em serviço.

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária	Tipo

Modelo de documento, IDEAS 2024.

Avaliação das atividades e resultados esperados

A avaliação das atividades, será desenvolvida por meio de avaliação de reação e avaliação de aprendizagem.

A avaliação de reação é destinada à avaliar a satisfação dos participantes com a atividade desenvolvida, sendo realizada ao final de cada atividade e processo formativo por meio de um instrumento padrão de avaliação. Neste instrumento estarão contidas informações relacionadas a qualidade do conteúdo abordado, tempo de treinamento, tipo de estratégia utilizada, recursos audiovisuais empregados, possibilidade de aplicar o conteúdo abordado no treinamento no ambiente de trabalho.

A avaliação de aprendizagem, tem o intuito de avaliar o aproveitamento dos participantes com relação a atividade desenvolvida. Esta avaliação será realizada de modo customizado para cada atividade desenvolvida de acordo com os objetivos propostos para a ação.

Indicadores do Plano de Educação Permanente

Para acompanhamento do Plano de Educação Permanente, serão realizados alguns indicadores:

- Número de treinamentos desenvolvidos mensalmente.
- Número de profissionais que participaram de algum treinamento em um mês.
- Quantidade de horas treinamentos desenvolvidos mensalmente.
- Quantidade de horas treinamento desenvolvidos por profissional.

- Média da nota de avaliação da aprendizagem por treinamento segundo categoria profissional.

- Média da nota de avaliação da aprendizagem por profissional segundo treinamentos por ele realizado por trimestre.

Os indicadores serão fechados mensalmente e trimestralmente, de acordo com a característica de cada indicador.

As metas para os indicadores são:

- Os profissionais que realizam assistência direta ao paciente devem ter no mínimo uma oportunidade de treinamento por mês.

- Os profissionais administrativos e de apoio devem ter no mínimo uma oportunidade de treinamento a cada dois meses.

- Os profissionais que realizam assistência direta ao paciente devem contabilizar no mínimo 3 horas treinamento por mês.

- Os profissionais das áreas administrativas e de apoio devem realizar na média semestral no mínimo 1,5 horas de treinamento por mês.

Avaliação e relatório do Plano de Educação Permanente

A avaliação deste plano se dará por meio do acompanhamento dos indicadores de acompanhamento do Plano de Educação Permanente, e ainda, dos indicadores assistenciais e de gestão, que possuem relação direta e/ou indireta com as ações deste Plano.

Será elaborado relatório mensal sobre as atividades desenvolvidas, os resultados das avaliações e dos indicadores, compartilhando-o com as coordenações e lideranças da unidade para análise conjunta e colaborativa entre todos, buscando encontrar possibilidades de melhoria e aprimoramento deste Plano e das atividades assistenciais.

Referências

Silva JB. A Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel: uma análise das condições necessárias. Research, Society and Development, v. 9, n. 4, e09932803, 2020.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública 2014;48(1):170-185. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004498

Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

Brasil. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004;

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Diário Oficial da União 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2017. United Kingdom: CAIPE, 2017.

Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. Esc Anna Nery 2017;21(4):e20160317.

Fujita JALM, et al. Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez no ensino sobre brinquedo terapêutico. Rev. Port. de Educação. v. 29, n.1, 2016.

Em atendimento aos elementos técnicos trazidos no Termo de Referência o IDEAS abordará neste tópico a estruturação da sistemática de aplicação de critérios de qualidade.

1.16. Descrição dos critérios de remuneração direta e indireta, identificação pessoal e uniformização dos recursos humanos

A gestão de recursos humanos no Hospital Regional São Vicente de Paula será estruturada para atrair, reter e motivar profissionais qualificados, garantindo um ambiente de trabalho justo e padronizado. Isso se reflete nos modelos de remuneração e na política de identificação e uniformização.

1. Critérios de Remuneração Direta

A remuneração direta compreende os valores monetários pagos diretamente aos colaboradores em troca de seu trabalho.

Salário Base: Determinado pela função, cargo, nível de escolaridade e complexidade das atividades, em conformidade com as tabelas salariais de mercado para o setor da saúde e as convenções coletivas de trabalho aplicáveis.

Adicionais de Insalubridade e Periculosidade: Pagos aos profissionais que, por força de suas atividades na unidade, estão expostos a agentes nocivos à saúde ou a situações de risco de vida, conforme legislação vigente (Normas Regulamentadoras - NR do Ministério do Trabalho). Os percentuais são calculados sobre o salário-mínimo ou salário-base, dependendo do grau de exposição.

Horas Extras: Remuneração adicional por horas trabalhadas além da jornada regular, com os acréscimos legais previstos em lei ou acordo coletivo.

Adicional Noturno: Pagamento suplementar para profissionais que trabalham em período noturno, com percentual definido pela legislação trabalhista ou acordos específicos.

Gratificações e Bônus por Desempenho: Poderão ser implementados modelos de remuneração variável atrelados ao atingimento de metas de qualidade, produtividade e satisfação do paciente, previamente estabelecidas no Contrato de Gestão e nos contratos individuais ou coletivos. Estes incentivos visam reconhecer e recompensar a excelência e o comprometimento da equipe com os objetivos da unidade.

2. Critérios de Remuneração Indireta (Benefícios)

A remuneração indireta refere-se aos benefícios e vantagens não monetárias que agregam valor ao pacote de compensação dos colaboradores.

Vale-Transporte: Fornecido para custear o deslocamento do colaborador entre residência e local de trabalho, conforme legislação.

Vale-Refeição ou Alimentação: Benefício para cobrir despesas com alimentação durante a jornada de trabalho.

Programas de Capacitação e Desenvolvimento Profissional: Investimento em cursos, treinamentos e workshops para aprimoramento contínuo das habilidades e conhecimentos da equipe, contribuindo para o crescimento profissional e a qualidade do atendimento.

Convênios e Parcerias: Descontos e condições especiais em instituições de ensino, academias, farmácias e outros serviços.

3. Identificação Pessoal dos Recursos Humanos

A identificação clara dos profissionais é essencial para a segurança, a comunicação e a confiança dos pacientes e da equipe.

Crachá de Identificação: Cada colaborador portará um crachá visível contendo, no mínimo:

Nome Completo do Profissional: Para fácil reconhecimento.

Função/Cargo: Para indicar a área de atuação (ex: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Técnico de Radiologia, etc.).

Número de Registro Profissional (quando aplicável): Como CRM, COREN, etc., para validação da habilitação profissional.

Logotipo do Hospital Regional São Vicente de Paula e da Gestora: Para identificação da instituição.

Hierarquia Visual: Em algumas situações, o crachá pode conter cores ou elementos visuais que ajudem a identificar rapidamente a categoria profissional (ex: bordas coloridas para médicos, enfermeiros, etc.), facilitando a comunicação interna.

Padronização na Comunicação: Orientações para que os profissionais se apresentem aos pacientes pelo nome e função, reforçando a identificação e humanizando o atendimento.

4. Uniformização dos Recursos Humanos

A uniformização da equipe contribui para a higiene, segurança, profissionalismo e padronização da imagem da unidade.

Uso Obrigatório de Uniforme: Todos os colaboradores, especialmente os da área assistencial e de apoio direto ao paciente, utilizarão uniformes fornecidos pela gestão da unidade.

Padrão de Cores e Modelos: Os uniformes seguirão um padrão de cores e modelos que podem indicar a área ou função (ex: cor específica para enfermagem, para médicos, para equipe de limpeza, etc.), facilitando a distinção visual.

Higienização e Manutenção: A responsabilidade pela higienização dos uniformes será definida em política interna, podendo ser do colaborador ou da unidade, com diretrizes claras para garantir a biossegurança.

Adequação à Função: Os uniformes serão projetados para serem confortáveis, permitir a movimentação necessária para a realização das tarefas e proteger o profissional e o paciente (ex: tecidos resistentes, bolsos funcionais).

Regras de Acessórios e Adornos: Políticas claras sobre o uso de joias, esmaltes, maquiagem e tipo de calçado, visando a biossegurança e a imagem profissional.

Esses critérios visam não apenas a conformidade com as regulamentações, mas também a construção de um ambiente de trabalho que valoriza o profissional, garante a segurança e a confiança dos pacientes, e promove a excelência no atendimento no Hospital Regional São Vicente de Paula.

1.17. Poderão ser acrescentadas 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

1.17.1 Plano de Implantação: Programa de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente no Hospital Regional São Vicente de Paula. Este programa visa identificar, analisar, avaliar, tratar e monitorar os riscos assistenciais e não assistenciais que podem impactar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços na unidade.

1. Alcance do Programa

O programa de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente terá abrangência total sobre todas as áreas e processos do Hospital Regional São Vicente de Paula, incluindo:

Processos Assistenciais: Desde a recepção, classificação de risco, atendimento médico e de enfermagem, administração de medicamentos, realização de exames, até a alta ou transferência do paciente.

Processos de Apoio: Gestão de estoque de medicamentos e insumos, manutenção de equipamentos, limpeza e desinfecção, e transporte de pacientes.

Infraestrutura e Ambiente: Segurança física das instalações, prevenção de infecções e gestão de resíduos.

Recursos Humanos: Capacitação contínua, cultura de segurança e bem-estar da equipe.

O foco será tanto na prevenção de eventos adversos (erros de medicação, quedas, infecções relacionadas à assistência) quanto na resiliência do sistema para aprender com as falhas quando elas ocorrerem, transformando-as em oportunidades de melhoria.

2. Metodologia de Implantação

A metodologia será baseada em ciclos de melhoria contínua (PDCA - Plan, Do, Check, Act) e nas diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) da ANVISA e do Ministério da Saúde.

Fase 1: Diagnóstico e Mapeamento de Riscos (Mês 1-2)

Formação de Comitê de Segurança do Paciente: Criação de um comitê multiprofissional com representantes da diretoria, médicos, enfermeiros, farmácia, laboratório e áreas de apoio.

Levantamento e Mapeamento de Processos: Análise detalhada dos fluxos de trabalho da unidade para identificar pontos críticos e potenciais falhas.

Análise Preliminar de Riscos (APR): Utilização de ferramentas como a Matriz de Risco (probabilidade x impacto) para identificar os riscos mais relevantes e priorizá-los.

Cultura de Notificação: Sensibilização e treinamento da equipe para a importância da notificação voluntária de incidentes e eventos adversos (com ou sem dano) em um sistema não punitivo, focado na aprendizagem.

Fase 2: Elaboração e Implementação de Planos de Ação (Mês 3-6)

Definição de Metas e Indicadores: Estabelecimento de metas claras de redução de riscos e indicadores de segurança do paciente (ex: taxa de quedas, taxa de infecção de sítio cirúrgico em pequenos procedimentos, erros de medicação).

Criação de Protocolos e POPs (Procedimentos Operacionais Padrão): Desenvolvimento ou revisão de protocolos assistenciais e de apoio com foco na segurança (ex: protocolo de identificação do paciente, protocolo de cirurgia segura para pequenos procedimentos, protocolo de prevenção de quedas).

Treinamento e Capacitação: Treinamento intensivo de toda a equipe sobre os novos protocolos, cultura de segurança e uso do sistema de notificação.

Implantação de Ferramentas de Segurança: Início da utilização de ferramentas como dupla checagem de medicamentos, pulseiras de identificação, check-lists.

Fase 3: Monitoramento, Avaliação e Melhoria Contínua (A partir do Mês 7)

Análise de Eventos Adversos: Análise aprofundada dos eventos notificados (ex: através de Diagrama de Ishikawa, Análise da Causa Raiz) para entender os fatores contribuintes e evitar a recorrência.

Relatórios Periódicos: Geração de relatórios de desempenho e segurança do paciente para o Comitê de Segurança, diretoria da unidade e Secretaria de Saúde.

Revisão e Atualização: Revisão periódica dos protocolos e planos de ação com base nos resultados do monitoramento e novas evidências.

Engajamento da Equipe: Campanhas de sensibilização e reconhecimento para manter a equipe engajada e promover uma cultura de segurança robusta.

Cronograma:

Fase	Período Estimado	Atividades Chave
Planejamento Diagnóstico	Mês 1 - 2	Formação do Comitê, Mapeamento de Processos, APR, Sensibilização da equipe
Desenvolvimento Implementação	Mês 3 - 6	Definição de Metas, Elaboração de Protocolos, Treinamento, Início da Notificação
Monitoramento e Melhoria Contínua	Mês 7 em diante	Análise de Eventos, Relatórios, Revisão de Protocolos, Engajamento da Equipe

Orçamento: Sem custo adicional ao contrato

1.17.2. Plano de Implantação: **Programa Conecta: Cuidado Integral na Rede.** Este programa visa criar um fluxo de comunicação e referência/contrarreferência robusto entre o Hospital Regional São Vicente de Paula, as Unidades de Pronto Atendimento e as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município, garantindo que o paciente seja atendido no nível de atenção adequado às suas necessidades.

1. Alcance do Programa

O programa abrangerá todas as UBSs, unidades e o Hospital, focando em:

Educação em Saúde: Capacitar a população sobre o uso correto dos serviços de saúde.

Fluxos de Referência e Contrarreferência: Otimizar o encaminhamento de pacientes entre a APS e a unidade.

Comunicação Integrada: Estabelecer canais eficazes de comunicação entre as equipes.

Qualidade do Atendimento: Melhorar a resolutividade em ambos os níveis de atenção.

2. Metodologia de Implantação

A metodologia será baseada em etapas claras, com participação ativa de ambas as partes.

Fase 1: Mapeamento e Diagnóstico (Mês 1-2)

Comitê de Integração APS-UPA: Criar um comitê permanente com representantes da gestão da unidade, coordenadores das UBSs e da Secretaria de Saúde.

Mapeamento de Fluxos Atuais: Analisar os atuais fluxos de referência e contrarreferência, identificando gargalos e desvios de rota (ex: pacientes da APS buscando a unidade para casos não urgentes).

Pesquisa de Satisfação e Percepção: Realizar levantamentos com pacientes e profissionais sobre a percepção da integração e os desafios existentes.

Definição de Indicadores de Integração: Estabelecer métricas como taxa de contrarreferência efetivada, número de encaminhamentos indevidos para a unidade, taxa de absenteísmo na APS após alta da unidade.

Fase 2: Desenvolvimento de Protocolos e Ferramentas (Mês 3-5)

Protocolos de Encaminhamento: Desenvolver ou revisar protocolos claros para que as UBSs saibam quando e como referenciar um paciente para a unidade, e a unidade saiba quando e como contrarreferenciar para a UBS. Isso incluirá a padronização de formulários de referência/contrarreferência.

Capacitação Cruzada: Promover workshops e treinamentos conjuntos para as equipes da unidade e da APS, abordando:

Classificação de Risco na UPA: Para que a APS entenda a lógica do pronto atendimento.

Manejo de Condições Agudas na APS: Reforçar a capacidade da APS de resolver casos que não precisam da UPA.

Uso do Prontuário Eletrônico: Garantir que ambos os lados saibam registrar e acessar informações relevantes para a continuidade do cuidado.

Criação de Canais de Comunicação Direta: Implementar ferramentas como grupos de mensagens seguros (para troca rápida de informações não confidenciais), ou sistemas de teleconsultoria entre médicos da UPA e da APS para discussão de casos.

Fase 3: Implantação e Monitoramento (A partir do Mês 6)

Sessões Educativas para a Comunidade: Promover palestras e campanhas nas UBSs e na UPA para educar a população sobre o papel de cada serviço e o uso correto da rede de saúde (ex: "Qual serviço procurar para cada caso?").

Piloto dos Novos Fluxos: Iniciar a aplicação dos novos protocolos em algumas UBSs e na UPA, ajustando-os conforme o feedback.

Monitoramento Contínuo: O Comitê de Integração se reunirá mensalmente para analisar os indicadores, discutir os casos de difícil manejo e propor ajustes.

Reuniões de Feedback: Realizar reuniões periódicas entre as equipes da UPA e das UBSs para trocar experiências e promover a melhoria contínua da integração.

Cronograma:

Fase	Período Estimado	Atividades Chave
Planejamento Diagnóstico	Mês 1 - 2	Formação do Comitê, Mapeamento de Fluxos, Pesquisas, Definição de Indicadores.
Desenvolvimento Ferramentas	Mês 3 - 5	Criação de Protocolos, Capacitação Cruzada, Implementação de Canais de Comunicação.
Implantação e Monitoramento	Mês 6 em diante	Campanhas Educativas, Piloto dos Fluxos, Monitoramento de Indicadores, Reuniões.

Orçamento: Sem custo adicional ao contrato

1.17.3. Plano de Implantação: **Programa Hospital-Hospital: Transição Segura do Cuidado.** Este programa visa otimizar os processos de referência e contrarreferência entre o hospital e os hospitais de referência, assegurando uma transição de cuidado fluida, segura e eficiente para os pacientes que necessitam de maior complexidade assistencial.

1. Alcance do Programa

O programa abrangerá o Hospital Regional São Vicente de Paula e os hospitais de referência para a região, focando em:

Comunicação Integrada: Fortalecer os canais de comunicação entre as equipes dos hospitais.

Fluxos de Transferência: Padronizar e otimizar os processos de solicitação de vaga, aceitação e transporte de pacientes.

Contrarreferência: Garantir o retorno de informações relevantes do hospital e, se pertinente, para a Atenção Primária.

Qualidade e Segurança na Transição: Reduzir erros e eventos adversos durante a transferência de pacientes.

2. Metodologia de Implantação

A metodologia será colaborativa, envolvendo gestores e equipes assistenciais da UPA e dos hospitais, baseada em um ciclo de melhoria contínua.

Fase 1: Mapeamento e Diagnóstico (Mês 1-2)

Comitê Interinstitucional UPA-Hospital: Criação de um comitê de integração com representantes da gestão da unidade, da Secretaria de Saúde e das direções clínicas/técnicas dos hospitais de referência.

Mapeamento de Fluxos Atuais: Análise detalhada dos processos de solicitação de vagas, aceitação, transporte e contrarreferência, identificando os principais gargalos, atrasos e falhas de comunicação.

Análise de Dados de Transferência: Avaliação de indicadores como tempo médio de espera por vaga, taxa de recusa de leitos, ocorrência de eventos adversos durante o transporte e tempo de permanência na unidade aguardando transferência.

Reuniões de Feedback Cruzado: Realizar encontros entre as equipes da unidade e dos hospitais para discutir casos complexos e desafios na transição do cuidado.

Fase 2: Desenvolvimento de Protocolos e Ferramentas (Mês 3-5)

Protocolos de Referência e Contrarreferência Padronizados: Elaborar ou revisar protocolos claros para:

Solicitação de Vaga: Padronizar as informações necessárias na solicitação (quadro clínico, exames realizados, justificativa da transferência).

Aceitação de Vaga: Definir critérios claros e tempo-resposta para a aceitação ou recusa de vagas pelos hospitais.

Transporte Inter-hospitalar: Padronizar a checagem de equipamentos de transporte, a estabilização do paciente antes do deslocamento e a documentação que acompanha o paciente.

Contrarreferência: Estabelecer a obrigatoriedade do hospital de destino enviar um resumo da internação, diagnóstico e conduta para a unidade (e se necessário, para a UBS de origem) após a alta ou óbito do paciente.

Fortalecimento da Central de Regulação: Trabalhar em conjunto com a Central de Regulação de Leitos para otimizar o processo, garantir transparência e priorização baseada na gravidade clínica.

Capacitação Integrada: Promover treinamentos conjuntos para as equipes da unidade e dos hospitais sobre os novos protocolos, comunicação eficaz e uso do sistema de regulação.

Criação de Canais de Comunicação Direta: Implementar ou aprimorar canais de comunicação seguros e ágeis entre os médicos reguladores da unidade e dos hospitais para discussões de casos e agilização de decisões.

Fase 3: Implantação e Monitoramento (A partir do Mês 6)

Piloto dos Novos Fluxos: Implementar os novos protocolos em fases, começando com hospitais específicos ou tipos de caso, ajustando conforme a necessidade.

Monitoramento Contínuo: O Comitê Interinstitucional se reunirá mensalmente para analisar os indicadores de integração, identificar novos gargalos e propor ações corretivas.

Auditorias de Transição: Realizar auditorias periódicas nos processos de transferência e contrarreferência para verificar a adesão aos protocolos e a qualidade das informações trocadas.

Sessões de Feedback e Reconhecimento: Promover encontros regulares para celebrar os avanços e reconhecer o esforço das equipes na melhoria da integração.

Cronograma:

Fase	Período Estimado	Atividades Chave
Planejamento Diagnóstico	e Mês 1 - 2	Formação do Comitê, Mapeamento de Fluxos, Análise de Dados, Reuniões de Feedback.
Desenvolvimento Ferramentas	de Mês 3 - 5	Criação de Protocolos, Fortalecimento da Regulação, Capacitação Integrada, Canais de Comunicação.
Implantação Monitoramento	e Mês 6 em diante	Piloto dos Novos Fluxos, Monitoramento de Indicadores, Auditorias, Feedback contínuo.

Orçamento: Sem custo adicional ao contrato

2. Implantação dos Fluxos

2.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, não restritas e externas

Compreendendo Circulação das áreas

O significado da palavra circulação, segundo a literatura, refere-se ao movimento de um líquido num organismo, ao deslocamento de pessoas ou veículos e à movimentação de mercadorias ou dinheiro. Na área da arquitetura, o termo circulação é utilizado frequentemente para denominar o conjunto de elementos de um edifício destinado ao movimento de pessoas.

Obviamente, não poderemos deixar de abordar o ato de circular destas pessoas, suprimentos e resíduos dentro da Unidade, o que trataremos também através dos termos movimento, fluxo ou deslocamento. Estes termos designarão, assim, o circular dos diferentes usuários, pacientes externos, pacientes internos, visitantes, corpo clínico e funcionários, bem como o transporte de suprimentos - remédios, alimentos, equipamentos, materiais, e resíduos, lixo, cadáveres, etc.

As circulações de uma unidade ditam sua conformação física, não somente pela necessidade de diminuição dos trajetos, como de separação, ou controle, de certos tipos de fluxos.

Dentre as linhas de tráfego mais importantes a serem consideradas no Hospital, destacam-se as seguintes:

- Pacientes externos;
- Pacientes internos;
- Visitantes ou acompanhantes;
- Funcionários de apoio
- Pessoal médico e paramédico;
- Suprimentos
- Remoção de resíduos;
- Transporte de Cadáveres.

Ao analisarmos o elemento circulação dentro do Hospital podemos avaliar tanto sob o ponto de vista do visitante e paciente externo, usuários externos, quanto sob o ponto de vista do funcionário e paciente interno, usuários internos. Tendo em vista a complexidade dos sistemas de circulação, sob o ponto de vista dos usuários externos, preocupa-nos primordialmente a questão da orientação.

Já no que diz respeito aos usuários internos, principalmente o funcionário ou profissional da saúde, é de fundamental importância a avaliação dos excessivos deslocamentos realizados durante as jornadas de trabalho, principalmente porque estes implicam em sobrecargas físicas e psicológicas a estes profissionais.

Pacientes externos e visitantes

Assim, para os pacientes externos e visitantes, a questão primordial é a orientação. O modo através do quais as pessoas chegam ao seu destino ou se orientam no espaço tornasse difícil em unidades assistenciais que se parecem com labirintos. Isto é particularmente mais difícil para pessoas com dificuldade em reconhecer padrões e sinais, devido à doença ou estado emocional alterado, como é o caso de pacientes e visitantes. Estes aspectos, somados à falta de familiarização com o edifício, resultam em uma inquietação do usuário no que diz respeito a sua segurança.

A humanização das áreas de estar e circulação também podem contribuir para o bem-estar dos pacientes e visitantes, reduzindo a angústia e a insegurança causada pela falta de familiarização com o edifício e estado emocional alterado. O contato, mesmo que apenas visual, com o exterior através de aberturas ligadas às circulações, também auxilia na orientação dos usuários e é um importante meio de diminuir o stress emocional destes, assim como o uso de cores, a instalação de bancos, bebedouros e outros equipamentos, a utilização de uma iluminação agradável, a presença de TV, etc.

Funcionários

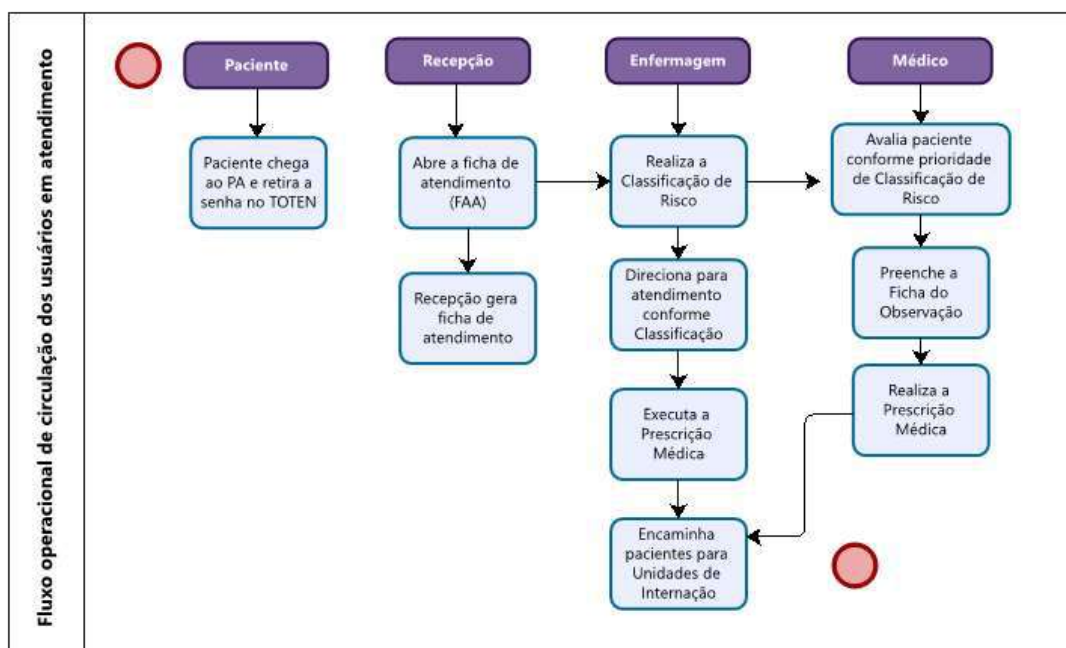
Ao longo da história da arquitetura de Unidades Assistenciais, as Instituições horizontais sofreram críticas em função das grandes distâncias a serem percorridas pelos funcionários resultantes dos extensos corredores configurados em seus sistemas de circulação, em comparação à economia de desgaste físico proporcionada pelos sistemas mecânicos de circulação, incorporados à anatomia vertical. À medida que as Instituições foram evoluindo, expandindo suas funções, as circulações foram aumentando e se tornando complexas.

Fluxo Operacional de Circulação dos Usuários em Atendimento

Descrição do fluxo de atendimento:

1. Após realização da ficha de atendimento pela recepção da unidade, paciente passa pela classificação realizada pelo profissional enfermeiro, após esta classificação,
2. O enfermeiro direciona a ficha de atendimento para o consultório médico de acordo com a clínica e classificação de risco do paciente.
3. O médico realiza consulta e/ou atendimento de urgência e emergência, procedendo assim a prescrição e evolução médica.
4. A enfermagem executa prescrição médica e faz lançamento no sistema de materiais e medicamentos utilizados e reabastece o setor.
5. Caso necessário paciente fica em observação na unidade ou transferido para outra unidade.

Diagrama operacional de circulação dos usuários em atendimento



Fluxo operacional de circulação dos usuários em áreas restritas

Descrição do fluxo:

Após o atendimento médico o paciente poderá ser encaminhado aos seguintes locais: sala de nebulização, sala de curativo, sala de raio x, sala de imobilização, sala de observação, sala de medicação.

Observações gerais:

- Os pacientes devem aguardar por atendimento nas áreas devidamente estabelecidas de acordo com sua classificação de risco.
- Somente pacientes que farão algum tipo de procedimento deverão circular pela área da sala de curativo.
- Não será permitida a entrada de acompanhantes durante o atendimento emergencial ao paciente grave.
- Menores de idade devem estar acompanhados pelo responsável legal.
- Idosos devem estar acompanhados.
- Acompanhantes de pacientes graves aguardarão na recepção da unidade;
- Paciente chega no Hospital, realiza cadastro e aguarda classificação de risco.
- Enfermagem realiza classificação de risco, classificando em vermelho, amarelo, verde e azul.
- Se paciente classificado em Vermelho, direcionamento para sala de emergência para atendimento imediato.
- Se paciente classificado em Amarelo, atendimento em até 1 hora.
- Se paciente classificado em Verde, retorna à sala de espera pelo atendimento médico em até 2 horas.
- Se paciente classificado em Azul, aguarda na sala de espera pelo atendimento médico em até 6 horas.
- O médico realiza consulta, procedendo assim a prescrição e evolução médica e determina a observação do paciente
- Enfermagem executa a prescrição médica, realiza exames laboratoriais e de imagem e solicita leito na Observação e a medicação solicitada.
- Enfermagem encaminha paciente com documentação para unidade de destino.
- Enfermagem realiza protocolos assistenciais e registra no sistema e no prontuário
- Solicita vaga de Internação através do Sistema de Regulação de Leitos

Diagrama operacional de circulação em áreas restritas

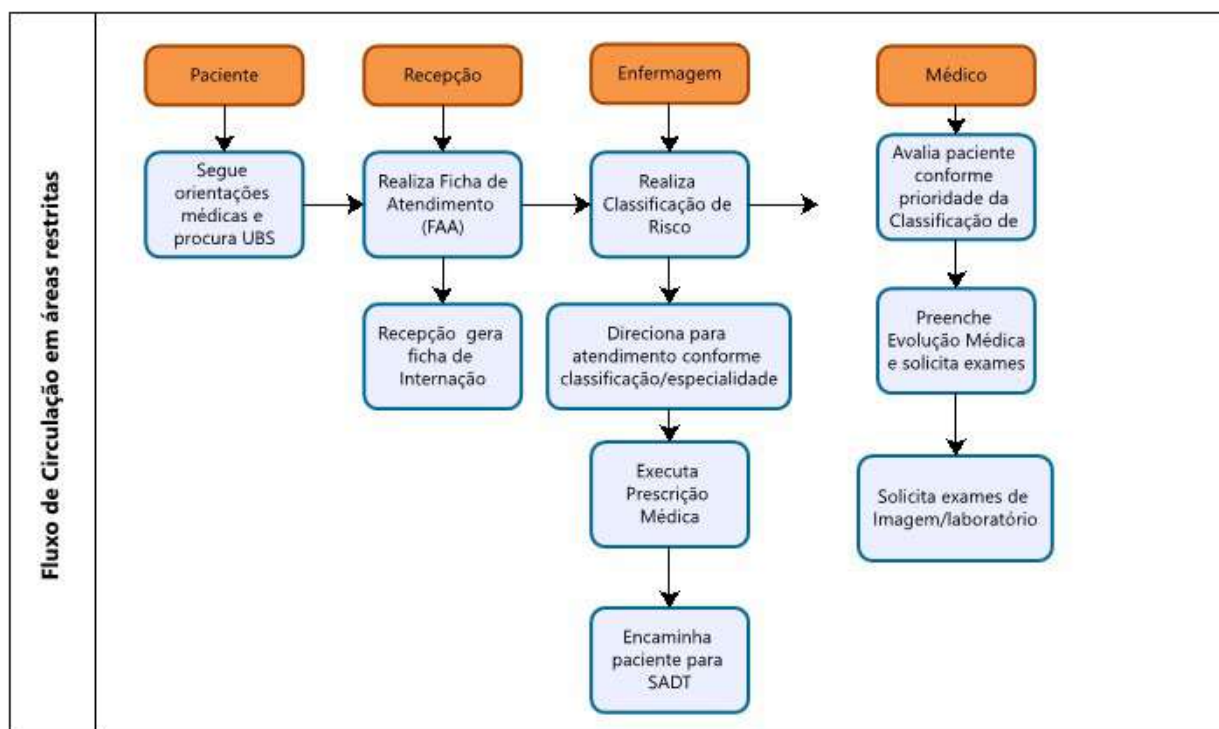


Diagrama operacional de Observação Clínica

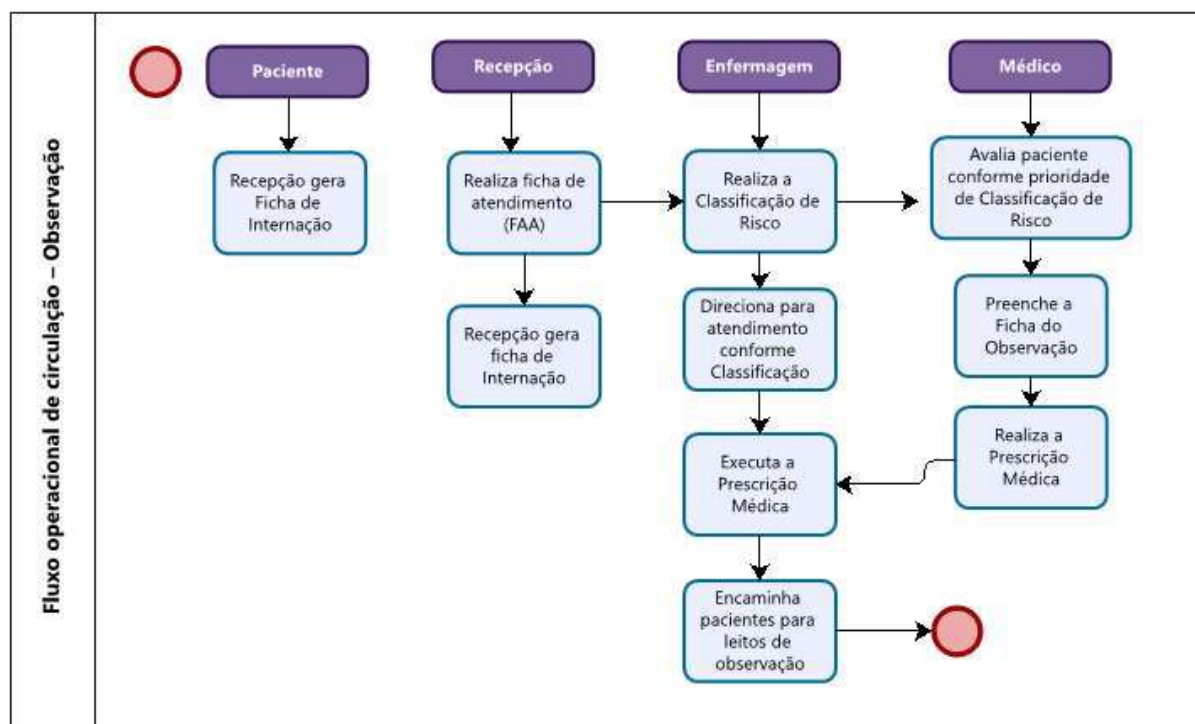


Diagrama Sala de Medicação

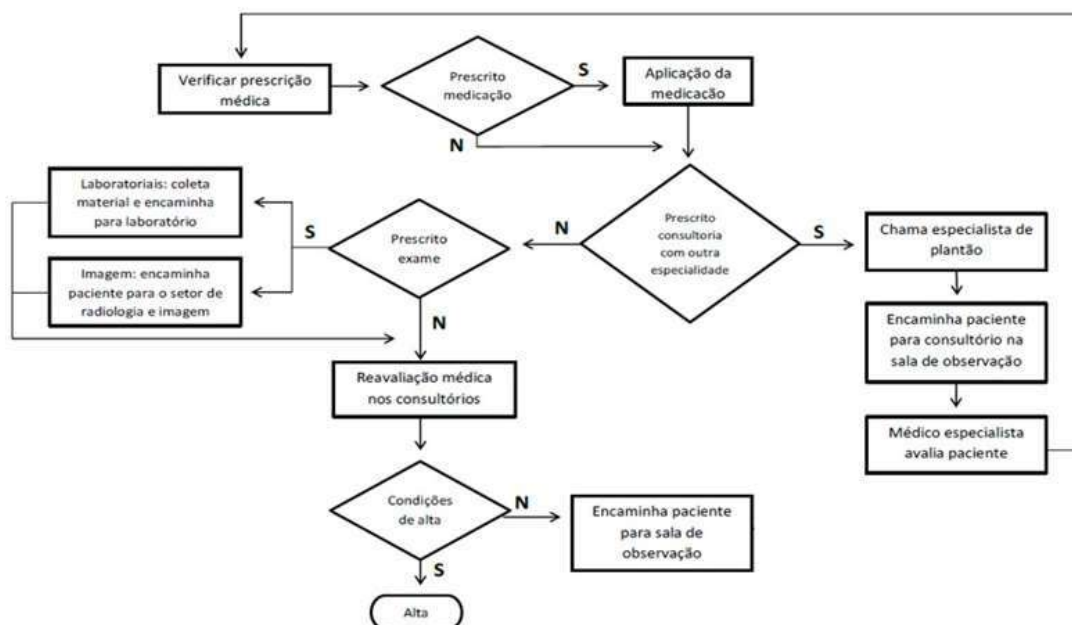
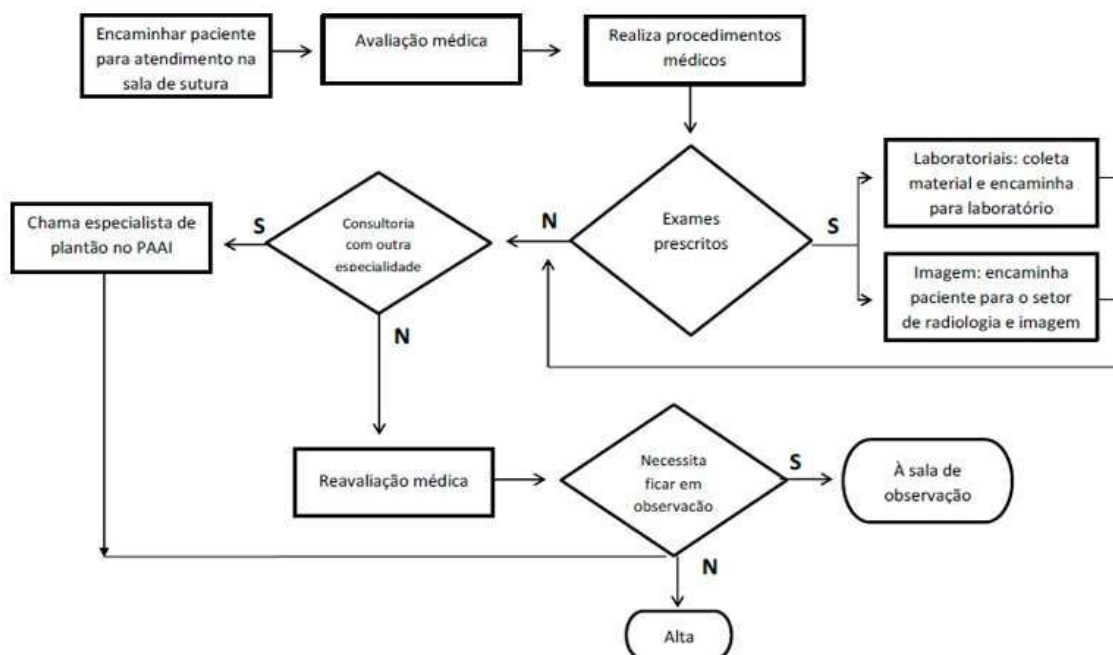


Diagrama Sutura e Curativo



2.2 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

O CME é uma unidade de apoio técnico a todas as unidades assistenciais, é responsável pelo processamento dos artigos, como instrumental, campos para procedimentos, etc. Esse processamento envolve: a limpeza, o preparo do artigo, o preparo da carga de esterilização, a esterilização, a guarda e distribuição dos artigos a todas as unidades consumidoras da unidade.

A Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 considera o CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de artigos médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios.

Assim entendemos que a equipe de enfermagem que trabalha nesse setor, presta uma assistência indireta ao paciente. Esta é tão importante quanto a assistência direta, que é realizada pela equipe de enfermagem que atende ao paciente.

A área física do CME deve permitir não só o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional do artigo, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, como também evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

Para o estabelecimento de um fluxo unidirecional, é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril). O acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

As atividades desenvolvidas pela Central de Material Esterilizado seguem a normatização da RDC nº 307 que determina as seguintes atividades básicas:

- Receber, desinfetar e separar os artigos médico-hospitalares;
- Realizar a lavagem dos artigos;
- Receber as roupas vindas da lavanderia;
- Preparar os artigos médico-hospitalares;
- Preparar as roupas em pacotes;
- Esterilizar as roupas e artigos hospitalares por meio de métodos físicos e/ou químicos;
- Realizar o controle biológico e de validade dos artigos esterilizados;
- Armazenar as roupas e artigos médico-hospitalares;
- Distribuir os materiais e pacotes de roupas esterilizadas;

- Proteger e zelar pela segurança dos profissionais que trabalham na Central de Materiais.

Descrição do Fluxo:

- Funcionário dos demais setores entregam material sujo na área externa da central de material e esterilização.
- Funcionário interno recebe material na área suja.
- Funcionário da área de esterilização prepara o material para esterilização.
- Funcionário da área de esterilização esteriliza o material de acordo com rotinas.
- Funcionário da área do arsenal distribui material para setores solicitantes.

Processos CME Limpeza:

É o processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de artigos e/ou superfícies, devendo ser realizada imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

Produtos:

- **Sabão Neutro:** facilita a retirada da sujidade seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujidade incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza;
- **Sabão Enzimático:** remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos;
- **Desincrustante:** proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vezes por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

Desinfecção:

É o processo físico ou químico que destrói todos os micro-organismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos artigos (exceto os micro-organismos esporulados).

Tipo de Desinfecção:

- **Baixo Nível:** é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não-lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa micro-organismo resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;
 - * **Álcool 70%:** desinfecção por fricção manual por 30 segundos – *Baixo Nível*;
- **Médio Nível (Intermediário):** tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;
 - * **Hipoclorito de sódio a 1%:** desinfecção em 30 minutos de imersão – *Médio Nível*;
- **Alto Nível:** destrói todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos;
 - * **Glutaraldeído:** desinfecção em 30 minutos de imersão – *Alto Nível*;
 - * **Ácido Peracético:** desinfecção em 10 minutos de imersão – *Alto Nível*.

CrITÉRIOS de indicação para Desinfecção de Artigos: baseada na classificação de artigos, segundo Spaulding, 1968:

- **Artigos críticos:** penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;
- **Artigos semicríticos:** destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras;
 - Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);
- **Artigos não críticos:** artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc.).

Esterilização: É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de micro-organismo presentes.

Reprocessamentos: É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção e esterilização.

Obs. Caso se decida pelo reprocessamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o artigo; identificação do artigo que foi reprocessado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos.

Reesterilização: É o processo de artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida.

Tipos de Esterilização:

- **Esterilização Física/Autoclave:** Processo de esterilização que utiliza alta temperatura de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia. Devem ser esterilizados por este processo todos os artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: artigos de borracha, tecidos, metais evidros);
- **Esterilização Química:** É o processo de esterilização por meio de imersão dos artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termos sensíveis. Produtos: Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);
- **Esterilização Físico-Química/Óxido e Etileno:** é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60°C (ex: materiais termos sensíveis que não podem passar por esterilização química).

Validade da Esterilização:

- **Papel Crepado:** 30 dias;
- **Papel grau cirúrgico:** 02 anos (ou de acordo com a validação do fabricante);
- **Tecido:** 07 dias (em autoclave);

- **Saco plástico / tecido:** 24 horas (esterilização química de material de uso ambulatorial);
- **Tecido:** imediato (esterilização química de material cirúrgico).

Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos). Os artigos de uso único não são passíveis de reesterilização, e, portanto, sua reutilização é proibida. (Resolução RDC Nº. 156/2006 e Resolução RE Nº. 2605/2006 ANVISA/MS).

Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

- As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;
- O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do artigo;
- Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;
- Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

- Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não os armazenar embaixo da pia e/ou locais úmidos;
- Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;

- Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;
- Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;
- Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);
- Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);
- Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;
- Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O₂);
- Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;
- Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverão ser encaminhados ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);
- Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; se contaminados deverão ser desprezados;
- Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:
 - * Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);
 - * Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico);
- Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado; armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo Hospital, quando buscá-los na CME;
- Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso);

Horário de Funcionamento do Expurgo:

10h – 11:30h; 13h – 14h; 16h – 18h; 24h – 1h; 05:30h – 06:40h.

Diagrama unidirecional de material estéril



2.3 Fluxo unidirecional para roupas

Descrição do Fluxo da Rouparia

O Setor de Rouparia tem como finalidade suprir as necessidades básicas de enxoval das diversas unidades do Hospital ao nível de sua competência visando sempre à satisfação dos clientes internos e externos.

Compete ao Setor Rouparia/Processamento de Roupas, a coleta, recepção. Separação, pesagem, identificação, distribuição, atendimento a solicitações extraordinárias, lançar os dados em sistema informatizado, controlar estoque de uniformes e efetuar outras demandas.

O fluxo do processamento de roupas/ rouparia consiste:

Coleta - recolhimento de roupas sujas

Objetivo - Coletar as roupas suja-contaminado nos setores envolvidos na área hospitalar, e acomodar os sacos de roupas na área crítica para serem processadas.

Área Contaminada – área crítica - A área de recebimento e pesagem das roupas sujas, é considerada crítica. Possui um sanitário, vestiário e chuveiro próprio para quem trabalha no local, a fim de evitar a circulação desses colaboradores por outras dependências.

A coleta geralmente é realizada em horários preestabelecidos são eles às 09 hrs, 13hrs, 16hrs, 20hrs e 05hrs. Uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Nas unidades de observação a roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, sendo a enfermagem a responsável por colocar o saco no expurgo, identificá-lo e o seu devido fechamento.

Após fechado, o saco de roupas sujas é acondicionado no carro próprio que fica localizado no expurgo de cada unidade. O colaborador responsável pela coleta transporta a roupa até área crítica da lavanderia.

Início do Recolhimento - o colaborador responsável por esta tarefa, durante esta operação, deve usar EPI(s) próprios para o desempenho de suas funções (luvas de borracha, avental e máscara).

Os carros usados na remoção dos sacos de roupa sujam nunca devem ser utilizados para o transporte de roupa limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento da roupa suja com a limpa.

O colaborador já paramentado retira um dos carrinhos de roupa suja e se direciona aos elevadores.

Direcionamento na unidade: Ao chegar ao setor, o colaborador direciona-se ao expurgo, abre o carrinho e começa a recolher os sacos. O colaborador irá pegar um saco de cada vez, o contato com o corpo, protegido por avental, muitas vezes torna-se necessário devido ao peso do saco.

Carrega o carrinho até o limite permitido e o mesmo se dirige a área crítica.

Descarregar sacos sujos na área crítica: Na área de recepção da área crítica, a roupa é retirada do carro de coleta, a fim de serem pesadas.

Separação

Na área de separação, os sacos de roupa suja são pesados e o resultado do peso é registrado em impresso próprio, para o controle de custos das diversas unidades.

Essa classificação, realizada durante a separação, tem a finalidade de:

Na separação, é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas, para a retirada de instrumentos cirúrgicos, distintivos e outros objetos, visando evitar que estes elementos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo.

Durante a separação, a roupa é agrupada em lotes ou fardos correspondentes a uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de lavagem.

Os fardos ou sacos, já triados ou classificados, recebem uma marca ou identificação, segundo cor, tipo de tecido e grau de sujidade, que irá determinar a fórmula para lavagem.

Pesagem

Após a pesagem de cada hamper por unidade, o colaborador acondiciona todos os sacos de hamper, para que a lavanderia terceirizada possa retirá-los para o processo de separação.

Ao pesar o colaborador deve anotar e registrar no formulário específico do setor, todo o controle de pesagem de roupa suja/ contaminada;

Depois estes pesos são lançados por unidade, diariamente em um livro ata do setor e lançados sistema informatizado de gestão. Todas as coletas do dia são lançadas no mesmo nº de transação gerada na 1ª coleta do dia que se entende do horário das 09 hrs.

O colaborador deverá estar atento e comunicar qualquer acidente que venha a ocorrer durante o processo de pesagem.

Ao sair desta área, deverá tomar banho e vestir o uniforme.

Processamento de roupas na área limpa

Processamento na rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa do Hospital. A centralização em um único local permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades do Hospital. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e baixa.

a) Estocagem: mantém para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva.

b) Distribuição de roupa limpa: cada unidade recebe 1 ½ (uma e meia) a 2 (duas) mudas para cada leito, por dia, dependendo do horário de atendimento da rouparia. Uma das mudas fica no leito e uma ou meia muda fica na estante

ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia.

Esse estoque de reserva deve constar em uma relação ou lista de roupa, protegida com capa plástica e afixada ou dependurada no carro ou prateleira, na unidade de internação. Para cada tipo de roupa deve existir uma marca lateral, no carro ou na prateleira, indicando a altura da pilha necessária e permitindo visualizar rapidamente qualquer falta de artigo. Durante os plantões da manhã e da tarde, a reserva é complementada mediante a requisição da roupa necessária, verificada nas prateleiras.

Um outro sistema de distribuição de roupa para as unidades é o chamado troca de cota ou troca de carro. Neste sistema, diariamente, a roupa entrega um carro contendo a cota fixa de roupa de cada unidade e retira o carro do dia anterior, esteja ele vazia ou não. Em qualquer sistema de distribuição, a reserva de roupa deve ser restrita a cada plantão.

A maior parte de troca de roupa, na unidade de observação, ocorre nas primeiras horas da manhã, portanto, a entrega incerta ou impontual prejudica consideravelmente o trabalho da enfermagem.

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras. Após o conserto, a roupa volta a ser lavada.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval do Hospital:

- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte. Isso evitará a contaminação do ambiente, já que não possuímos carros com tampa;
- Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de Enfermarias comum);
- A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar: acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia (envolver toda

a roupa do paciente no lençol do leito fazendo uma “trouxinha”);

- Evitar que objetos perfurocortantes, instrumentais ou outros artigos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos hampers (aumenta risco de acidentes para os funcionários da lavanderia);
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário;
- O funcionário da lavanderia identifica os sacos plásticos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;

* A rotina de identificação dos hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.

- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados. Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário;
- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com micro-organismo presente nas mãos ou roupas dos profissionais;
- Não usar lençol e/ou campos como forro de mesas e/ou bancadas, devido ao número reduzido de enxoval e a necessidade de desinfecção frequente destes locais;
- O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada na unidade do Hospital. É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque;
- A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa;
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequada em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas;

- No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Obs: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfurocortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa. As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão das precauções padrão

Solicitações extraordinárias via telefone

Objetivo: Atender pedidos de quantitativos extraordinários e diversos.

Responsável pelo atendimento: Auxiliar Operacional de Hotelaria.

- Atender os pedidos extras via telefone e ou porta.
- Separar as peças solicitadas e disponibilizá-las no carro de entrega.
- Digitar a quantidade e tipo de peça sistema informatizado de gestão, salvar lançamento e imprimir recibo de entrega.
- Efetuar entrega até a unidade e ou pessoalmente (porta) ao solicitante e colher assinatura de recebimento na folha de recibo por unidade.
- Arquivar folha assinada por setor, para controle de saídas de peças diárias por setor.

Entrega de uniformes

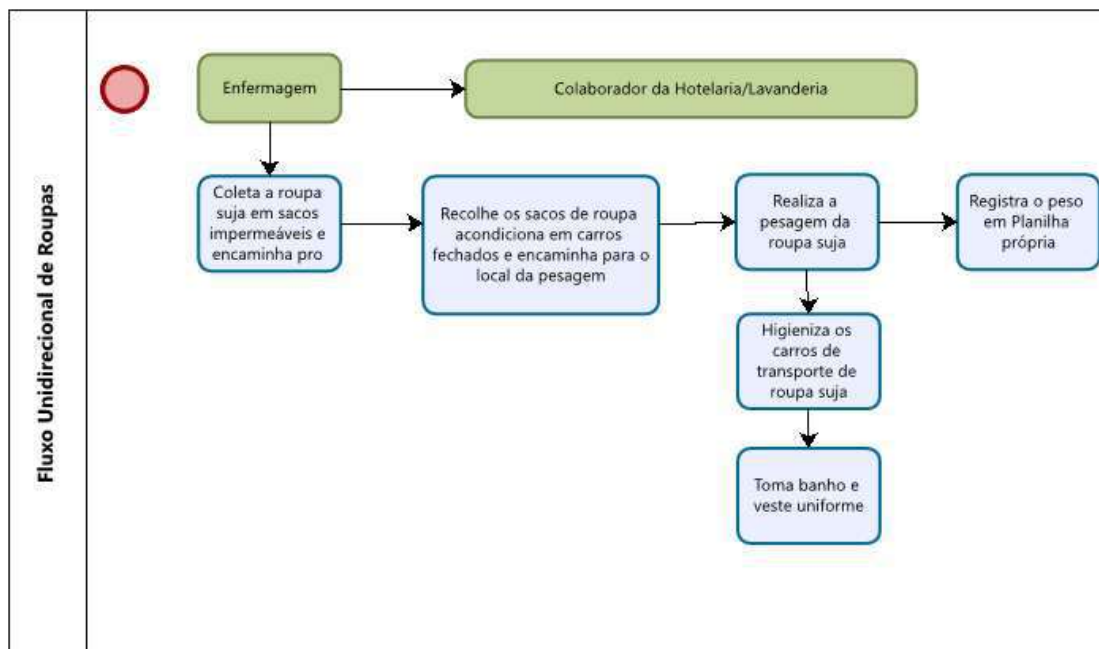
Objetivo: Fornecer os uniformes aos funcionários recém-contratados e aos que já trabalham na instituição. Distribuir uniformes suficientes para manter a boa apresentação do funcionário.

Controle de uniformes: (admissão) o colaborador admitido é encaminhado pelo Depto Pessoal ao setor de distribuição de uniformes juntamente com a Ficha de Liberação de EPI, este setor faz as medidas, se houver disponibilidade de uniforme o mesmo é liberado, e o colaborador assina a ficha de recebimento. (demissão) o colaborador faz a devolução do uniforme e sua Ficha é devolvida ao setor de DP, para dar baixa em seu prontuário.

O **IDEAS** irá disponibilizar aos médicos e funcionários da enfermagem que trabalhem no Hospital uniformes privativos diariamente que serão retirados no

início do plantão e na saída serão dispensados em hamperes e destinados a lavanderia, para processo de lavagem.

Diagrama unidirecional de roupas



2.4 Fluxo unidirecional para resíduos de saúde

Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos do Hospital será realizado identificação por Diagrama/Legenda de toda a Unidade:

Figura:



Objetivo

Estabelecer os procedimentos para o gerenciamento de resíduos provenientes da Hospital baseando-se nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descrevem as ações relativas ao seu manejo, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, transbordo, tratamento e disposição final, bem como à proteção e preservação à saúde pública, ao meio ambiente e à saúde e segurança do trabalhador.

Tem por objetivo ainda, estimular a reciclagem dos resíduos comuns.

Responsabilidades

Todas as Unidades geradoras de resíduos sólidos e líquidos, devem dispôr dos seguintes protocolos:

:

- **Tratamento:** Processo artificial de depuração e remoção das impurezas, substâncias e compostos químicos de água captada dos cursos naturais, de

modo a torná-la própria ao consumo humano, ou de qualquer tipo de efluente líquido, de modo a adequar sua qualidade para a disposição final.

- **Segregação:** Consiste na separação do resíduo no momento e local de sua geração, de acordo com características físicas, químicas, biológicas sua espécie, estado físico e classificação.
- **Acondicionamento:** Consistem no ato de embalar corretamente os resíduos segregados, de acordo com as suas características, em sacos e/ou recipientes impermeáveis, resistentes à ruptura e vazamento.
- **Identificação:** Conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos, recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.
- **Transporte Interno:** Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destino armazenamento temporário ou à apresentação para a coleta externa.
- **Armazenamento Temporário:** Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento.
- **Armazenamento Externo:** Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.
- **Coleta Interna I:** consiste na coleta dos resíduos do ponto de geração e transporte para o expurgo (armazenamento temporário).
- **Coleta Interna II:** consiste no transporte dos resíduos dos expurgos (armazenamento temporário), para o abrigo externo.
- **Coleta E Transporte Externos:** A coleta e transporte externos consistem na remoção dos RSS, do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantem a preservação da integridade física da pessoa, da população e do meio ambiente, de estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.
- **Destinação Final:** consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para receber obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e licenciamento em órgão ambiental competente.
-

Segregação, Manuseio e Acondicionamento

Resíduo Grupo A – Infectantes

A segregação dos resíduos do grupo A é feita na origem. São descartados nas Unidades onde são gerados, em recipientes apropriados revestidos com saco plástico branco, impermeável e devidamente identificado.

O acondicionamento é feito em sacos plásticos brancos, identificados com a simbologia de infectante.

Observação: Os reagentes químicos liberados junto com os resíduos orgânicos (AVL 1630, 1503, 9181, 9180) são inativados com hipoclorito e depois são liberados no esgoto.

Resíduo Grupo – Químico

A segregação dos resíduos do grupo B é realizada própria unidade geradora.

O acondicionamento dos resíduos químicos não perigosos é feito em caixas coletoras para perfuro cortante, devidamente identificados como resíduo químico, com a simbologia de “Químicos”. A retirada deste material é feita diariamente pelos profissionais do serviço de higiene e são encaminhados para abrigo adequado e específico.

Os químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Centro de Diagnósticos por Imagem, são segregados e tratados na própria unidade, por equipamento instalado para a recuperação da prata, que é feita por meio de filtro separador.

Os filmes plásticos (radiografias) são segregados e armazenados no setor, até ser retirada por empresa especializada em recuperação de prata dos mesmos.

Nota: Medicamentos sob controle especial são acondicionados segundo a Portaria 344/98 da Vigilância Sanitária, bem como sua destinação final, cuja legislação solicita que se peça autorização para incineração e isso é feito mediante encaminhamento de ofício ao CVS com o nome do medicamento, lote, validade e quantidade. Após recebimento da autorização a mesma é enviada, via fax à empresa de coleta de lixo, solicitando a retirada dos medicamentos vencidos.

Resíduo Grupo – Comum

A segregação é feita na origem em recipientes apropriados revestidos com saco plástico preto. São descartados nas Unidades onde são gerados e acondicionados posteriormente pelo funcionário do serviço de higiene.

O acondicionamento é feito em sacos plásticos pretos.

Resíduo Grupo D – Comuns Recicláveis

Os recicláveis segregados consistem em papelão, papel, plástico, vidro, metais.

A segregação é feita nos pontos de geração.

O acondicionamento é feito em sacos plásticos coloridos e em contenedores específicos para cada tipo de lixo reciclável.

Resíduo Grupo E - Perfurante cortante

A segregação dos resíduos do grupo E é feita na origem. Os materiais perfurantes cortantes são descartados em recipientes rígidos com simbologia de infectante, lacrados pela enfermagem quando atingida a capacidade útil do recipiente, ou seja, 2/3 de sua capacidade, conforme indicação do fabricante, através de linhas tracejadas.

As caixas de descarte de perfuro cortante, após terem sido utilizadas até o nível de segurança marcado no recipiente, são devidamente fechadas pela enfermagem, ou demais serviços envolvidos no uso das mesmas e são retiradas do local onde estavam sendo utilizadas, e colocadas em local adequado; a auxiliar de limpeza ou o coletor de resíduos as colocam dentro do saco branco; as caixas que não estiveram devidamente fechadas não deverão ser ensacadas, sendo necessário solicitar à enfermagem ou responsável pelo local, que as mesmas sejam devidamente fechadas.

Armazenamento

a) Temporário

Cada setor possui a sala de resíduos para o armazenamento temporário (expurgo). Esta sala possui piso e paredes laváveis, ralos sifonados e pia para a lavagem das mãos. Conta com contenedores para o armazenamento de resíduos, infectantes, resíduo comum e resíduos comuns recicláveis, devidamente identificados, além de EPI's disponíveis para todos os colaboradores.

b) Final

O armazenamento final dos resíduos infectante, químicos, comum e perfurante cortante são realizados no abrigo externo separado por grupo de resíduos. Esta área é fechada, de acesso restrito, possui piso e paredes laváveis e área para a higienização dos contenedores.

Estão disponíveis contenedores brancos devidamente identificados, para o armazenamento dos resíduos infectantes.

Os recipientes com resíduos químicos, devidamente identificados conforme ficha padrão da empresa contratada pela Prefeitura. São armazenados em local específico na área externa fechada com porta ventilada, até o momento da retirada por transporte específico para resíduo químico da empresa contratada pela Prefeitura.

Os resíduos orgânicos gerados na Unidade de Nutrição e Dietética permanecem armazenados até o momento da coleta externa.

O armazenamento final dos resíduos comuns recicláveis é feito em abrigo externo. Esta área é fechada, o acesso é liberado para que a comunidade possa depositar seus resíduos recicláveis.

Coleta Interna

a) Resíduo Grupo A – Infectantes

A coleta interna I é realizada pelos auxiliares de higiene de cada setor, com um carro coletor branco devidamente identificado. Os sacos contendo resíduos são retirados dos recipientes e acondicionados em sacos na cor branca com identificação de substância infectante.

Após o recolhimento nos setores, o funcionário transportará até a sala de resíduos (expurgo) e depositará no contenedor identificado e com tampa.

O número de coletas é estabelecido por cada plantão e de acordo com a necessidade.

A coleta interna II é realizada por um funcionário que vai até a sala de resíduos (expurgo) de cada setor com o carro de coleta identificado para resíduos infectantes. Este realizará a troca, deixando o carro vazio e transportando o carro cheio para o abrigo externo.

No abrigo externo, o resíduo será acondicionado em contenedores com tampas, onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa contratada pela Prefeitura.

b) Resíduo Grupo B – Químicos

Os resíduos químicos, são transportados pelo funcionário da higiene até o abrigo externo específico, com o carro de coleta.

Os resíduos gerados do Laboratório em função do volume são acondicionados e identificados no próprio local de geração e depois é encaminhado diretamente para o abrigo externo, pelo funcionário da higiene, com o carro de coleta.

A coleta interna II é feita ocasionalmente, conforme necessidade.

c) Resíduo Grupo D – Comum

A coleta interna I de resíduos comuns é realizada pelos auxiliares de higiene de cada setor, nos pontos de geração: postos de enfermagem, escritórios, copas, lanchonete, banheiros públicos e de funcionários, etc. com o carro funcional, onde são depositados os sacos plásticos contendo resíduos. Estes são acondicionados em sacos plásticos pretos.

Após o recolhimento nos setores, são transportados até a sala de resíduos (expurgos) e depositados no contenedor próprio para resíduos comuns.

A coleta interna II será realizada por um funcionário que vai até a sala de resíduo de cada setor com o carro de coleta identificado para resíduos

comuns, e realiza a troca, deixando um carro vazio, transportando o carro cheio para o abrigo externo.

No abrigo externo o resíduo é depositado em contenedores onde aguardam o recolhimento pela empresa coletora.

A coleta interna I é feita durante a limpeza concorrente e conforme a necessidade do setor.

d) Resíduo Grupo D – Comum Reciclável

A coleta é realizada pelo auxiliar de higiene nos pontos de geração,

Os sacos plásticos são removidos dos recipientes, fechados e transportados até os contenedores específicos.

e) Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

A coleta é realizada pelo coletor / auxiliar de higiene nos expurgos de cada unidade geradora, o mesmo coloca os recipientes rígidos com simbologia de infectante dentro do saco branco e é transportado em contenedores com tampas, até abrigo específico onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa contratada pela Prefeitura.

Nota: O funcionário da coleta interna I utiliza: uniforme, calçados de segurança e luvas de borracha para a retirada dos resíduos das alas comuns e em casos de pacientes em isolamento utiliza os EPI recomendados especificamente, nos procedimentos da SCIH, conforme o tipo de isolamento.

O funcionário da coleta II utiliza: uniforme, bota de PVC, luvas de PVC de cano longo e avental impermeável, máscara e óculos de proteção.

O funcionário da coleta interna II é responsável pela pesagem dos resíduos e preenchimento dos formulários.

Tratamento Interno

Resíduo Grupo B – Químicos

Os químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Departamento de Imagem são tratados no equipamento instalado na própria unidade, onde a recuperação da prata é feita por meio de filtro separador. O recolhimento do resíduo é realizado por empresa credenciada junto ao órgão regulador do Estado que faz a reciclagem do filtro removedor de metais pesados.

Os resíduos líquidos do processo são descartados na rede de esgoto.

A verificação e análise de efluentes são realizadas pela empresa contratada pela Prefeitura considerando-se os padrões de normalidade estabelecida pela legislação vigente do estado.

Coleta Externa

a) Resíduo Grupo A – Infectante / Resíduo Grupo E - Perfuro cortante

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada pelo estado com caminhão especial, de compactação branda, estanque, com carga lateral.

Acompanha cada coleta o formulário “Manifesto de Transporte de Resíduo de Serviço de Saúde”

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

Nota: EPI da guarnição: Calça e camisa na cor branca; luvas de PVC cano longas botas com biqueira de aço, máscara contra odores e máscara contra partículas tóxicas (eventualmente).

b) Resíduo Grupo B – Químicos

A coleta externa dos resíduos químicos será realizada conforme solicitação, sob a responsabilidade da gestora estadual

Acompanha cada coleta o formulário “Manifesto de Transporte de Resíduo de Serviço de Saúde”, disponibilizado pela empresa conveniada com a prefeitura, específicos para químicos não perigosos e químicos perigosos.

Empresa:

Endereço:

CNPJ:

Telefone:

A coleta externa dos químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Centro de Diagnóstico por Imagem é feita por empresa contratada.

A coleta externa dos filmes plásticos (radiografias) é feita conforme solicitação, por empresa autorizada e licenciado por órgãos competentes.

Empresa:

Endereço:

Licença de Operação:

CNPJ:

Telefone:

c) Resíduo Grupo D – Comum

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada pela gestora estadual

Empresa:

Endereço:

CNPJ: Telefone:

d) Recicláveis

O lixo reciclável será retirado às conforme acordo contratual, pelos coletores da empresa contratada para tal finalidade.

Empresa:
Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:

Tratamento Externo

a) Resíduo Grupo A – Infectantes / Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

Após o tratamento são encaminhados para disposição final em aterro, sob a responsabilidade da gestora estadual

Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:
Telefone:

b) Resíduo Grupo B – Químicos

Após a incineração, os resíduos gerados (Cinzas de ciclone e filtro de mangas, escória e torta de filtro prensa) são enviados para disposição final em Aterro Classe I, sob a responsabilidade da gestora estadual

Empresa:
Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:
Telefone:

c) Resíduo Grupo D - Comuns

Os resíduos do grupo D são dispostos em aterro sanitário.

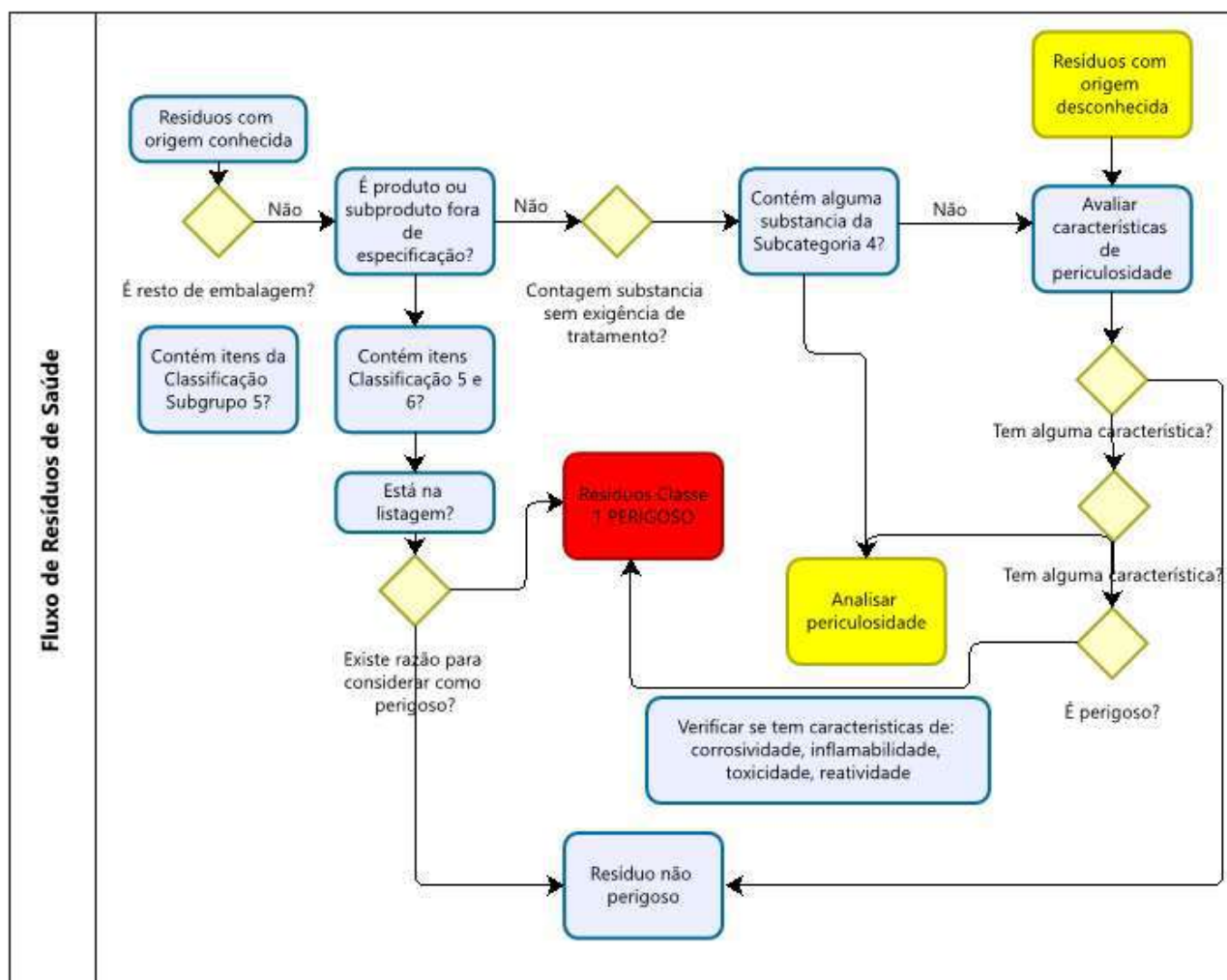
Empresa:
Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:

d) Resíduo Grupo D - Recicláveis

Os resíduos do Grupo D – Recicláveis são encaminhados para reciclagem para empresa contratada cadastrada pela gestora estadual

Empresa:
Endereço:
CNPJ:
Telefone:

Diagrama fluxo unidirecional para resíduos



3 Implantação da Gestão

3.1 Proposta para Regimento Interno

A proposta de Regimento Interno da unidade foi criada com o objetivo de regulamentar o conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores que norteiam as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias da instituição de forma dinâmica, duradoura e transparente; e objetivando assegurar a retenção de profissionais qualificados, engajados nos propósitos que agregam valor para o crescimento contínuo do profissional e da organização.

Com o propósito de manter-se num padrão competitivo, sustentável, promovendo e fortalecendo as relações colaborador versus instituição, norteando a forma que o IDEAS atua com seus colaboradores.

As políticas devem ser mutáveis e flexíveis, acompanhando e se adequando às demandas do mercado, à influência do Estado e à estabilidade econômica e social do país. A partir das políticas são definidos e implantados procedimentos que orientarão a instituição no cumprimento de metas e estratégias estabelecidas.

Capítulo I - das finalidades

Art. 1º - O IDEAS, na gestão da unidade tem por finalidade:

- I. Restituir a saúde e amenizar os sofrimentos dos pacientes sob os aspectos bio-psico e espiritual, de acordo com suas possibilidades, a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra condição;
- II. Promover a saúde preventiva e apoiar as autoridades sanitárias neste objetivo;
- III. Assumir e colaborar na formação de profissionais para a área de saúde e afins, podendo fundar e manter escolas, faculdades, cursos de atualização e outros e franqueá-los a quem de direito os procurar, concedendo, inclusive bolsas de estudo;
- IV. Promover e colaborar na formação de equipe, através da educação em serviço;
- V. Realizar ou dispor de seus recursos técnico-profissionais para a realização de pesquisas voltadas para o aperfeiçoamento do cuidado ao enfermo;
- VI. Cuidar do paciente com amor e eficiência;
- VII. Preparar o paciente para o óbito, respeitando os diversos credos e etapas da Evangelização.

Capítulo II – da manutenção

Art. 2º - O IDEAS, manter-se-á através de:

- I. Celebração de contratos ou convênios com Instituição Públicas Federais, Estaduais ou Municipais;
- II. Subvenções de Órgãos Públicos;
- III. Subvenções, doações ou contribuições de Pessoas Físicas ou Jurídicas.

Art. 3º - O resultado econômico que o IDEAS obtiver, proveniente de suas atividades, será aplicado na melhoria de seus recursos técnico-científicos, bem como no aperfeiçoamento de seus Recursos Humanos.

Capítulo III – da estrutura organizacional

Art. 4º - Para o cumprimento de suas finalidades o IDEAS, manterá estrutura organizacional formada por órgãos de autoridade direta ou assessoria, dispostos na seguinte ordem hierárquica:

- O IDEAS
- Diretoria Administrativa e Financeira
- Coordenação de Enfermagem
- Serviço de Suprimentos
- Seção de Compras
- Seção de Almoxarifado
- Serviço de Tecnologia da Informação
- Seção de Informática
- Seção de Faturamento
- Serviço de Desenvolvimento e Treinamento
- Serviço de Pessoal
- Serviço de Prontuário de Paciente
- Serviço Financeiro
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Custos e Patrimônio
- Núcleo de Qualidade
- Serviço de Manutenção
- Serviço de Engenharia Clínica, Manutenção, Segurança e Medicina do Trabalho
- Serviço de Informação ao Usuário
- Serviço Social
- Serviço de Atendimento ao Usuário
- Serviço de Análises Clínicas
- Serviço de Enfermagem
- Seção Unidade de Observação em Clínica Médica
- Seção Unidade de Observação em Clínica Cirúrgica
- Seção Unidade de Observação em Clínica Pediátrica
- Seção Unidade de Observação em Clínica Ortopédica
- Seção de Hotelaria
- Seção de Esterilização de Materiais
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- Serviço de Auditoria Médica

- Serviço de Diagnóstico por Imagem
- Diretoria Clínica
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Prontuários
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Corpo Médico

Capítulo IV – das atribuições e competências

Art. 5º - Compete à Diretoria:

- I. Recebimento de donativos, legados e outros;
- II. Representar a unidade, por delegação da Diretoria Geral do **IDEAS** em juízo e fora dele e, representando-o também, junto a Associações de Classe, Sindicato e outros;
- III. Assinar, por delegação da Diretoria Geral do IDEAS, livros e documentos, sacar, aceitar e endossar notas promissórias, duplicatas, cheques, títulos, créditos, receber dinheiro, passar recibos e dar quitações;
- IV. Assegurar a regularidade de funcionamento da unidade, de acordo com os estatutos da Entidade Mantenedora, o Regulamento e os Regimento do mesmo, sendo os dois últimos implantados por ela mesma e aprovados pela Diretoria do IDEAS
- V. Apresentar para deliberação da Diretoria da Entidade Mantenedora a proposta orçamentária anual, bem como, o programa que a unidade pretende desenvolver no ano seguinte;
- VI. Definir as assessorias na unidade e encaminhar à Diretoria para homologação;
- VII. Consultar a Diretoria do IDEAS quanto à aceitação, ou execução e cumprimento das deliberações da Diretoria da unidade;
- VIII. Supervisionar a sistemática de compras, de pagamentos, bem como o fluxo de caixa da unidade;
- IX. Definir a utilização das instalações existentes, prover e zelar pela manutenção do patrimônio;
- X. Fazer com que o paciente e colaborador sejam tratados com carinho, dignidade e justiça;
- XI. Implantar e verificar o atendimento aos princípios, filosofia e ética cristã, conjugando ciência e técnica com o compromisso evangélico.
- XII. Abrir, movimentar e encerrar contas bancárias em conjunto ou separadamente;
- XIII. Constituir procuradores e advogados, conferindo-lhes os poderes que julgar necessário.

Art. 6º A unidade manterá um Diretor Técnico ao qual compete:

- I. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- II. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de Saúde, em benefício da população usuária da unidade;
- III. Representar a Unidade junto aos Órgãos Oficiais, Conselhos de Classe e outros;
- IV. Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo das atividades médica da unidade;
- V. Propor a organização dos serviços médicos à administração da unidade, bem como a criação de novos serviços;
- VI. Zelar pelo bom cumprimento dos princípios éticos e morais dos profissionais médicos em todas as áreas em que atuam esses profissionais;
- VII. Propiciar a integração permanente entre a área médica e a administração da unidade;
- VIII. Pesquisar e emitir parecer sobre novos serviços médicos a serem implantados na unidade ;
- IX. Orientar os médicos e fixar normas para que eles não prescrevam por telefone;
- X. Manter contato permanente com a administração da unidade para o perfeito desempenho das suas funções;
- XI. Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo da atividade médica da unidade;
- XII. Assegurar o exercício da correta prática médica na unidade, conforme normas específicas.

Art. 7º - Compete a Diretoria Administrativa e Financeira:

- I. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento, bem como as determinações da entidade mantenedora, mantendo constante relacionamento com o Diretor Técnico/Clinico
- II. Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos, administrativos, assistências e salariais aprovadas pelo IDEAS, cumprindo todas determinações emanadas da Sede Administrativa e da Diretoria Geral, mantendo constante relacionamento com ambas;
- III. Dirigir, coordenar, controlar e orientar todos os Serviços da unidade, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- IV. Administrar a unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e o Estatuto Social;

- V. Planejar, organizar, comandar, coordenar, controlar, comunicar e orientar todos os Serviços da unidade, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- VI. Administrar a unidade assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e os Regimentos das Unidades Administrativas;
- VII. Elaborar e submeter à aprovação da unidade, a proposta orçamentária anual e o programa a ser desenvolvido, tanto para aplicação de resultados quanto a receita;
- VIII. Preparar o Orçamento-Programa do exercício seguinte, relacionando as atividades que pretende desenvolver, tanto assistências quanto de recursos humanos, sociais, da pastoral da saúde, educacionais e econômicas e as aplicações dos resultados, submetendo-o à aprovação da Sede Administrativa prestação de contas mensal e anual, em quadros comparativos iguais aos da provisão orçamentária, em que aparecem Balanços, Demonstrativos de Receitas, Despesas e Resultados, além de execução de programas aprovados para o exercício;
- IX. Analisar os relatórios e estatísticas do movimento da unidade e da Contabilidade, remetendo-os em forma de Relatório Administrativo à Sede Administrativa;
- X. Representar a unidade perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, Sindicatos, Associações de classe e outras;
- XI. Fixar o quadro de pessoal em número e qualificação, bem como níveis de remuneração
- XII. Contratar e/ou dispensar pessoal, de acordo com a lotação de Quadro e aplicar penas ou sanções disciplinares, de acordo com as leis vigentes e quando necessárias;
- XIII. Elaborar e implantar rotinas de trabalho;
- XIV. Convocar e presidir reuniões com chefes de seções e outro, para discussão de problemas e elaboração de programas a serem desenvolvidos;
- XV. Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder as demais práticas necessárias ao controle e manipulação do numerário;
- XVI. Manter rigoroso controle financeiro das entradas e saídas de numerário;
- XVII. Examinar mensalmente os movimentos financeiros, os demonstrativos da receita e despesa para manter o controle das verbas;
- XVIII. Desenvolver contratos de prestações de serviços e os demais necessários ao bom funcionamento da unidade;
- XIX. Manter a melhor utilização da capacidade instalada com leitos e serviços e zelar para que a unidade apresente um melhor padrão de atendimento;
- XX. Participar das reuniões dos Serviços Médicos e manter perfeito entrosamento com os profissionais médicos procurando facilitar o trabalho;

XXI. Zelar pela conservação do edifício, instalações, equipamentos, móveis, máquinas e instrumentos e pelo seu uso adequado;

XXII. Analisar com os encarregados os respectivos Manuais de Organização bem como acompanhar a sua execução, apresentando as sugestões necessárias a sua adaptação aos serviços;

XXIII. Manter em dia os Registros e Alvarás.

Art. 8º - Compete à Diretoria Clínica:

- I. Propor a admissão de novos médicos;
- II. Organizar e manter atualizado o cadastro dos médicos da unidade;
- III. Propor ao Diretor Técnico nomes para as funções de Coordenadores das Clínicas Básicas;
- IV. Coordenar e harmonizar todas as atividades médicas da unidade, em colaboração com a
- V. Comissão de Ética Médica;
- VI. Representar o Corpo Médico junto à Administração da unidade;
- VII. Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;
- VIII. Prestar contas de seus atos na Assembleia Geral do corpo médico;
- IX. Mediar os possíveis conflitos que envolvam os médicos da unidade, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;
- X. Empenhar-se para que os componentes do Corpo Médico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, as ordens internas da unidade e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;
- XI. Cooperar com a Administração da unidade;
- XII. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;
- XIII. Transmitir o seu cargo ao Vice Diretor Clínico em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;
- XIV. Nomear, quando pertinente, os membros médicos das Comissões, Estatutárias e Não-Estatutárias, valendo-se da colaboração do Diretor Técnico da unidade;
- XV. Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo Médico e as Reuniões específicas;
- XVI. Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado.

Art. 9º - Compete à gerência:

- I. Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;
- II. Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;

- III. Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;
- IV. Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que os mesmos possam desenvolver adequadamente as suas atividades;
- V. Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua área e planos de ação para resolver os possíveis problemas;
- VI. Zelar para que os Serviços estejam em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;
- VII. Manter constante contato com a Diretoria Executiva para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;
- VIII. Agir como educador e multiplicador, orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e também pessoal;
- IX. Avaliar todos os pedidos de compra, verificando se há real necessidade de aquisição;
- X. Estudar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus Serviços;
- XI. Elaborar e manter atualizado os Regimentos de todos os serviços sob sua responsabilidade.

Art. 10º – Compete às supervisões:

- I. Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;
- II. Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;
- III. Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;
- IV. Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que os mesmos possam desenvolver adequadamente as suas atividades;
- V. Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua seção e propor planos de ação para resolver os possíveis problemas;
- VI. Zelar para que as tarefas sejam desenvolvidas em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;
- VII. Manter constante contato com a Gerência para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;
- VIII. Agir como educador orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e também pessoal;
- IX. Elaborar as requisições de compras, zelando para que os pedidos sejam adequados às necessidades da seção;
- X. Elaborar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus serviços;
- XI. Manter atualizados os Regimentos da Seção sob sua responsabilidade.

Normas para Funcionamento do Serviço de Administração Geral

Estrutura e Área de Abrangência:

Diretoria administrativa/financeira

Atribuições Diretor Administrativo Financeiro:

- Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos, administrativos, assistências e salariais aprovadas pelo instituto, cumprindo todas as determinações emanadas da Sede Administrativa e da Diretoria Geral, mantendo constante relacionamento com ambas;
- Dirigir, coordenar, controlar e orientar todos os Serviços da unidade, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- Administrar a unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e o Estatuto Social;
- Planejar, organizar, comandar, coordenar, controlar, comunicar e orientar todos os Serviços da unidade, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- Administrar a unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e os Regimentos das Unidades Administrativas;
- Elaborar e submeter à aprovação da unidade, a proposta orçamentária anual e o programa a ser desenvolvido, tanto para aplicação de resultados quanto a receita;
- Representar a unidade perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, Sindicatos, Associações de classe e outras;
- Fixar o quadro de pessoal em número e qualificação, bem como níveis de remuneração
- Convocar e presidir reuniões com chefes de seções e outro, para discussão de problemas e elaboração de programas a serem desenvolvidos;
- Manter a melhor utilização da capacidade instalada com leitos e serviços e zelar para que a unidade apresente um melhor padrão de atendimento;
- Manter em dia os Registros e Alvarás.

Coordenação administrativa / financeira e de atendimento

Atribuições Coordenações:

- Coordenar as atividades e os profissionais que integram suas equipes;
- Dirimir dúvidas e fornecer todas as informações para que a equipe do serviço possa desenvolver, a contento, suas atividades;
- Reunir periodicamente a equipe para favorecer o entrosamento, examinar o desempenho do serviço e encontrar solução para os problemas;
- Vistoriar constantemente os locais de trabalho;

- Participar ativamente nas reuniões;
- Elaborar relatórios mensais contendo sugestões, dificuldades e indicadores, encaminhando-os ao Diretor Técnico até o décimo dia do mês subsequente;
- Implantar um livro de ocorrências, constando os fatos mais importantes;
- Observar constantemente o desempenho dos produtos em uso e pesquisar novos;
- Incentivar a equipe a estudarem e frequentarem cursos e palestras;
- Aplicar mecanismos de educação continuada para a equipe;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao serviço e atividades desenvolvidas.

Áreas da Coordenação Administrativa

Capítulo I – dos serviços administrativos

Secretaria

Art. 1º - A Diretoria terá uma secretária a quem competirá:

- I. O recebimento de toda correspondência e distribuição após destinação dada pelo Diretor da unidade;
- II. O controle de todo o arquivo da Administração;
- III. Filtragem de todas as ligações para a Diretoria;
- IV. Agendamento de todas as reuniões internas e externas da Diretoria Geral, Administrativa e Técnica;
- V. Digitação e ou elaboração das correspondências oriundas da Diretoria Geral, Administrativa e Técnica;
- VI. Realizar as atividades que os Diretores Geral, Administrativo e Técnico lhe confiar.

Seção de Compras

Art. 2º - À Seção de Compras, responsável pela aquisição de materiais, medicamentos e outros produtos, comandada por profissional qualificado e subordinada à Diretoria Executiva, compete:

- I. Atender as solicitações dos agentes requisitantes para não comprometer a prestação de serviços aos pacientes;
- II. Manter Cadastro atualizado de fornecedores;
- III. Efetuar cotações de preços, com o objetivo de adquirir materiais de boa qualidade ao menor custo;
- IV. Adotar uma política de negociação ética e legal.

Serviço de Pessoal

Art. 3º - O Serviço do Pessoal, chefiado por profissional devidamente habilitado, compete:

- I. Fazer o registro de todos os funcionários de acordo com a legislação trabalhista em vigor;
- II. Elaborar a folha de pagamento, fixar o Regulamento dos Colaboradores, calcular férias e rescisões, preencher guias e formulários e praticar as demais obrigações decorrentes da correta aplicação legal;
- III. Manter o coeficiente de funcionários indicado e preconizado pela administração da unidade;
- IV. Implantar controles de frequências dos colaboradores, preparar e controlar os cartões de ponto;
- V. Levantar, mensalmente, em quadro comparativos, ao menos as seguintes informações: quantidades de colaboradores por categorias profissional e por centro de custo, punições, admissões, demissões e horas extra;
- VI. Manter atualizada a ficha de recolhimento dos encargos sociais;
- VII. Obter que todos os colaboradores usem o crachá;
- VIII. Zelar para que haja vestiários suficientes para todos os colaboradores, com serviços sanitários;
- IX. Abrir um prontuário para cada colaborador, mantendo nele, em ordem cronológica, todos os documentos que lhe for respeito.
- X. Organizar e manter o cronograma de treinamento de todas as categorias funcionais;
- XI. Elaborar relatórios contábeis e outros relatórios solicitados pela Diretoria;
- XII. Estabelecer, junto a Direção da Entidade, a política de Cargos e Salários.
- XIII. Fazer com que as unidades mantenham rigorosamente em dia, as escalas de serviços dos colaboradores;
- XIV. Elaborar, em conjunto com a Coordenação Administrativa e a Diretoria Administrativa, o Regimento de Pessoal;
- XV. Elaborar um Regimento específico para o serviço;
- XVI. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento do Serviço.

Serviço de Recursos Humanos

Art. 4º Ao serviço de Recursos Humanos, chefiado por profissional devidamente habilitado compete:

- I. Recrutar, selecionar, e treinar os Recursos Humanos, obedecendo ao orçamento anual de pessoal e com a autorização da Coordenação Administrativa;
- II. Estabelecer junto a Diretoria Administrativa, a política de avaliação de desempenho;

- III. Sugerir, à administração, a organização de eventos e a celebração de efemérides para favorecer o conagração dos colaboradores entre si e destes com os profissionais;
- IV. Elaborar um Regimento específico para o serviço;
- V. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento do Serviço.

Farmácia

Art. 5º - À Seção de Farmácia, chefiada por um profissional qualificado em farmacologia e registrada no respectivo órgão de classe, compete:

- I. Manter sistema de localização e controle quantitativo dos estoques de medicamentos e material de consumo organizado em prateleiras;
- II. Estabelecer rotinas e escritos para aquisição, distribuição, devolução e controles de medicamentos e material médica;
- III. Definir sistemas ou formulários apropriados para prescrição, distribuição e controle dos medicamentos;
- IV. Escriturar e controlar as requisições de entrada e saída dos entorpecentes e psicotrópicos de conformidade com a legislação vigente;
- V. Controlar e manter em dia a licença de funcionamento da Vigilância Sanitária;
- VI. Proceder à coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis;
- VII. Aplicar a curva ABC para os controles;
- VIII. Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Manual e Normas da Unidade, todos os medicamentos e materiais médicos hospitalares;
- IX. Definir requisições de liberação por centro de custo e com documento hábil para contabilização;
- X. Interagir com a área de Enfermagem e Médica e ou Serviços, Seções e Setores de interface, objetivando a implantação das cautelas de segurança dos medicamentos e materiais distribuídos e a sua metodologia de controle;
- XI. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
- XII. Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regimento do Serviço.

Serviço de Suprimentos

Art. 6º - O Serviço de Suprimentos, sob a direção de um profissional habilitado, compreenderá as Seções de Almoxarifado, e Compras, com regimento próprio e subordinado diretamente.

Seção de Almoxarifado

Art. 7º - A Seção de Almoxarifado subordinado ao Serviço de Suprimentos compete:

- I. Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Manual e Normas da Unidade, todos os materiais;
- II. Observar com maior rigor possível às normas de segurança para inflamáveis e explosivos;
- III. Assegurar o armazenamento dos materiais e medicamentos, dentro dos padrões técnicos de qualidade, peso, observando sempre a saída dos produtos com maior tempo de estoque;
- IV. Conferir mensalmente os estoques contábeis com os estoques físicos;
- V. Manter controle de estoque contábil por sistema informatizado e ficha de prateleira para estoque físico;
- VI. Não liberar nenhum produto sem o comprovante hábil para contabilização;
- VII. Efetivar as baixas das requisições por centro de custos e preço médio;
- VIII. Proceder a coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis;
- IX. Aplicar a curva ABC para estoques;
- X. Informatizar a seção, integrando-a ao sistema utilizado na unidade ;
- XI. Não permitir, nunca, o acesso de pessoas não pertencentes à seção, na unidade;
- XII. Introduzir rotinas e roteiros escritos para a unidade, contemplando recepção, guarda, armazenamento, distribuição e devolução do material;
- XIII. Definir formulários próprios para recepção, distribuição e devolução;
- XIV. Interagir com os demais serviços, seções e setores, quanto a atrasos no recebimento das mercadorias;
- XV. Manter, mensalmente, relatórios de ocorrências e estatísticas;
- XVI. Elaborar em conjunto com a Gerência, Manual de Normas, Rotinas e Regimento da seção;
- XVII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da unidade e Regimento da Unidade.
- XVIII. Estabelecer limites mínimos e máximos de estoque, fixados para cada item de material e medicamento;

Qualidade

Art. 8º - A Seção de Qualidade, chefiada por profissional devidamente habilitado compete:

- I. Administrar e facilitar a implantação dos modelos de gestão da qualidade;
- II. Avaliar os modelos de gestão, com foco na qualidade do processo;
- III. Trabalhar, junto às equipes, em propostas de ação de melhoria;
- IV. Participar da elaboração dos indicadores da qualidade dos setores e acompanhá-los posteriormente;

- V. Multiplicar e envolver os demais colaboradores com a filosofia da instituição;
- VI. Elaborar, ministrar e avaliar os treinamentos relativos aos assuntos da área;
- VII. Supervisionar as atividades de comunicação interna e externa da Casa;
- VIII. Orientar a criação de formulários, normas e políticas para a padronização de procedimentos das áreas;
- IX. Dar suporte e realizar treinamentos junto aos colaboradores, para esclarecimentos e orientações sobre os procedimentos da qualidade;
- X. Realizar levantamentos de dados junto aos colaboradores para elaboração das normas e procedimentos, rotinas administrativas, analisando, organizando, executando e implementando os fluxos de trabalho (informações/processos);
- XI. Desenvolver trabalhos na elaboração de modelos (layout) de apostilas, comunicados (interno/ externo) e outros, seguindo padrões técnicos em conformidade com o solicitado;
- XII. Buscar a adequação de não-conformidades junto aos setores da unidade.
- XIII. Participar ativamente no Planejamento Estratégico da unidade.

Serviço de Tecnologia da Informação

Art. 9º – Ao Serviço de Tecnologia da Informação, chefiada por profissional devidamente habilitado, compete:

- I. Desenvolver, implantar e manter programas especificamente hospitalares áreas processamento de dados;
- II. Controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais, para que as tarefas realizadas com a ajuda do processamento de dados, sejam feitas da forma mais aperfeiçoada e rápida possível;
- III. Supervisionar as profissionais envolvidas na área, para que as atividades sejam levadas sempre em perfeita harmonia e se evite duplicidade;
- IV. Elaborar um plano diretor para que, com o tempo, todas as atividades administrativas da unidade sejam informatizadas;
- V. Manter os equipamentos de segurança, para não perder trabalho;
- VI. Contratar, com terceiros, a manutenção dos equipamentos;
- VII. Elaborar e colocar em prática um Regimento específico para o Serviço;
- VIII. Manter atualizados os manuais do usuário;
- IX. Proceder à reciclagem constante dos profissionais e colaboradores para que, além de manterem-se atualizados, possam inovar constantemente;

Sessão de Faturamento

Manutenção

Art. 10º - Ao Serviço de Manutenção, compete:

- I. Manter em dia as plantas das áreas físicas e de instalações elétricas e hidráulicas, e de gases medicinais e especiais;
- II. Garantir que sejam realizadas todas as manutenções preventivas das instalações e equipamentos;
- III. Controlar serviços de terceiros, contrato de manutenções e correções de instalações e equipamentos especiais;
- IV. Zelar para que a água da unidade seja suficiente, de qualidade e adequada;
- V. Manter em ordem todos os equipamentos específicos de hidráulica, elétrica, marcenaria e pintura;
- VI. Manter, em ordem, os equipamentos contra incêndio; promover treinamentos periódicos de combate a incêndios;
- VII. Manter em ordem os manuais dos equipamentos;
- VIII. Manter em ordem e atualizada a relação de empresas que atendem os consertos dos equipamentos;
- IX. Comunicar a retirada e ou a troca de móveis e ou equipamentos das unidades diversas e preencher os impressos específicos de controle;
- X. Manter e garantir a segurança do quadro de todas as chaves da unidade;
- XI. Assegurar e manter plantões de atendimentos aa unidade, à noite, feriados e finais de semana;
- XII. Garantir e manter, na unidade , a geração de energia elétrica de emergência;
- XIII. Promover continuamente, treinamento em serviço;
- XIV. Participar ativamente da CIPA e nos programas de incentivo à segurança no trabalho;
- XV. Manter sempre em bom estado físico, as dependências da unidade;
- XVI. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;
- XVII. Elaborar e Implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
- XVIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento das Unidades.

Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho

Art. 11º – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, chefiado por um profissional habilitado e registrado nos órgãos competentes, compete:

- I. Promover e implantar medidas que visem à observância das normas de segurança e medicina do trabalho e pela utilização adequada dos equipamentos de proteção individual;
- II. Elaborar relatório e coletar dados estatísticos específicos sobre o desempenho do serviço;
- III. Promover realizações de treinamentos e campanhas para melhorar o desempenho dos empregados quanto à segurança e medicina do trabalho;
- IV. Acompanhar e assessorar o desempenho da CIPA;

V. Acompanhar e controlar, junto ao Departamento Pessoal, os exames periódicos de todos os funcionários

VI. Participar das investigações das causas que provocaram os acidentes e das doenças ocupacionais, sugerindo medidas que venha a melhorar esta situação.

Áreas da Coordenação Financeira

Financeiro

Art. 12º - Ao Serviço Financeiro compete:

- I. Receber todos os valores que entrarem na unidade tanto em depósito de caução, quanto em serviço, doações e outras concernentes com a seção;
- II. Emitir os comprovantes de saída de caixa e os recibos de pagamentos;
- III. Receber de outras Unidades, a documentação para pagamento e fazê-los quando autorizados;
- IV. Preparar os pagamentos com os cheques preenchidos com cópia e nominais e encaminhá-los ao Diretor;
- V. Elaborar e manter atualizado o fluxo de caixa;
- VI. Elaborar e manter atualizado o boletim diário de bancos;
- VII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
- VIII. Escriturar em sistema previamente definido, diariamente, o número, o histórico e o valor do documento de entrada e saída;
- IX. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento da Seção.

Custos e Patrimônio

Art. 13º - Ao Serviço de Custos e Patrimônio, compete:

- I. Apurar o custo segundo metodologia implantada;
- II. Repassar a informação aos setores envolvidos;
- III. Estar a disposição para discussão da apuração e orientação aos colaboradores;
- IV. Informar a SES os dados mensalmente solicitados;
- V. Controlar e zelar pelos bens móveis da unidade;
- VI. Cumprir e fazer cumprir este regulamento.

Assessoria Jurídica/Contratos

Art. 14º - A unidade deverá ter sempre uma Assessoria Jurídica para que todas as suas pendências judiciais sejam equacionadas da forma mais aperfeiçoada possível, através da contratação de um advogado e com contrato de prestação de serviços e instrumentos procuratórios específicos, à qual compete:

- I. Elaborar todos os contratos de prestação de serviços que a unidade mantém com terceiros;
- II. Examinar as procurações e a situação de cada mandatário;

- III. Defender os interesses da unidade, judicial e extrajudicialmente;
- IV. Efetuar as cobranças dos casos pendentes;
 - I. Atuar em todas as ações em que a unidade for sujeito ativo ou passivo;
- VI. Julgar a procedência de pedidos de fornecimento de informações sobre a unidade e os pacientes;
- VII. Orientar a unidade sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras.
- VIII. Examinar a documentação inerente à contratação de colaboradores, bem como verificar o recolhimento dos encargos sociais, recalculando-os se necessário.
- IX. Emitir pareceres sobre questões inerentes a unidade na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;
 - I. Representar a unidade junto ao sindicato patronal para discutir os dissídios coletivos.

Faturamento

Art. 15º - A Seção de Faturamento, chefiada por profissional devidamente habilitado, compete:

- I. Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes do Sistema Único de Saúde;
- II. Assegurar para que todos os prontuários dos pacientes com alta sejam faturados e entregues dentro dos prazos previstos;
- III. Elaborar mapas demonstrativos mensais do faturamento elaborado, observando roteiros implantados pela administração para o preenchimento de um Relatório Mensal de Prestação de Contas;
- IV. Informatizar por inteiro o Serviço, utilizando programas e equipamentos compatíveis;
- V. Estabelecer e assegurar o cumprimento do fluxo de encaminhamento e tempo, das solicitações de autorizações de internação;
- VI. Garantir para que sejam mantidas atualizadas as tabelas de preços dos produtos e serviços hospitalares;
- VII. Dispor de tabelas atualizada dos códigos e valores praticados pelos órgãos oficiais;
- VIII. Elaborar e acompanhar mapas de controle de valores faturados, recebidos e glosados e preparando o refaturamento das glosas;
- IX. Promover sistematicamente educação continuada e treinamento a toda a equipe;
- X. Interagir com a Gerência de Enfermagem, no que se refere a alteração das normas dos SUS que diz respeito aos procedimentos dos serviços;

- XI. Elaborar um regimento específico para a Seção;
- XII. Fixar sistema de revisão de débito com base nos prontuários;
- XIII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
- XIV. Elaborar em conjunto com a TI, Manual de Normas, Rotinas e Regulamento dos Serviços;
- XV. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento do Serviço.

Prontuário de Pacientes (SPP)

Art. 16º - A Serviço de Prontuário de Paciente, responsável pelo arquivo, estatística, comandada por profissional qualificado, compete:

- I. Zelar para que o prontuário esteja completo e preenchido corretamente, interagindo com outros serviços para atingir este objetivo;
- II. Manter um prontuário único para cada paciente, responsabilizando-se pela guarda e conservação dos mesmos;
- III. Elaborar, mensalmente, os mapas estatísticos referentes à utilização e ocupação da unidade, bem como preencher e enviar as estatísticas exigidas pelos órgãos legais;
- IV. Fazer levantamentos de dados, sempre que solicitado pela administração, para atender as solicitações legais;
- V. Proibir o acesso ao prontuário médico, de pessoas não autorizadas para esta finalidade;
- VI. Utilizar sistema apropriado para identificação e guarda do prontuário, facilitando, assim, sua localização quando necessário;
- VII. Manter o regimento da seção atualizado e sugerir mudanças para seu aperfeiçoamento.

Contabilidade

Art. 17º - Ao Serviço de Contabilidade da unidade, Chefiado por contador devidamente habilitado e registrado no órgão competente, compete:

- I. Contabilizar, conforme a legislação em vigor o Plano Contábil Hospitalar, toda a documentação pertinente;
- II. Implantar o inventário perpétuo, mantendo controle permanente do imobilizado;
- III. Manter controle contábil dos estoques;
- IV. Elaborar, mensalmente, um balancete, com mapas demonstrativos das Receitas, Despesas, Disponibilidades, Realizáveis, Exigível e Aplicação de Resultados;
- V. Encerrar, anualmente, um Balanço Geral do Ativo, Passivo e das Contas de Resultado para ser aprovado pela assembleia da Entidade;

- VI. Implantar sistema informatizado compatível com outras unidades administrativas;
- VII. Conciliar todas as contas ao fechar o Balancete Mensal e o Balancete Anual.
- VIII. Manter controle dos cheques emitidos e dos devolvidos;
- IX. Preparar toda a documentação exigida para a prestação de contas e auditoria;
- X. Implantar um quadro comparativo contábil das Contas do Ativo e do Passivo;
- XI. Promover, periodicamente, auditoria contábil por profissional específico, com relatório específico e encaminhá-lo à Administração da unidade;
- XII. Elaborar um plano Contábil de Custos e implantá-lo para que mensalmente sejam levantados os custos de cada Unidades da unidade e os custos unitários dos serviços produzidos em cada Unidade;
- XIII. Implantar, em toda a unidade, os Centros de Custos e colaborar na introdução dos relatórios de produção de cada Unidade;
- XIV. Implantar sistemas, de forma a fixar os coeficientes de rateio dos serviços e produtos comuns a todo a unidade;
- XV. Fechar mensalmente e depois de encerrado o balancete, os mapas de custo para que a administração possa utilizar suas informações para tomar decisões;
- XVI. Elaborar quadros comparativos mensais das Receitas e dos Custos da unidade, por Unidade;
- XVII. Informatizar por inteiro todas as práticas contábeis;
- XVIII. Manter arquivo organizado para a documentação;
- XIX. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
- XX. Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regulamento do Serviço;
- XXI. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento do Serviço.

Áreas da Coordenação De Atendimento

SAU – Serviço de Atenção ao Usuário

Art. 18º - Ao SAU, compete:

- II. Garantir o atendimento ao público em geral, prestando-lhes as informações solicitadas, encaminhando o cliente ao Serviço de Atendimento ao usuário;
- III. Formalizar a admissão dos pacientes aos serviços assistenciais, quer externo ou quanto à internação, enquadrando-os no Sistema Único de Saúde;
- IV. Zelar para que impressos e ou informações introduzidas pela Administração sejam corretamente preenchidos;
- V. Levantar informações estatísticas diárias e mensais relativas à capacidade instalada dos serviços e leitos da entidade a sua movimentação, enquadrando-os no Plano Estatísticos;

- VI. Controlar fluxo de pessoas que adentram na unidade , de conformidade com as normas estabelecidas pela Diretoria;
- VII. Providenciar o acompanhamento do paciente à internação;
- VIII. Manter registro das internações efetivadas, incluindo, sequência dos números de registros, internação, alta, óbito, remoção e evasões;
- VIII. Interagir com o Serviço Social, visando o treinamento para a comunicação de óbito;
- IX. Interagir com todos os serviços da Entidade que posam intervir no funcionamento do mesmo;
- X. Instruir um sistema de Controle de Leitos;
- XI. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;
- XII. Elaborar, em conjunto com a Diretoria, Manual de normas, rotinas e Regimento da Unidade;
- XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento da Unidade.
- XIV. Receber e controlar todas as chamadas telefônicas, dando-lhes o devido encaminhamento;
- XV. Restringir as chamadas particulares;
- XVI. Apresentar, mensalmente, o relatório das ligações;
- XVII. Manter atualizada a lista de telefones para contato com os profissionais que atuam na unidade , bem como dos serviços;
- XVIII. Manter sempre atualizada a lista das seções e setores e de suas respectivas chefias;
- XIX. Manter relatório das ocorrências, estatísticas e atendimentos.

Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

Art. 19º - Compete ao SAU:

- I. Receber a queixa, elogios, sugestões e agradecimentos, documentar em protocolo próprio e encaminhar as solicitações para os responsáveis de cada área.
- II. Checar as informações e responder ao usuário que se identificar ou a um representante da comunidade beneficiada pelo atendimento.
- III. Acompanhar as providências adotadas, garantindo o direito de resolutividade e manter o requerente informado do processo.
- IV. Atender sempre o manifestante com cortesia e respeito, sem discriminação ou pré-julgamento, dando-lhe uma resposta à questão apresentada, no prazo de até 7 (sete) dias úteis.

Hotelaria

Seção de Higienização e Limpeza

Art. 20º - Ao Serviço de Higienização e Limpeza:

- I. Promover a higienização e limpeza diariamente de toda a entidade levando em consideração a especificação de cada local;
- II. Implantar as normas técnicas definidas nos Manuais de Procedimentos;
- III. Elaborar as escalas de serviços, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada local;
- IV. Elaborar e implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
- V. Estabelecer o fluxo para a coleta do lixo, segundo a legislação vigente;
- VI. Coletar o lixo, observando as normas definidas para o devido destino, seguindo a legislação vigente;
- VII. Combater, periodicamente, insetos e roedores;
- VIII. Promover, continuamente, treinamento em serviço;
- IX. Observar e comunicar as seções e setores específicos, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;
- X. Zelar na manutenção da limpeza do estacionamento e das áreas externas da unidade;
- XI. Elaborar relatórios próprios para controles e avaliações;
- XII. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;
- XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento da Unidade.

Serviço de Processamento de Roupa

Art. 21º - Ao Serviço de Processamento de Roupa, compete:

- I. Recolher, pesar, processar, distribuir e controlar todas as roupas da unidade;
- II. Assegurar que seja realizada a manutenção preventiva dos equipamentos e instalações;
- III. Garantir para que a distribuição de roupa seja proporcional à necessidade de cada seção ou setor e nos horários previamente estabelecidos;
- IV. Assegurar para que as roupas processadas não sejam veículos de disseminação de contaminação;
- V. Efetuar levantamentos periódicos e introduzir dispositivos que permitam o controle eficaz de toda a rouparia da entidade;
- VI. Elaborar escalas de serviços em consonância com as atividades desenvolvidas em cada setor da unidade;
- VII. Garantir que a Unidade esteja sempre em ordem, assegurando que os funcionários se utilizem sempre dos EPIs indicados.
- VIII. Assegurar que seja realizado o controle bacteriológico dos processos de lavagem, carros de transporte e depósito e roupas;
- IX. Garantir para que não haja a manipulação desnecessária da roupa suja;
- X. Requisitar o material e os serviços necessários à unidade;
- XI. Fazer relatórios necessários ao levantamento de custos;

- XII. Garantir o conserto da roupa que se estraga, definindo a prioridade de confecção de novas;
- XIII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
- XIV. Elaborar e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento da Unidade.

Serviço Social

Art. 22º - A Seção de Assistência Social, responsável pelo Atendimento ao Usuário necessitado e comandada por profissional qualificado, compete:

- I. Dar encaminhamento aos casos de pacientes que necessitem encaminhamentos a outras instituições, conforme indicação médica;
- II. Prestar atendimento social à população usuária do Sistema Único de Saúde;
- III. Dar encaminhamentos aos casos ambulatoriais, utilizando-se dos recursos existentes na região;
- IV. Cuidar para que os encaminhamentos sociais dos diversos departamentos tenham eficiência e agilização satisfatórias;
 - I. Promover a compreensão e prática dos deveres dos funcionários para com a unidade e seus serviços, levando-os ao aperfeiçoamento consciente, personalizado e responsável por um trabalho e qualidade total;
- VI. Cabe ao Serviço Social buscar o pleno desenvolvimento humano dos membros que se dedicam a unidade, como equipes ou como indivíduos, contribuindo para sua formação contínua para solução dos problemas sociais, familiares, pessoais que, por acaso, os impeçam de prestar seus serviços.

Nutrição e Dietética

Art. 23º - A Unidade de Nutrição e Dietética, chefiada por uma Nutricionista compete:

- I. Preparar e distribuir alimentos a pacientes, acompanhantes e funcionários e conforme definição da administração;
- II. Prescrever e assegurar para que seja obedecida rigorosamente a prescrição para elaboração e distribuição das dietas gerais e especiais;
- III. Preparar cardápios para pacientes, acompanhantes e colaboradores;
- IV. Interagir junto à equipe médica visando à prescrição da diretoria dos pacientes;
- V. Definir os espaços e ou ambientes específicos para o preparo das dietas, carnes e legumes;
- VI. Garantir para que nas atividades que envolvam o lactário, sejam rigorosamente observadas as técnicas vigentes;
- VII. Definir e implantar rotinas para o tratamento correto do lixo e restos injestas, efetuando o controle dos mesmos;

- VIII. Assegurar para que sejam combatidos, periodicamente e sistematicamente, insetos e roedores;
- IX. Interagir junto a Gerencia Operacional com vista à realização dos controles bacteriológicos dos equipamentos e instrumentos, locais de trabalho e produtos que possam contaminar-se;
- X. Garantir para que todas as aberturas das unidades sejam devidamente teladas;
- XI. Assegurar que seja realizado o controle sanitário periódico dos colaboradores;
- XII. Garantir que todos os colaboradores da unidade usem EPI's;
- XIII. Assegurar a higiene impecável nos locais de preparo da alimentação, e naqueles que a mesma é servida;
- XIV. Garantir a educação continuada em serviço assegurando que nenhum colaborador entre em atividade, sem antes ter recebido o treinamento específico;
- XV. Elaborar as escalas de serviços, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada local;
- XVI. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
- XVII. Elaborar formulários apropriados para as tarefas específicas;
- XVIII. Elaborar e implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
- XIX. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade e o Regimento da Unidade.

Data

DIRETOR DA UNIDADE

3.2 Proposta para Regimento Interno do Corpo Clínico

CAPÍTULO I – CONCEITUAÇÃO

Art. 1º - Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o (estabelecimento de saúde, hospital, clínica etc.), respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Art. 2º - Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em ____, ____, ____.

CAPÍTULO III – OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO.

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:

I – a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

II – o desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;

III – a implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO IV – DIRETORIA CLÍNICA

Art. 4º - A Diretoria Clínica é o órgão de administração do Corpo Clínico.

Art. 5º - Integram a Diretoria Clínica:

- Diretor Clínico.
- Assistentes Clínicos.
- Comissão de Ética Médica.
- Comissões Técnico-Científicas.
- Gerência de Enfermagem.

Art. 6º - O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Parágrafo Único: O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas.

Art. 7º - O Diretor Clínico será escolhido pelo Diretor Técnico após votação secreta entre os membros efetivos do Corpo Clínico através de lista tríplice.

Parágrafo único: O mandato do Diretor Clínico terá duração de (quatro) anos, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 8º - São atribuições do Diretor Clínico:

I – A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal.

II – A responsabilidade ético profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina, Sistema Único de Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados o âmbito da Unidade de Saúde;

III – A coordenação da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;

IV – A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

V – O estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para a realização de controle e avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na instituição.

VI – Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização do CRM;

VII – Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento.

VIII – Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;

IX – Credenciar o médico com cadastro apreciado e aprovado, para uma das categorias de médico efetivo do Corpo Clínico, pelo Departamento ao qual se relaciona pela especialidade que exerce.

X – A orientação das atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico.

XI – Constituir as Comissões Técnico-Científicas.

XII – Designar os representantes de clínica, dentre os membros efetivos

Art. 9º - Os Assistentes Clínicos tem as seguintes atribuições:

I – Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;

II – Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos.

III – Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento.

IV – Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica.

V – Elaborar normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;

VI – Manter os serviços necessários ao preenchimento das finalidades e possibilidades do Estabelecimento de Saúde em regime de (emergência, internação, ambulatório, unidade-dia etc)

VII – Organizar as atividades relativas a atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico-Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos clientes.

VIII – Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

Art. 10º - As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, serão constituídas pelo Diretor Clínico;

Parágrafo único – A Comissão de Ética Médica, será eleita e homologada conforme a Resolução nº 169/99 do CRM.

Art. 11º - As Comissões Técnico-Científicas tem sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos Regimentos Internos.

Art. 12º - As Comissões Técnico-Científicas tem por finalidade proporcionar subsídios ao Diretor Clínico no que se refere a:

- Protocolos de conduta.
- Controle de infecção hospitalar.
- Normas e procedimentos operacionais.
- Registros médicos.
- Avaliação de desempenho.
- Farmácia e terapia.
- Qualidade de assistência médica.

- Publicações periódicas.
- Residência médica.
- Credenciamentos.
- Procedimentos complexos.
- Análise de óbitos.

Art. 13º - As comissões devem ter o caráter multidisciplinar.

Art. 14º - Os médicos, legalmente habilitados para suas atividades pelo CRM, prestam serviços aos pacientes de forma individual ou coletiva, dentro do escopo de suas áreas de habilitação.

Art. 15º - Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

CAPÍTULO V – DOS MÉDICOS

Art. 16 – Os médicos que se encontram em pleno direito de exercer a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem na Unidade de Saúde são distribuídos nas seguintes categorias:

- I – Efetivos.
- II – Temporários.
- III – Consultores.
- IV – Estagiários.
- V – Autônomos.

Art. 17 – São membros efetivos os médicos que tenham integrado o grupo de membros temporários pelo período mínimo de (seis) meses e após aprovação do cadastro se declararem em concordância com todas as exigências inerentes às suas atividades como participante do Corpo Clínico nesta categoria.

Art. 18 – São membros temporários os médicos aprovados pelo Diretor Clínico para internar seus pacientes, podendo voluntariamente seguir os protocolos de conduta estabelecidos pelo Corpo Clínico para as áreas de sua habilitação.

Parágrafo único: O período para solicitação de cadastramento como membro efetivo do Corpo Clínico não poderá exceder à (doze) meses.

Art 19 – São membros consultores os médicos de reconhecida capacidade técnica, que aceitam colaborar com o Corpo Clínico quando solicitado pelo Diretor Clínico, na forma deste Regimento.

Art. 20 – São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc) os médicos devidamente inscritos no CRM, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a instituição.

Parágrafo único – Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico.

Art. 21 – São membros autônomos os médicos autorizados pelo Diretor Clínico a atuarem atendendo, dentro do estabelecimento, clientela privada ou de convênios próprios, recebendo seus honorários desvinculados da instituição.

Art. 22 – Por autorização do Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.

CAPÍTULO VI – DO CREDENCIAMENTO

Art. 23 – O credenciamento consiste na aprovação pelo Corpo Clínico do cadastro de um membro temporário, candidato a membro efetivo.

Parágrafo único: Todas as solicitações para credenciamento serão feitas por escrito e enviadas para apreciação em formulário próprio.

Art. 24 – São pré-requisitos para credenciamento:

- Atuação como membro temporário do Corpo Clínico há pelo menos (seis) meses.
- Competência, experiência e atualização comprovadas relevantes.
- Estado de saúde assegurando que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas.

Art. 25 – Cabe a Diretoria a exigência da documentação necessária para instruir o processo de ingresso no Corpo Clínico.

Parágrafo Único: Informações necessárias para cadastramento

- registro profissional e de qualificação pelo CRM;
- certificados e atestados de qualificações;
- relação dos programas de treinamento e nome dos responsáveis dos serviços que tenha participado;

- declaração do candidato sob pendências éticas ou jurídicas presentes e passadas;
- declaração de aceite em cumprir o Regulamento da Instituição e o Regimento do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VII – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 26 – Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:

- Votar e ser votado.
- Integrar e presidir comissões.
- Representar clínicas e/ou serviços.

Parágrafo único: É vedado o voto por procuração.

Art. 27 – O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO VIII – DA ORGANIZAÇÃO

Art. 27 – As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços com regimentos próprios nas seguintes especialidades:

- a) (Clínica Médica)
- b) (Clínica Cirúrgica)
- c) (Pediatria)
- d) (Gineco-Obstetrícia)

Art. 28 – Cada serviço terá um médico efetivo como representante e responsável pelo planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento.

Art. 29 – Ao representante do serviço compete:

- supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade
- aos pacientes;
- promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as
- situações mais frequentes no serviço;
- identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade

- verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO IX – DAS PENALIDADES

Art. 30 – As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

- Advertência escrita reservada.
- Suspensão temporária do credenciamento.
- Descredenciamento.

Art. 31 – A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

Art. 32 – No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Parágrafo único: A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedida de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

CAPÍTULO X – DAS REUNIÕES

Art. 33 – As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de (dez) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 34– As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 35 – As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

- Advertência escrita reservada.
- Suspensão temporária do credenciamento.
- Descredenciamento.

Art. 36 – A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

Art. 37 – No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Parágrafo único: A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedida de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

CAPÍTULO X – DAS REUNIÕES

Art. 38 – As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de (dez) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 39– As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 40 – As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 50% dos membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 41 – As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 42 – É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 43 – Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades na Unidade de Saúde estão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento.

Art. 44 – As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Art. 45 – O presente Regimento aprovado em reunião de ____/____/____, entrará em vigor na data de sua publicação.

3.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é o compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com seus clientes internos ou externos.

Art. 1 - O Serviço de Enfermagem tem como finalidades:

I. Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;

II. Planejar, supervisionar e executar todas as atividades de enfermagem existentes na Instituição, conforme a Legislação vigente.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º O serviço de Enfermagem do Instituto IDEAS está subordinado diretamente ao diretor geral e será coordenado exclusivamente por enfermeiro; ou o serviço de Enfermagem da instituição, que está subordinado diretamente à direção administrativa e será coordenado exclusivamente por enfermeiro.

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem é representado por uma Gerência, que possui autonomia, e está subordinado à Diretoria Administrativa.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

- I - Enfermeiro Responsável Técnico (RT);
- II - Enfermeiro Supervisor de área;
- III - Enfermeiro Assistencial;
- IV - Técnicos de Enfermagem;
- V - Auxiliares de Enfermagem;

CAPÍTULO IV

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - Ao Enfermeiro Responsável Técnico compete:

- Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho;
- Organizar o Serviço de Enfermagem de acordo com a especificidade de cada Instituição elaborando e fazendo cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem, que deve ser de conhecimento de todos os profissionais de enfermagem e estar atualizado;
- Realizar reuniões periódicas com a Equipe de Enfermagem, com registro em Ata.
- Manter o quantitativo necessário de profissionais de enfermagem, na escala de trabalho, observando o disposto na Resolução COFEN N° 293/2004, disponibilizando seu conhecimento em local acessível aos profissionais de Enfermagem;
- Manter registro das atividades administrativas e técnicas de Enfermagem,

- devidamente assinadas, com número da inscrição no COREN, e carimbo
- individual e / ou institucional, conforme a Decisão COREN-SP115/2006;
- Participar proativamente em projetos de reforma ou construção de unidade ou serviços.

Art. 6º - Ao Enfermeiro Supervisor de Área compete:

- Supervisionar área de trabalho sob sua responsabilidade;
- Auxiliar o Enfermeiro Responsável Técnico nas avaliações periódicas dos funcionários;
- Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da Enfermagem;

Art. 7º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

- Prestar assistência de enfermagem conforme sua qualificação;
- Prestar os cuidados de Enfermagem conforme prescrições médicas e de Enfermagem.
- Assistir ao Enfermeiro: no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
- Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º do Decreto 94.406/87, sendo:
 - Verificar os sinais vitais e medidas antropométricas;
 - Aspirar o trato respiratório;
 - Atender a ressuscitação cardiopulmonar.

Art. 8º - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

- Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º do Decreto 94.406/87, sendo:
 - Verificar os sinais vitais e medidas antropométricas;
 - Realizar curativos de menor complexidade técnica;
 - Proceder a limpeza, empacotamento e esterilização de materiais.
 - Zelar pela manutenção e organização da unidade;
 - Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

CAPÍTULO V

DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO, AVALIAÇÃO E DESLIGAMENTO.

Art. 9º - O processo de seleção para contratação de profissionais de Enfermagem, independente da forma de contratação, deverá ser realizado prioritariamente em conjunto com o Enfermeiro Responsável Técnico.

Art.10º - Os requisitos necessários para a atuação dos profissionais de Enfermagem são:

I - Enfermeiro Responsável Técnico:

- registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- experiência profissional comprovada;
- possuir especialização em Administração Hospitalar (dentre outros).

II - Enfermeiro Supervisor de área:

- registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- experiência profissional comprovada;
- capacidade de liderança (dentre outros).

III – Enfermeiro Assistencial:

- Registro do profissional de Enfermagem no COREN;
- Perfil profissional em acordo com o requisito da vaga.

IV - Técnico de Enfermagem:

- registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- experiência profissional comprovada;
- aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, autocontrole (dentre outros).

V - Auxiliar de Enfermagem:

- registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- experiência profissional comprovada;
- aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, autocontrole (dentre outros).

Art 11º - Os profissionais de Enfermagem deverão ser periodicamente avaliados, a cada 6 meses, no mínimo, mediante instrumento de Avaliação de Desempenho Previamente elaborado.

Parágrafo Único – A avaliação de Desempenho poderá ser realizada sob diversas formas, sugerindo-se primeiramente a autoavaliação e, posteriormente, avaliação pela chefia direta.

CAPÍTULO VI

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 12º O Serviço de Enfermagem “Y” obedecerá aos seguintes turnos de trabalho:

I - unidade de internação: 7h às 19h, 19h às 7h;

II - unidade de ambulatório: 7h às 17 (segunda a sexta-feira).

CAPÍTULO VII

DAS NORMAS E DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN.

Art. 14º - O funcionário não poderá deixar o ambiente de trabalho uniformizado.

Art. 15º - Anualmente, no mês de Abril, o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal ou ao Enfermeiro Responsável Técnico, a certidão de regularidade do COREN.

Art. 16º - O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que “Dispõe sobre a Regulamentação do

Exercício de Enfermagem”.

Art. 17º – O Enfermeiro Responsável Técnico poderá tomar decisões não previstas no presente Regimento, desde que respaldadas pela Legislação vigente.

Art. 18º– O presente documento será de conhecimento de todos os profissionais de Enfermagem e permanecerá disponível de forma impressa em local acessível a toda a equipe de Enfermagem.

3.4 Proposta de implantação de serviços de registros eletrônicos de atividades assistenciais da unidade

Proposta de Implantação: **Registros Eletrônicos de Atividades Assistenciais dos Profissionais no Hospital Regional São Vicente de Paula.** Esta proposta visa digitalizar e padronizar a forma como os profissionais de saúde da unidade registram suas atividades assistenciais diárias. O foco é otimizar o registro de procedimentos, evoluções de enfermagem, administração de medicamentos e outras intervenções, mesmo que o prontuário do paciente ainda seja gerenciado em papel ou por um sistema menos integrado.

1. Objetivo Geral

Implementar um sistema eletrônico para o registro padronizado e eficiente das atividades assistenciais realizadas pelos profissionais do Hospital Regional São Vicente de Paula, a fim de melhorar a qualidade do registro, a rastreabilidade das ações e a geração de dados para gestão, sem necessariamente substituir o prontuário completo do paciente por um PEP.

2. Objetivos Específicos

Padronizar o registro: Assegurar que todas as intervenções sejam documentadas de forma uniforme, clara e completa.

Aumentar a rastreabilidade: Permitir identificar facilmente quem realizou qual procedimento, em que momento e com qual resultado.

Melhorar a segurança: Reduzir erros por falta de informação ou má interpretação de registros.

Agilizar o registro: Diminuir o tempo gasto com documentação manual, liberando o profissional para o cuidado direto ao paciente.

Gerar dados de produtividade: Coletar informações sobre o volume e tipo de procedimentos realizados por cada categoria profissional ou pela unidade.

Otimizar o consumo de materiais: Melhorar o controle de insumos relacionados a procedimentos específicos.

3. Alcance da Implantação

O sistema de registros eletrônicos abrangerá as principais atividades assistenciais com alto volume ou criticidade, permitindo que cada profissional registre suas intervenções. Isso inclui, mas não se limita a:

Registros de Enfermagem:

Sinais vitais (pressão arterial, temperatura, pulso, saturação de oxigênio).

Administração de medicamentos (dose, via, horário, intercorrências).

Evoluções de enfermagem (observações sobre o estado do paciente, intervenções).

Curativos, sondagens, punções venosas, nebulizações, entre outros procedimentos.

Balanço hídrico.

Registros Médicos (de atividades pontuais, se o PEP completo não for adotado):

Prescrição eletrônica (simplificada, para controle interno de dispensação).

Realização de pequenos procedimentos (suturas, drenagens, imobilizações).

Avaliações de intercorrências.

Registros de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:

Coleta de exames laboratoriais (registro da coleta, com integração posterior ao laboratório para resultados).

Realização de exames de imagem (registro do exame realizado, com integração posterior ao laudo).

Classificação de Risco: Registro da triagem inicial e do nível de prioridade.

Controle de Leitos de Observação: Registro de entrada, saída e condições dos pacientes na sala de observação.

4. Metodologia de Implantação

A implantação será faseada, com foco na usabilidade e no treinamento intensivo da equipe.

Fase 1: Planejamento e Seleção da Ferramenta (Mês 1-2)

Comitê de Digitalização de Registros: Formação de um grupo de trabalho com representantes da gestão, TI, médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem.

Levantamento Detalhado das Necessidades: Identificação dos formulários e processos de registro mais críticos para digitalização imediata.

Análise de Ferramentas: Avaliação de softwares específicos para registro de enfermagem/procedimentos, ou módulos de sistemas de gestão hospitalar mais simples, que possam ser implementados sem a complexidade de um PEP completo. Prioridade para sistemas intuitivos e personalizáveis.

Seleção e Aquisição: Escolha da ferramenta e contratação do fornecedor.

Fase 2: Customização e Configuração (Mês 3-4)

Parametrização dos Formulários: Adaptação dos modelos eletrônicos para refletir os formulários e rotinas atuais da unidade (ex: ficha de sinais vitais, folha de checagem de medicação, formulário de procedimentos).

Definição de Perfis de Acesso: Configuração das permissões de acesso para cada categoria profissional, garantindo a segurança e privacidade dos dados.

Integração Básica: Se possível, busca de integração com sistemas já existentes, como o de regulação ou o de laboratório/imagem para recebimento de resultados (mesmo que por interface simples).

Testes Internos: Realização de testes práticos com um grupo pequeno de usuários para identificar bugs e oportunidades de melhoria na usabilidade.

Fase 3: Treinamento e Go-Live (Mês 5-6)

Capacitação Intensiva: Treinamento prático de toda a equipe assistencial no uso do novo sistema, com foco nas funcionalidades do dia a dia. Serão criados manuais de uso e "tutoriais rápidos".

Campanha de Sensibilização: Comunicação clara sobre os benefícios da mudança e o suporte disponível.

Implantação Gradual ou por Módulos: Considerar uma implantação gradual, começando pelos registros mais críticos (ex: administração de medicamentos) ou por um turno/setor, para minimizar impactos e permitir ajustes.

Suporte no Período Inicial: Presença de equipe de suporte (TI e usuários-chave) 24 horas nas primeiras semanas para auxiliar os profissionais.

Fase 4: Otimização e Monitoramento (A partir do Mês 7)

Monitoramento de Uso: Acompanhamento da adesão ao novo sistema e da qualidade dos registros.

Coleta de Feedback: Canais abertos para sugestões e problemas reportados pela equipe.

Análise de Dados: Geração de relatórios de produtividade, tipos de procedimento mais realizados, consumo de medicamentos/insumos.

Melhorias Contínuas: Implementação de ajustes e novas funcionalidades baseadas no feedback e na análise de dados.

Cronograma:

Fase	Período Estimado	Marcos Principais
Planejamento e Seleção	Mês 1 - 2	Comitê Formado, Requisitos Levantados, Ferramenta Seleccionada.
Customização e Configuração	Mês 3 - 4	Formulários Parametrizados, Perfis de Acesso Definidos, Testes Realizados.
Treinamento e Go-Live	Mês 5 - 6	Equipe Capacitada, Lançamento do Sistema, Suporte Pós-Implantação.
Otimização e Monitoramento	A partir do Mês 7	Relatórios Gerados, Coleta de Feedback, Ajustes e Melhorias Contínuas.

4. Implantação de Processos

4.1 Proposta de integração gerencial das unidades

O Hospital Regional São Vicente de Paula, irá estender a integração gerencial para a macrorregião de saúde é um passo ambicioso e transformador. Isso significa criar uma rede de gestão ainda mais ampla, que otimiza recursos, padroniza processos e melhora o acesso e a qualidade do cuidado em uma escala regional, beneficiando não apenas a região imediata ao hospital, mas todas as cidades vizinhas que compõem essa macrorregião.

Proposta de Implantação: **Programa de Integração Gerencial da Macrorregião de Saúde**. Este programa visa estabelecer um modelo de gestão colaborativa e baseada em dados que conecte as secretarias municipais de

saúde, as UPAs, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e os hospitais de referência em toda a macrorregião. O objetivo é garantir que as informações gerenciais fluam de forma estratégica entre todas as unidades, permitindo decisões coordenadas e eficientes para o sistema de saúde regional.

1. Objetivo Geral

Implementar um sistema de gestão integrada para a macrorregião de saúde, promovendo a troca de informações gerenciais, a padronização de indicadores e a coordenação de ações entre todos os municípios, UPAs, Atenção Primária e Rede Hospitalar, visando a otimização dos recursos e a melhoria contínua da qualidade e acesso aos serviços de saúde em nível regional.

2. Objetivos Específicos

Unificar Indicadores: Definir um conjunto comum de indicadores de desempenho assistencial, operacional e financeiro para todas as unidades de saúde da macrorregião.

Visão Regional da Saúde: Desenvolver uma plataforma de inteligência de negócios (BI) que ofereça uma visão abrangente e em tempo real da performance de saúde de toda a macrorregião.

Otimizar Fluxos Regionais: Utilizar dados gerenciais para identificar gargalos e otimizar os fluxos de referência e contrarreferência entre municípios e níveis de atenção.

Alocação Estratégica de Recursos: Apoiar decisões de investimento, distribuição de profissionais e insumos com base em dados consolidados da macrorregião.

Fortalecer a Governança Intermunicipal: Estabelecer fóruns regulares de discussão e decisão entre os gestores de saúde dos municípios da macrorregião.

Fomentar a Colaboração: Promover a troca de boas práticas e a resolução de problemas de forma conjunta entre as equipes de saúde da região.

3. Alcance da Implantação

O programa de integração gerencial terá alcance macrorregional, envolvendo:

Secretarias Municipais de Saúde: De todos os municípios que compõem a macrorregião.

UPAs Regionais: UPAs existentes na macrorregião.

Unidades Básicas de Saúde (UBSs): De todos os municípios da macrorregião.

Hospitais de Referência Regional: Os principais hospitais que atendem a demanda da macrorregião.

Central de Regulação Estadual/Regional: Fundamental para a gestão de leitos e procedimentos de alta complexidade.

4. Metodologia de Implantação

A metodologia será baseada em uma abordagem multifacetada, combinando tecnologia, governança e colaboração contínua.

Fase 1: Alinhamento e Diagnóstico Macrorregional (Mês 1-4)

Formação do Comitê Gestor Macrorregional de Saúde: Criação de um comitê estratégico com representantes das Secretarias de Saúde de todos os municípios da macrorregião, gestores de UPAs, hospitais de referência e, idealmente, da Secretaria Estadual de Saúde. Este será o principal fórum de decisão.

Mapeamento de Sistemas e Dados Atuais: Levantamento dos sistemas de informação (PEP, e-SUS AB, SIH, SIA, etc.) e dos dados gerenciais atualmente produzidos por cada município e unidade da macrorregião. Identificar pontos fortes e lacunas.

Definição de KPIs Macrorregionais: Padronização de um conjunto de Indicadores Chave de Desempenho (KPIs) que sejam relevantes para todos os níveis de atenção e que permitam uma visão consolidada da saúde da macrorregião (ex: taxa de ocupação de leitos regionais, tempo médio de espera por especialidade/procedimento regulado, cobertura vacinal macrorregional, taxa de internações por condições sensíveis à APS).

Análise de Fluxos Intermunicipais: Mapeamento dos fluxos de pacientes e informações entre os diferentes municípios e unidades da rede macrorregional, identificando ineficiências e descompassos.

Fase 2: Desenvolvimento da Plataforma de Inteligência de Dados (Mês 5-12)

Seleção de Plataforma de Business Intelligence (BI) e Integração: Escolha de uma solução de BI robusta e escalável que permita a integração de dados de múltiplas fontes e diferentes sistemas, com foco em segurança e

desempenho. Pode ser uma solução própria, de mercado ou desenvolvida em parceria com o Estado.

Desenvolvimento de Conectores e ETLs: Criação de interfaces (APIs) e processos de Extração, Transformação e Carga (ETL) para coletar dados dos sistemas de origem (PEP, e-SUS AB, SIH/SIA, sistemas de hospitais) e consolidá-los na plataforma de BI.

Criação de Dashboards e Relatórios Gerenciais: Desenvolvimento de painéis de controle visuais, interativos e segmentados por município, tipo de unidade e nível de atenção, permitindo análises em diferentes granularidades.

Testes Piloto e Validação: Implementação da plataforma em fase de testes com um grupo restrito de gestores para validação dos dados e funcionalidades.

Fase 3: Capacitação e Implementação da Governança (Mês 13-18)

Capacitação em BI e Análise de Dados: Treinamento intensivo para todos os gestores e equipes-chave das Secretarias de Saúde, UPAs, UBSs e hospitais da macrorregião sobre o uso da plataforma de BI e a interpretação dos indicadores.

Estabelecimento de Rotinas de Reunião Macrorregional: Definição de um calendário de reuniões periódicas do Comitê Gestor Macrorregional e de grupos de trabalho temáticos (ex: saúde materna e infantil, urgência e emergência, doenças crônicas).

Criação de Planos de Ação Compartilhados: Desenvolvimento de planos de ação que envolvam a colaboração de múltiplos municípios e unidades para abordar desafios regionais e otimizar os fluxos.

Implantação de Protocolos de Comunicação Intermunicipal: Estabelecimento de canais formais e informais de comunicação entre as unidades para agilizar decisões e trocas de informação.

Fase 4: Otimização e Melhoria Contínua (A partir do Mês 19)

Monitoramento e Avaliação Sistemática: Acompanhamento contínuo dos indicadores macrorregionais e do desempenho da rede.

Ciclos de Feedback e Ajustes: Coleta regular de feedback dos usuários e gestores para aprimorar a plataforma de BI, os protocolos e os processos de integração.

Benchmarking Regional: Comparação de desempenho entre os municípios e unidades da macrorregião para identificar boas práticas e áreas de melhoria.

Expansão de Funcionalidades: Inclusão de novos módulos, indicadores ou integrações conforme a rede amadurece e novas necessidades surgem.

Fase	Período Estimado	Marcos Principais
Alinhamento e Diagnóstico Macrorregional	Mês 1 - 4	Comitê Macrorregional Formado, Mapeamento de Sistemas, KPIs Macrorregionais Definidos.
Desenvolvimento da Plataforma de Dados	Mês 5 - 12	Ferramenta de BI Selecionada, Conectores Desenvolvidos, Dashboards Criados e Testados.
Capacitação e Governança	Mês 13 - 18	Gestores Capacitados, Rotinas de Reunião Estabelecidas, Planos de Ação Compartilhados.
Otimização e Melhoria Contínua	A partir do Mês 19	Monitoramento Contínuo, Ajustes Baseados em Feedback, Expansão de Funcionalidades.

4.2 Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O **Setor de Faturamento** tem como principal objetivo faturar as contas hospitalares. É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta Hospitalar. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.

São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço.

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente pelo **Hospital**. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema.

No Setor Público o faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

O IDEAS vai colocar seu apoio institucional em especial na operacionalização do **Prontuário Eletrônico** objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A Organização Mundial da Saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, “informar” pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso “informação” pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar

os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP).

Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar, programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar á estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n ° 18/1999 e SAS/MS n ° 35/1999 e nessa revisão, a estrutura de

codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da Programação Pactuada Integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990 e, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços. Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS n.º 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPME). A partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPME, (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.

Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.

Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM.

Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.

Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.

Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde.

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

Competências

a) Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando-as dentro dos prazos estabelecidos;

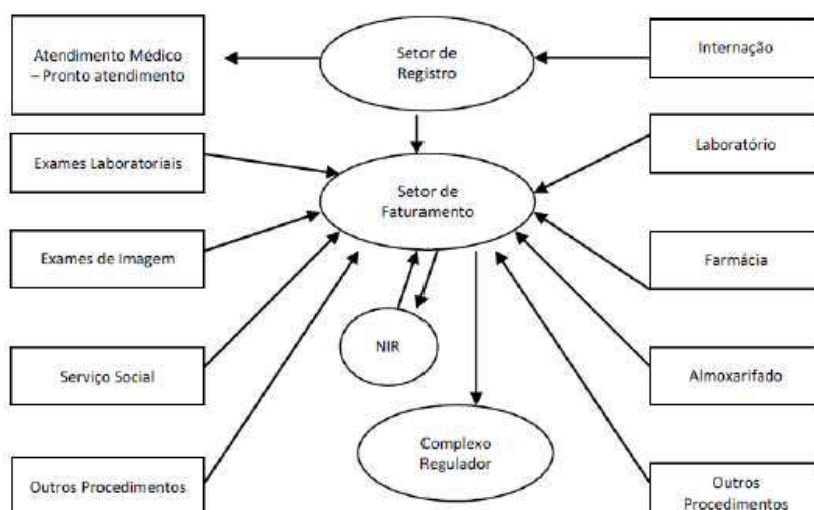
b) Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias;

c) Informar o corpo clínico e técnico-administrativo do Hospital, sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;

d) Elaborar planilhas dos laudos e enviar ao órgão da Saúde competente, para autorização das AIHs e/ou outros procedimentos;

e) Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação.

Fluxo de faturamento



O Serviço de Faturamento tem como objetivo principal a cobrança dos procedimentos realizados no Hospital. O controle das contas poderá proporcionar um atendimento de qualidade, o que é fundamental.

O setor da saúde exige uma administração eficaz, principalmente quando se trata do faturamento. O faturamento hospitalar é o processamento para cobrança de todos os procedimentos realizados na unidade, sejam eles em caráter ambulatorial ou hospitalar (em observação), dentro dos prazos pré-estabelecidos e dos parâmetros legais e vigentes.

O processo de faturamento hospitalar envolve três registros básicos, a saber:

Autorização de Internação Hospitalar – AIH (para procedimentos que geram internação hospitalar);

Boletim de Produção Ambulatorial – BPA (para procedimentos realizados em regime ambulatorial);

Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade – APAC (para procedimentos realizados que envolvem alto custo ou alta complexidade).

Os ganhos financeiros dependem de diversos setores da unidade como, por exemplo: enfermagem; farmácia; diagnóstico; laboratório; nutrição, e outros. Por este motivo, é necessária uma atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações.

Todos os setores devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento hospitalar execute plenamente suas funções.

O serviço de faturamento hospitalar tem como objetivos:

expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados

emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;

manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;

analisar os relatórios de faturas recebidas;

verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;

providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;

preparar os recursos de glosas para correção e pagamento das mesmas;

manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

Etapas:

1ª Etapa

1.1 Toda a produção do Hospital é encaminhada para o setor através dos prontuários dos pacientes após atendimento e as internações após terem alta.

1.2 Todos os prontuários que são encaminhados ao setor são recebidos e posteriormente organizados com o intuito de agilizarmos a regulação e posterior faturamento.

2ª Etapa

2.1 Na regulação é verificado se o procedimento solicitado está de acordo com o realizado, providenciadas as notas fiscais dos materiais passíveis de cobrança e agilizada a AIH:

2.1.1 Quando o procedimento solicitado não está de acordo com o realizado, o prontuário fica aguardando os médicos da comissão de regulação efetuarem a mudança de procedimento;

2.1.2 As AIH's dos procedimentos realizados são emitidas via sistemas utilizados pela gestora estadual.

2.1.3 Se houver necessidade de autorização pela Secretaria Estadual de Saúde, elabora-se um ofício de protocolo em duas vias, contendo a lista de procedimentos, documentos ou formulários, que servirá de comprovante de entrega à Secretaria de Saúde.

2.2 Após a regulação do prontuário, o mesmo é encaminhado para a Finanças efetuar o devido faturamento da conta hospitalar;

2.2.1 O faturamento hospitalar é realizado através da digitação ou importação do conteúdo no software SISAIH01

2.2.2 O faturamento é realizado da digitação ou importação do sistema BPA e APAC do Ministério da Saúde.

2.3 Concluído o faturamento, o prontuário é encaminhado para o setor de Arquivo.

3ª Etapa

3.1. Fechamento da produção hospitalar: O fechamento da produção hospitalar utiliza os sistemas do BPA, APAC e SISAIH01. Neste momento é realizado o fechamento das contas nos sistemas é gerado o arquivo de exportação para os sistemas distintos ao faturamento ambulatorial e hospitalar;

3.2 Fechamento da produção e geração do arquivo nos sistemas distintos;

3.3 Encaminhar produção para a Secretaria Estadual de Saúde.

4ª. Etapa

4.1. Verificação e acerto das contas rejeitadas: A SES disponibilizará por meio físico ou e-mail a "prévia" da apresentação, para viabilizar os acertos e correções necessárias para evitar as glosas.

4.2. Acessar: Controle, Avaliação e Auditoria > Processamento SIA e SIH

4.3. Rotina de reapresentação das contas glosadas - As contas glosadas, mencionadas no relatório "final" da apresentação, podem ser

corrigidas e rerepresentadas, desde que estejam no limite de quatro competências, ou seja, a atual e as três competências anteriores.

Responsabilidades

O setor de controle e análise do fluxo do ciclo de despesas tem a responsabilidade de:

- Organizar, conferir e preservar prontuários;
- Controlar e organizar assinaturas e carimbo do corpo médico;
- Acompanhar regras baseadas em formulários e indicadores padrão;
- Verificar a justificativa e a prescrição dos serviços;
- Evitar, identificar e analisar glosas e suas causas;

FLUXOS – Faturamento

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado na década de 1990 no Brasil, com a finalidade de registrar os atendimentos realizados por meio do Boletim de Produção.

Em 2007 a portaria N° 709 estabelece o Boletim de Produção Ambulatorial- BPA magnético constituído de duas formas de entrada de dados de produção, BPA consolidado e BPA individualizado.

No setor acolhimento e atendimento ao paciente;

Preenchimento da folha de faturamento;

Entrega da folha de produção ambulatorial ao faturamento;

No faturamento digitação dos procedimentos no aplicativo de captação do BPA mag.;

Atualização do aplicativo, consistência e exportação do arquivo de BPA;

Junção de todos os arquivos de BPA;

Consistência e exportação de um único arquivo;

Envio até o 3º dia útil do mês via e-mail o arquivo de produção ambulatorial à Coordenadoria Geral de Controle e Avaliação (CGCA) da Secretaria Estadual de Saúde.

Se houver algum problema de importação, o procedimento será modificado

O faturamento ajusta e reenvia no prazo de 24 horas;

Caso não, acompanhar a partir da última semana do mês do relatório de glosas no site da Secretaria Estadual de Saúde;

Caso haja alguma glosa

Caso sim, treinamento da equipe de faturamento baseado no relatório de glosas. Ajuste e reapresentação da produção glosada na próxima competência.

4.3 Proposta de manual de rotinas para administração financeira

Competências

Manual de Gestão Financeira

OBJETIVO

Identificar as rotinas e procedimentos para monitoramento e avaliação do gerenciamento dos recursos e estabelecer processos para nortear as atividades relacionadas à gestão financeira.

Objetiva-se a eficiência e a eficácia na realização dos procedimentos a fim de garantir confiabilidade, tempestividade e coesão nos dados e informações necessários para subsidiar a tomada de decisões na aplicação assertiva dos recursos.

INTRODUÇÃO

Este manual deverá ser seguido no Hospital, a fim de padronizar os procedimentos relacionados à gestão financeira.

Dentre as várias atribuições administrativas das Unidades geridas pela **OS** está a gestão financeira, responsável pelo recebimento e aplicação dos recursos financeiros por meio de mecanismos gerenciais eficientes, definição dos processos de trabalho, informatização das rotinas, dimensionamento e estabelecimento de metas e verificação dos resultados. A função deste manual é nortear e orientar as ações do controle financeiro assegurando às unidades a apresentação dos resultados planejados de modo que eventuais desvios possam indicar o redirecionamento das ações e por fim garantir o cumprimento das políticas da gestão pública com a eficiência da gestão privada.



CONCEITOS BÁSICOS

DEPARTAMENTO FINANCEIRO

O departamento financeiro é o setor que executa a gestão dos recursos financeiros e orçamentários, através de ações e procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, análise e controle das atividades financeiras do Hospital.

A ele compete as atividades de contas a receber, contas a pagar, movimentação e controle bancário, planejamento financeiro e orçamentário, tesouraria, fechamento contábil, arquivo, prestação de contas e obrigações assessórias e auditoria.

CONTAS A RECEBER

Controle de todas as receitas oriundas de repasses previstos no contrato de gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários, etc.).

CONTAS A PAGAR

Controle e execução de todos os pagamentos a serem realizados a fornecedores, prestadores de serviços, folha de pagamentos (verbas salariais, férias, décimo terceiro salário, encargos, benefícios, etc), impostos, taxas e tarifas bancárias, fundo fixo, dentre outros.

MOVIMENTAÇÃO E CONTROLE BANCÁRIO

Controle de todas as contas bancárias utilizadas para movimentação de recursos (entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos, etc.).

PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Elaboração de orçamentos, fluxos de caixa, demonstrativos e outros relatórios que subsidiem a análise de alternativas para aplicação assertiva dos recursos, conforme percentuais descritos na dotação orçamentária prevista no Contrato de Gestão.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

CONTAS A RECEBER

Registro e controle das receitas

Registra e controla (via sistema de gestão e planilhas de apoio) todas as receitas oriundas de repasses previstos no Contrato de Gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários, etc.), rendimentos sobre aplicações financeiras, doações recebidas e receitas oriundas de serviços prestados a instituições privadas (particulares).

Custeio

Conferência dos valores descritos nas “OP’s” – ordens de pagamentos” e demonstrativos mensais de repasse de valores, confrontando com o valor expresso no contrato de gestão, a fim de garantir o cumprimento do valor total pactuado.

Rendimentos sobre aplicações

Conferência e controle dos valores oriundos de rendimentos sobre aplicações financeiras, cujo valor deverá ser incorporado ao saldo dos recursos repassados, sendo vedada a utilização para outros fins alheios ao objeto do contrato de gestão. Guarda e arquivo dos extratos das contas de aplicações.

CONTAS A PAGAR

Recepção de processos para pagamento

Recepção física e conferência da relação descrita no documento de protocolo de entrega de documentos entre setores.

Triagem

Conferência minuciosa nos processos, observando o disposto no regimento interno de compras, contratação e serviços e pessoal, verificando os seguintes itens:

- Notas Fiscais/Faturas - se foram emitidas pelo fornecedor/prestador de serviços contratado e se os dados do contratante estão corretos;

- Descrição da Nota Fiscal/Fatura – se está de acordo com o objeto contratado e/ou ordem de compra;
- Nota Fiscal/Fatura – se está devidamente atestada/aprovada pela coordenação ou gerência do departamento solicitante/usuário;
- Atesto legível, com identificação do funcionário responsável pelo setor;
- Nota Fiscal/Fatura com data de emissão dentro da vigência contratual

Devolução de processos para correção

Caso o processo não esteja correto ou falte algum item do *check-list*, deverá ser emitido um despacho indicações as divergências, cujo qual deverá ser assinado pelo gestor do setor e anexado ao processo, que deverá ser devolvido ao setor responsável para as devidas correções. Esse processo deverá seguir devidamente protocolado, e registrado no relatório de processos devolvidos.

O retorno dos processos devolvidos para correção deve ser acompanhado a fim de garantir o cumprimento dos prazos de vencimento/pagamento. Caso não obtenha retorno satisfatório o fato deve ser informado a gerência financeira para tomar as medidas necessárias.

Conferência de contas de custos

Uma vez que o processo esteja em conformidade com o regimento estabelecido, deverá ser feita a conferência das contas de custos informada no sistema, a fim de verificar a apropriação correta da despesa, com base no plano de contas. Em caso de divergência na classificação, solicitar a imediata correção e certificar-se da mesma.

Conferência e aprovação dos processos de pagamentos pelo Gestor do Departamento Financeiro

Antes da liquidação do título o gestor deverá avaliar todo o processo, certificando-se de sua conformidade com o devido atesto.

Baixa dos títulos pagos

Uma vez liquidado o título, deverá ser anexado o comprovante de pagamento no processo e efetivada a baixa do mesmo no sistema/módulo de contas a pagar.

MOVIMENTAÇÃO E CONTROLE BANCÁRIO

Conciliação

Conferência e controle via sistema de gestão e planilhas de apoio de todas as contas bancárias destinadas a gestão e movimentação de recursos

(entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos, etc.).

Fluxo de Caixa

Elaboração e acompanhamento via sistema de gestão e planilhas de apoio do fluxo das receitas e despesas que permita a visualização das informações diária, semanal, quinzenal, mensal, semestral e anual.

Relatórios Gerenciais

Elaboração de relatórios e planilhas de apoio que facilitem as análises e demonstrações financeiras e contábeis.

Prestação de contas – interna

Consiste na elaboração e envio de relatórios e demonstrativos gerenciais a Diretoria, Gestores Corporativos da **OS**, a fim de informar os números da unidade e subsidiar a tomada de decisões e definição de diretrizes.

Auditoria independente

Fornecimento de dados e informações e acompanhamento dos relatórios emitidos pela auditoria independente, contratada para emissão de parecer sobre demonstrações contábeis e financeiras, de acordo com a legislação contábil vigente.

Auditoria externa (fiscalizações)

Fornecimento de documentação, dados e informações, e acompanhamento do processo de fiscalização pelos órgãos competentes.

PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Orçamento

Elaboração e acompanhamento através de planilhas de apoio, das despesas com base na dotação orçamentária, garantindo a aplicação de recursos dentro dos percentuais previstos no Contrato de Gestão.

- a) Gerenciar a execução orçamentária e financeira;
- b) Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilização e a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;
- c) Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária;
- d) Examinar os pedidos de liberação de recursos, propondo, quando necessário, revisões e reajustes orçamentários;

e) Manter o controle das contas orçamentárias, dos enquadramentos legais, das liquidações contábeis e das conciliações contábeis e financeiras.

FLUXO DO PROCESSO DE COMPRAS AO PROCESSO DE PAGAMENTO

Processo de Compras:

1) Compras para reposição de estoque:

- Coordenador do Almoxarifado/Farmácia efetua o pedido de compras pelo sistema de informação e elabora memorando de solicitação de compras para Direção Administrativa;

- Direção Administrativa analisa e elabora memorando de solicitação de compra. Encaminha via e-mail os dois memorandos para o Coordenador Geral do Hospital, que faz a crítica e observações e envia por e-mail ao responsável do **IDEAS** - se estiver de acordo, encaminha para setor de compras ou retorna com questionamentos.

2) Compras emergenciais ou pontuais:

- Almoxarifado/Farmácia/Coordenadores elabora memorando de compra, com especificação e detalhamento sobre os itens a serem comprados à Direção Administrativa;

- Direção Administrativa elabora memorando para solicitação de compra e encaminha via e-mail para Coordenador Geral da Unidade, que faz a crítica e observações e envia por e-mail ao responsável do **IDEAS**;

- Se estiver de acordo, encaminha para setor de compras ou retorna com questionamentos.

Processo de Pagamento:

1) Compras de reposição de estoque / emergenciais / pontuais:

- Na entrega dos Produtos, a NF deve ser conferida e atestada por quem recebeu a mercadoria;

- O setor responsável pelo recebimento elabora memorando de confirmação de recebimento da mercadoria para Direção Administrativa e anexa NF, boleto bancário, relatório de confirmação de compra e espelho da NF, quando se tratar de material em estoque. Notas recebidas de manhã devem ser entregues à direção no período da tarde e as recebidas a tarde, entregues até a manhã do dia seguinte. Verificar vencimento e nunca deixar nota fiscal parada, que pode gerar multa no recolhimento do imposto;

- Direção Administrativa atesta a NF e elabora memorando de solicitação de pagamento para responsável do **IDEAS**;

- Direção Administrativa anexa NF (com atesto do Diretor Administrativo), memorando do setor recebedor da mercadoria, boleto bancário (se houver), com o memorando de pagamento e entrega documentação para o Coordenador Geral.

- Coordenador Geral escaneia a documentação e envia por e-mail para o financeiro;

- Coordenador Geral do Hospital monta o processo com todos os documentos desde o memorando de solicitação de compra até a confirmação de recebimento do financeiro;

- Arquivar processo.

2) Contratos:

- Todas as NF de serviços deverão ser entregues ao Coordenador Geral para conferência com os termos do contrato e encaminhamento à Direção Administrativa ou Técnica;

- A Direção atesta a NF e elabora memorando de solicitação de pagamento para Coordenador do Hospital;

- Direção anexa NF e memorando de solicitação de pagamento e entrega a documentação para o Coordenador Geral;

- Coordenador Geral da Unidade recebe a NF, memorando de solicitação de pagamento, escaneia a documentação e envia por e-mail para o financeiro;

- Coordenador Geral monta o processo com todos os documentos desde o memorando de solicitação de pagamento até a confirmação de recebimento do financeiro;

- Arquivar processo.

* Notas Fiscais referentes a serviços médicos, o atesto será da Direção Técnica.

* Notas Fiscais de Serviços e demais compras, o atesto será da Direção Administrativa.

Plano de Metas: É o instrumento pelo qual as metas deverão ser alcançadas. Note-se que meta é um objetivo quantificado. As metas, para serem realizáveis, devem levar em consideração o cenário em que o **IDEAS** atua. Devem incluir também uma avaliação realista quanto aos recursos humanos, materiais e tecnológicos existentes na unidade, e os que se encontram

acessíveis e podem ser adquiridos. Devem definir os setores envolvidos nelas, os objetivos, as atribuições e as responsabilidades inerentes à cada área.

PLANO DE METAS – ANO.							
Situação	Metas	Plano de Ação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Recursos Necessários

Balancete: Permite demonstrar a situação financeira da entidade no mês bem como confrontar valores previstos com o realizado. Além disso, visa promover a correção de rumos quando necessária.

Balanco Patrimonial: É uma fotografia das características financeiras do **IDEAS**. Como uma fotografia, o balanço retrata um momento específico, fornecendo a medida financeira do estoque dos bens da entidade bem como os, direitos e obrigações. Para isso, elaborar um plano de contas de acordo com os nossos objetivos, as nossas características e o ramo de atividade que exercitamos. Todo balanço do **IDEAS** é obrigatoriamente, assinado por Contador devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade -CRC. Facultativamente, será assinado pelo Presidente e Tesoureiro. Obrigatoriamente, deverá ter o parecer do Conselho Fiscal e ser publicado em jornal de circulação.

Atribuições do Administrador Financeiro:

Análise de registros e informações contábilísticas;

Projeção de movimentos de fundos;

Aplicação de fundos excedentes;

Fornecimento de informações aos níveis hierárquicos de topo sobre as perspectivas financeiras futuras da organização;

Elaboração de planos para fontes e usos de fundos, a curto e a longo prazos.

Circuito de compras e gestão patrimônio

Gestão de tesouraria

Papel do Gestor Financeiro:

Para desenvolver a sua atividade, o **IDEAS** necessita de ativos reais. Alguns são tangíveis, como os equipamentos, as instalações fabris e escritórios, outros intangíveis, como os conhecimentos tecnológicos, as marcas registradas e as patentes. Todos eles têm de ser comprados.

O gestor financeiro se posiciona na atividade operacional da empresa e os mercados financeiros onde os investidores adquirem os ativos financeiros emitidos pela empresa. As tarefas da função financeira

A função financeira pode, em primeiro lugar, identificar-se com o papel do tesoureiro, ou seja, na função que consiste em efetuar os recebimentos e os pagamentos decorrentes do exercício da atividade do **IDEAS**.

As suas preocupações consistem na manutenção de um saldo de tesouraria que lhe permita assegurar o normal funcionamento da organização, na rapidez e segurança da cobrança das dívidas dos clientes e outros devedores da organização e no escalonamento adequado da liquidação dos débitos aos fornecedores.

O gestor financeiro assume um papel muito ativo na gestão do **IDEAS** e, são atribuídas algumas responsabilidades que excedem o campo restrito das decisões financeiras correntes. A gestão financeira contemporânea engloba, assim, um conjunto de tarefas que podem sintetizar no seguinte esquema:

Gestão Financeira			
Gestão financeira estratégica		Gestão financeira corrente	
Ativos correntes	Capital Próprio		Passivos correntes
	Dividendos	Ativos correntes	
	Passivo não corrente		
Avaliação e gestão de performance		Planejamento e controle da gestão corrente	

A gestão financeira estratégica, em certa medida, não é mais do que uma extensão da concepção tradicional da função financeira centrada sobre as fontes de financiamento, as formas de aplicação do capital, o seu planejamento e o controlo da rentabilidade do capital investido. A gestão de tesouraria é como o próprio nome indica, um prolongamento das tarefas originais da função financeira – papel do tesoureiro –, em relação à qual se destaca;

Gestão de ativos correntes: que compreende para além da gestão de caixa e equivalentes, a gestão ou controlo do crédito concedido aos clientes, controlo financeiro dos inventários de existências, etc.

Outro papel importante no curto prazo é o acompanhamento e o controlo da execução orçamental, função tipicamente atribuída ao controller. O documento central da gestão financeira corrente é o Orçamento de Tesouraria, que não é mais do que a tradução do orçamento global da empresa em termos de recebimentos e pagamentos previsionais, com vista ao teste do equilíbrio da tesouraria no curto prazo

Objetivos e limites da função financeira

A teoria financeira é uma aplicação da teoria microeconomia do **IDEAS**, cujo objetivo é tipicamente apresentado pela maximização do lucro. Acontece que o conceito de lucro não é, nem muito operacional, nem tampouco relevante para uma disciplina que se preocupa essencialmente com os fluxos de caixa. Os principais objetivos:

Obter o montante adequado para a continuidade do negócio.

Conservar o Capital e saber obter o lucro com o uso desse Capital, para que os investimentos continuem fluindo.

Papel de análise financeira na gestão compete à análise financeira a apreciação crítica dos objetivos da função financeira.

Áreas de decisão na administração financeira:

Investimento: Avaliação e escolha de alternativas de aplicação de recursos nas atividades normais do **IDEAS**. Conjunto de decisões visando dar a estrutura ideal em termos de ativos - fixos e correntes - para que os objetivos da empresa como um todo sejam atendidos.

Financiamento: Definir e alcançar uma estrutura ideal em termos de fontes de recursos, dada a composição dos investimentos.

Utilização (destinação) do Lucro Líquido: Também conhecida como Política de Dividendos, que se preocupa com a destinação dada aos recursos financeiros que a próprio **IDEAS** gera em suas atividades operacionais e extra-operacionais.

4.4 Proposta de manual de rotinas administrativas para o almoxarifado e patrimônio

Introdução

Materiais são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. Baseados nesse conceito estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos, portanto, os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, vidraria, etc., classificados por grupos.

Os medicamentos, que costumam receber um tratamento diferenciado devido a sua importância estratégica para as ações de saúde, serão considerados como um grupo igual aos demais, uma vez que essa diferenciação não garante um gerenciamento satisfatório se comparado com os demais grupos de materiais.

Pode-se, atualmente, definir almoxarifado como o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionada à política geral de estoques da empresa.

Impedir divergências de inventário e perdas de qualquer natureza é o objetivo primordial de qualquer almoxarifado, o qual deve possuir condições para assegurar que o material adequado, na quantidade devida, estará no local certo, quando necessário, por meio da armazenagem de materiais, de acordo com normas adequadas, objetivando resguardar, além da preservação da qualidade, as exatas quantidades. Para cumprir sua finalidade, o almoxarifado deverá possuir instalações adequadas, bem como recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

Rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado preservarão os materiais armazenados, protegendo-os contra furtos e desperdícios. A autoridade para a retirada do estoque deve estar definida com clareza e somente pessoas autorizadas poderão exercer essa distribuição. Da mesma forma que a retirada de numerário de um banco se dá mediante apresentação do correspondente cheque, a retirada de materiais do almoxarifado deve estar condicionada à apresentação da respectiva requisição. Depositar materiais no almoxarifado é o mesmo que depositar dinheiro em um banco. Seu objetivo é claro: proteger.

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento das viagens de ida e volta do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas, da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

O almoxarifado é o reduto onde se encontram os "insumos", materiais necessários à sustentação do processo e do sistema produtivo, seja ele de bens, sejam de serviços.

Segundo o regimento interno deste departamento, o mesmo tem como finalidade controlar e analisar gerencialmente todos os estoques existentes na instituição, provendo todos os materiais e medicamentos necessários ao desenvolvimento adequado das atividades hospitalares.

Compreende os setores de:

- Gestão dos estoques,
- Farmácia central e satélites,
- Almoxarifado,
- Gerenciamento de materiais consignados,
- Recebimento de mercadorias e
- Transportes.

Gestão de Estoque

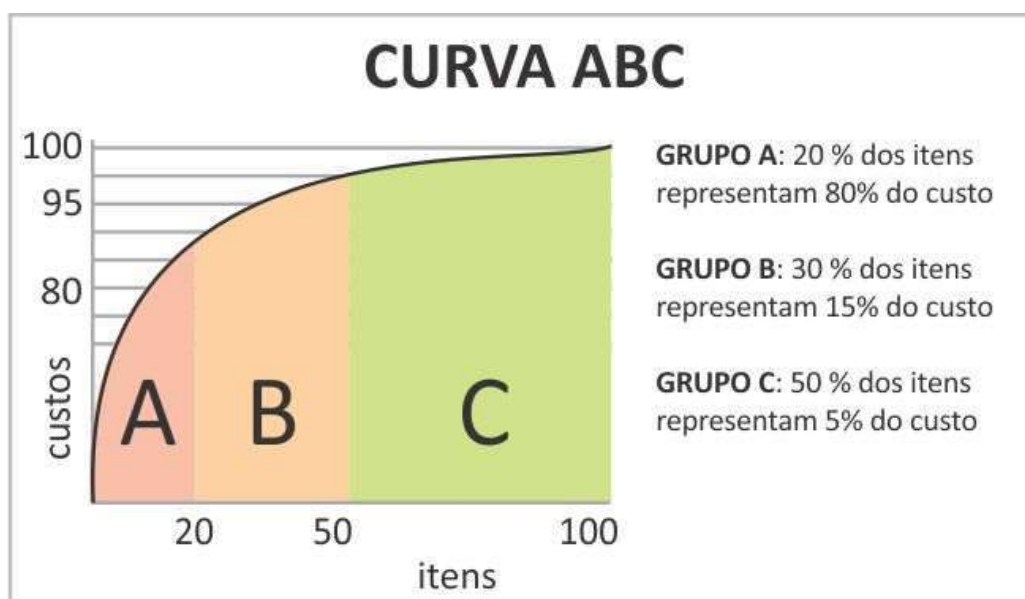
Neste setor ocorre a definição de "quanto" e "quando" comprar. O sistema utilizado é o de reposição dos estoques através do ponto de pedido que se baseia na definição de parâmetros de controle conforme a classificação ABC.

A classificação ABC, também conhecida como classificação de Pareto, é um método de gestão que visa identificar os produtos em função dos valores que eles representam e, com isso estabelecer formas de gestão apropriadas à importância de cada item em relação ao valor total considerado. Essa classificação pode ser feita sob diferentes valores, por exemplo, classificação ABC do consumo de materiais; de estoque e de fornecedores, sendo a primeira a mais importante para gestão de materiais.

É um importante instrumento para o administrador, pois permite identificar aqueles itens que justificam atenção e tratamento adequados quanto à sua administração. Obtém-se a curva ABC através da ordenação dos itens conforme a sua importância relativa e impacto orçamentário.

Verifica-se, portanto, que uma vez obtida a sequência dos itens e sua classificação ABC, disso resulta imediatamente a aplicação preferencial das técnicas de gestão administrativa, conforme a importância dos itens. A curva ABC tem sido usada para a administração dos estoques, para a definição de política de gestão de estoques, estabelecimento de prioridades para a programação de abastecimento da unidade de saúde.

Após terem sido ordenados pela importância relativa, as classes da curva ABC, podem ser definidas das seguintes maneiras:



Neste setor ocorre também a previsão da demanda. As previsões sobre a demanda ou o consumo de materiais são fundamentais para a consecução dos objetivos da administração de materiais, que consistem em prover o usuário do material certo na organização.

Previsão de demanda é um processo pelo qual se procura antever o que ocorrerá no futuro para antecipar as providências necessárias para atender aqueles objetivos. Faz parte, portanto, do planejamento da organização e quanto melhor for a capacidade de antevisão das demandas futuras, melhor será o desempenho da gestão de material no alcance desses objetivos. Planejar é sempre uma atividade voltada para o futuro, e o futuro só se pode prever - daí a importância das previsões de modo geral e da demanda em particular.

Existem muitos modelos de previsão, exemplos: método ingênuo, Delphi, analogia, taxas de crescimento, média móvel aritmética simples, suavização exponencial, análise de regressão e correlação, curva S.

A fórmula básica utilizada é a seguinte: $PP = ES = TR + LC$, onde: "PP = Ponto de pedido" é o nível de estoque indicado para se gerar a solicitação de compras. É medido em dias x o consumo diário. O "ES = Estoque de segurança" pode ser calculado cientificamente ou empiricamente. É medido em dias x o consumo diário. O "TR = Tempo de reposição" é o tempo que se gasta desde a emissão da solicitação de compra até o recebimento da mercadoria. É medido em dias x o consumo diário.

Finalmente, o "LC = Lote de compra" é uma quantidade fixa que deve ser comprada quando o item atingir o PP. É medido em dias x o consumo diário. Sendo assim, o estoque máximo é o máximo estoque que se deseja obter para cada curva. É também expresso em dias x o consumo diário e é numericamente igual à somatória do $ES=TR+LC$.

Classificação XYZ.

Outro conceito bastante utilizado em gestão de estoques é a Classificação XYZ.

Avalia o grau de criticidade ou imprescindibilidade do material no desenvolvimento das atividades realizadas. Parte integrante da gestão de qualidade a classificação XYZ, implica numa avaliação adicional do impacto que determinado item causará nas operações de gestão de estoque.

No âmbito hospitalar facilita a identificação para obtenção ou substituição de um item por outra baseada na criticidade que cada item representara na assistência ao paciente.

ITENS	CARACTERÍSTICAS
Classe X	Materiais de baixa criticidade – sua falta não interrompe as atividades da organização; elevada possibilidade de substituição
Classe Y	Materiais de criticidade média – são vitais para a realização das atividades; podem ser substituídos por outros com relativa facilidade
Classe Z	Materiais de máxima criticidade – sua falta provoca a paralização de uma ou mais fases operacionais da organização; não podem ser substituídos por outros equivalentes

Gestão de compras

Definida como a área de fator estratégico na cadeia de suprimentos do **IDEAS**, no setor de saúde, voltada em gestão de recursos financeiros com ênfase no abastecimento de materiais, medicamentos e correlatos do âmbito de saúde.

Atividade que compactua com todas as unidades direta ou indiretamente, tem como objetivo de eficiência a obtenção de insumos certos, das quantidades corretas, das entregas em tempo programado e dos valores mais vantajosos.

Fundamental para o sucesso da organização, pois dentem função direta nos bons resultados tanto financeira como no âmbito de assistência ao cliente.

Almoxarifado e Farmácia**Objetivo**

Estabelecer os critérios para recebimento de produtos hospitalares, medicamentos, materiais consignados, equipamentos hospitalares e outros, a fim de garantir a qualidade de acordo com a legislação vigente.

- **Responsabilidades**

Almoxarifado / Farmácia

- **Documentos Complementares**

Manual de procedimentos

Manual da Qualidade

- **Definições**

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

ONA: Organização Nacional de Acreditação;

N.F.: Nota-Fiscal;

- **Descrição**

Central de Abastecimento Almoxarifado

Suas principais funções e atribuições (almoxarifado de especialidades farmacêuticas) são: **receber, armazenar** (estocar), **controlar estoque, distribuir** os produtos para o centro de custos do hospital. Após o recebimento, todos os produtos são identificados através de códigos de barras, visando garantir a **rastreabilidade** por lote e validade. Critérios internos de armazenamento são seguidos para **preservar a qualidade** dos produtos adquiridos.

Responsabilidades dos Serviços

- Gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) dos produtos;
- Gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);

Recebimento e inspeção dos produtos – Almoxarifado

- O departamento de compras encaminha duas vias de ordem de Fornecimento para o almoxarifado.
- O almoxarifado recebe a Nota-Fiscal, confere com a Ordem de fornecimento, verificando descrição do produto, quantidade, valor, CNPJ, razão social e data de emissão da NF.
- No almoxarifado, há uma área específica para o recebimento dos produtos (Quarentena).

- Para medicamentos, materiais médico hospitalares, insumos e dietas enterais, são analisados: quantidade; validade; integridade física; especificações técnicas; lote e embalagem.

- Os produtos com algum tipo de divergência são acondicionados e identificados, até que seja resolvido.

- No ato da conferência dos produtos, efetua-se o check list da Nota fiscal, atestando a veracidade e juntamente com a Ordem de fornecimento, encaminha-se para contas a pagar. Posteriormente é realizado o lançamento no sistema de gestão gerando etiquetas com código de barras individualizado constando nome do produto, lote e validade, para que a rastreabilidade seja eficaz.

Nota: O recebimento de dietas enterais é realizado por uma nutricionista e dietas parenterais por um Farmacêutico.

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

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

- Quando ocorrer reincidência de não conformidade, notifica o setor de compras, solicitando que se tome a ação necessária, a fim de evitar problemas futuros.

Avaliação e performance do fornecedor – Almoxarifado

- No ato da entrega é realizada uma avaliação de performance do fornecedor, preenchendo a ficha no sistema, onde contém informações técnicas e específicas do transporte, integridade dos produtos, segurança e acuracidade das entregas.

Manuseio de produtos – Almoxarifado

O manuseio é realizado por equipamentos adequados, respeitando as normas técnicas e boas práticas farmacêuticas.

Armazenar os Produtos – Almoxarifado

A estocagem, devem ser em pallets, prateleiras e armários, permitindo fácil visualização e perfeita identificação dos produtos, quanto ao nome, seu número de lote e seu prazo de validade.

- Na Farmácia Central o controle de temperatura e umidade é realizado através de um checklist diário, respeitando as normas estabelecidas para cada tipo de produto/medicamentos (quando aplicável). Através do sistema de alerta é possível detectar defeitos no equipamento para pronta reparação.

- O método utilizado para o armazenamento dos materiais e medicamentos é o PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) ou FEFO (Primeiro que Vence é o Primeiro que Sai).

- No almoxarifado os insumos são controlados via sistema de gestão atualizados mensalmente, onde sua rastreabilidade previne o desvio de medicamentos tendo impacto direto na saúde do paciente. Permitindo a identificação da rastreabilidade reversa, medicação administrada em horário e dosagem correta.

- Para as dietas enterais, parenterais e fórmula infantil é realizada uma verificação do “Laudo Microbiológico” onde será arquivado na UND ou Farmácia.

- No estoque, o controle de validade dos medicamentos e materiais, é realizado através do sistema de gestão (Software) em relatórios trimestrais apontando os itens com validade próxima, onde o gestor e o farmacêutico providência o giro do produto em questão. Caso não seja possível o consumo e algum produto atinja o prazo de validade deverá ser excluído do sistema de gestão (Software) com as devidas informações e descartado (Conforme orientação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos do hospital) assinado a baixa e arquivando-a na pasta de medicamentos e/ou materiais vencidos.

Separação de materiais e medicamentos

- Padronização de catálogos dos produtos, respeitando a particularidade de cada centro de custo onde o sistema (Software) apontará o ponto de ressurgimento para o almoxarifado realizar a reposição dos itens.

- Realizado semanalmente atualização dos catálogos com cada supervisor dos diversos centro de custo.

- Separar através do sistema FIFO (Primeiro que vence é o Primeiro que Sai) PEPS, Transferir e/ou Baixar o material e medicamento no sistema (Software) através do seu código de barra e encaminhar ao centro de custo solicitante.

Distribuição

- A distribuição é realizada com horário previamente definido para cada centro de custo, sendo ele diariamente a cada 12 horas e encaminhado o relatório (Requisição) de entrega para conferência e ciência do recebimento.

- As solicitações das áreas de emergência são efetuadas no primeiro horário respeitando o cronograma interno.
- As prescrições médicas são verificadas pelo farmacêutico, onde é efetuado a assistência farmacêutica e em seguida encaminhado ao setor solicitante. A cada passagem de plantão o enfermeiro responsável verifica as medicações e materiais dos pacientes de alta para fazer a devolução ao almoxarifado, onde será incluso o item no estoque através do seu código de barra via sistema (Software), disponibilizando o produto para consumo imediato.

Emitir Relatório gerenciais – Almoxarifado

- Após fechamento do mês feito pela Controladoria, emitir Relatório de Histórico de Entrada X Saída Consolidada para acompanhamento do prazo médio de estoque e encaminha à Gerência.
- O Relatório de Saída / Devolução de Produtos por Setor/Pacientes é encaminhado à controladoria.
- Outros relatórios gerenciais utilizados como ferramenta para gestão de estoque são:
 - Consumo de Estoque; Balanço Contábil, curva ABC XYZ PQR 123 de Consumo.
 - Relatório de Consumo de Estoque: serve para buscar e analisar o histórico de consumo dos produtos durante um determinado período. Exemplo: tirar o histórico de saída dos últimos três meses, dois meses etc.
 - Relatório Balanço Contábil: demonstra todas as movimentações financeiras (entrada de nota fiscal, saída etc.) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve estar consolidado.
 - Curva ABC XYZ PQR 123 de Consumo: este relatório aponta quais itens do estoque apresenta maior custo para o hospital. Em mãos com estes números, são tomadas ações para maior controle destes itens, a fim de evitar custos desnecessários para o hospital e sua criticidade. Padronização de produtos e kits para processos médicos, otimizando custos.
 - Relatórios de ponto de ressuprimento ao setor de suprimento para que seja realizado a compra ou entrega dos itens em questão.

Almoxarifado: Responsável pelo gerenciamento do estoque, e pela reposição da farmácia.

Farmácia: Responsável pelo armazenamento dos materiais e sua distribuição ao Centro Cirúrgico.

A contagem dos itens é realizada mensalmente para que seja identificado as divergências e tomar as devidas providências.

Solicitação de Materiais para Sub estoque

- **Objetivo**

Solicitação de materiais para o subestoque.

- **Responsabilidade**

Técnico de Enfermagem / Farmácia

- **Documentos complementares**

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

- **Definições**

Não se aplica

- **Descrição**

- O subestoque permanece fixo na unidade;
- A baixa dos produtos deve ser feita via sistema pela equipe de enfermagem no nome do paciente durante 3 vezes por dia. No período da manhã, as baixas dos produtos deverão ser feitas até às 11:30hs, à tarde até às 17:30hs e no período noturno até às 04:00hs. Os horários das baixas deverão ser seguidos criteriosamente, pois caso ultrapasse o horário citado acima o material será repostado apenas para o plantão seguinte;
- A farmácia ficará responsável em tirar o relatório dos subestoques, repondo apenas as quantidades necessárias para o plantão;
- O auxiliar / técnico de enfermagem deverá conferir o pedido e assinar no momento que for retirar.

Compras

Documentação do processo de compra

O processo de documentação deverá ser composto pela solicitação de compra, as cotações realizadas e a ordem de compra.

Este processo deverá ser arquivado e mantido sua guarda pelo período de 5 anos.

Capítulo VI

Da contratação de serviços por ordem de compra

Será considerado serviço toda reforma, recuperação, manutenção realizada com mão-de-obra de terceiro jurídica, bem como a utilização de empresas voltadas para execução administrativas, treinamentos e prestação de serviços.

Para a contratação do serviço o gestor da área solicitante deverá consultar procedimento interno que descreverá os critérios de seleção, autorização, homologação e acompanhamento do desempenho de fornecedores de produtos e serviços.

A contratação de empresa, para a execução dos serviços, será autorizada pela Diretoria, após apresentação de propostas pelos interessados,

levando-se em conta as disposições contidas neste Regulamento, em que couber.

Capítulo VII

Testes de produtos

O Suprimentos receberá as amostras com documento formal da empresa fornecedora e encaminhará à comissão de homologação de fornecedores para avaliação legal e técnica do produto. Após a avaliação, a comissão formaliza o parecer técnico para Suprimentos inserir ou não o produto (fornecedor e marca) no banco de dados próprio, a partir de então o Hospital poderá adquirir ou não o produto.

Capítulo VIII

Das disposições gerais

Em todas as compras de bens e serviços deverá ser emitida, pelo fornecedor, nota fiscal, devidamente preenchida.

Os valores estabelecidos no Artigo 13º deste Regulamento, poderão, periodicamente, serem revistos e atualizados, pela Administração com aprovação da Diretoria do **IDEAS**.

Os casos omissos ou duvidosos, na interpretação deste Regulamento, serão resolvidos pela Diretoria.

Faz parte integrante da Política de Compras os procedimentos:

- a) Fluxo de Aquisição;
- b) Cronograma de solicitação de compras e recebimento de produtos;
- c) Fluxo de Teste de Produto;
- d) Seleção, Autorização, Homologação e Acompanhamento do Desempenho do Fornecedor de Produto ou Serviço.
- e) Compras de urgência.

Fluxo de Aquisição

- **Objetivo**

Descrever a metodologia de aquisição, a fim de assegurar que os mesmos estejam em conformidade com os requisitos específicos.

- **Responsabilidades**

Compras

- **Documentos complementares**

Manual da Qualidade

Requisito Legal / Documento Externo

Critérios para Homologação dos Fornecedores

Plano de compras

Requisitos Mínimos para Prestação de Serviços Compras de Urgências

- **Descrição**

Identificar a Necessidade de Aquisição - Gestores dos processos

- **Padronizado:** os gestores do Almoxarifado e Farmácia avaliam a necessidade de aquisição em função do consumo médio, saldo em estoque ou ponto de pedido e emitem o pedido de Compras no sistema de gestão, Suprimentos faz a avaliação orçamentária e libera ao comprar para cotar e negociar.
- **Não padronizado:** os gestores emitem o pedido de Compras, solicitam aprovação da Diretoria e encaminha a mesma aprovada às compras.

Receber a Solicitação de Compras -Auxiliares e compradores:

- **Padronizado:** O pedido é recebido via sistema informatizado e nesse caso não requer verificação da especificação, pois o sistema já possui esses dados cadastrados.
- **Não padronizado:** Verificar se os dados estão corretos: descrição do item, centro de custo e aprovação da Gerência da área, em caso negativo, devolver ao solicitante para ajustes.
- Verificar ainda, se requer especificação técnica, e em caso positivo entrar em contato com o setor responsável para definição ou revisão da especificação.

Realizar cotações de Compras – Compradores

- Para os itens de consumo, lançar no portal eletrônico de compras para que o mercado possa cotar. Tendo a data e horário pré determinado para fechamento.
- Resgatar do portal eletrônico de compras, a cotação, negociar e despachar com o gestor de compras para análise.
- Passo a Passo:
 1. Receber o pedido de compra via sistema;
 2. Fazer integração do sistema com o portal de compras (Upload).
 3. Determinar tempo de cotação via plataforma;
 4. Analisar os custos dos produtos;
 5. Selecionar os produtos e disparar pedido aos fornecedores ganhadores;
 6. Fazer integração do sistema com o portal de compras (download).
- Regras para cotação:
- Itens de consumo com valor global da compra até de 1.000,00 no mínimo duas cotações

- Itens de consumo com valor global da compra acima de 1.000,00 no mínimo três cotações

Nota: Quando o fornecedor for único no mercado, não são necessárias três cotações, o processo deverá ter carta de justificativa técnica ou carta de exclusividade.

Nota: Fornecedores que tenham contrato de distribuição de produtos são necessários que no momento do pedido, sejam verificados os valores acordados e formalizados através de contrato de fornecimento ou acordo comercial.

Nota: Para urgências, será necessária uma justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

Analisar cotações – Compradores e Gerente

- **Padronizado:** lançar os dados no sistema para análise de valores e definição da compra.
- **Não padronizado:** lançar os dados no quadro de Cotação para análise de valores e definição da compra

Definir a Compra - Gerente de Compras e Suprimentos

- A aquisição deverá ser realizada de fornecedor homologado.

Nota: O fornecedor tem que estar aprovado pela Comissão de Homologação de fornecedores.

Emitir a Ordem de Compras – Compradores

- Emissão da Ordem de Compra de acordo com a análise do quadro de cotação, anexar e encaminhar para aprovação da Diretoria.

Confirmar a Ordem de Compras com fornecedor – Compradores

- Aguardar aprovação da Diretoria para formalização do pedido em caso de produto não padronizado e equipamentos. Produtos padronizados podem ser confirmados de acordo com solicitação dos estoques.

Encaminhar Ordem de Compras ao setor responsável pelo recebimento - Auxiliares ou Compradores

- Todas Ocs encaminhadas para o almoxarifado são protocoladas, serão conferidas com a nota fiscal no momento do recebimento.

Arquivar as Ordens de Compras - Auxiliares

- As OCs são arquivadas em seus respectivos processos por número sequencial e durante 5 anos.

Follow-Up – Compradores

- O Follow-Up é feito de modo preventivo para acompanhar se os fornecedores estarão entregando os produtos nos prazos acordados no momento da venda.
- Para analisar qual o status de entrega dos fornecedores é emitido um relatório de acompanhamento das datas de entrega.
- Quando o fornecedor não garante a entrega do pedido, o responsável pelo follow-up comunica o comprador para cancelamento e recompra. Após este processo, lançar as informações no controle de Follow-up para pedidos cancelados. Os motivos para cancelamentos são os seguintes: não tem produto em estoque, cotou errado e atraso de entrega. Esta informação faz parte da avaliação do fornecedor.

Fluxo de Teste de Produtos

- **Objetivo**

Estabelecer critérios para testar produtos, a fim de garantir a qualidade dos mesmos conforme a legislação vigente.

- **Responsabilidades**

Compras / Comissão de homologação de fornecedores / Farmácia / SCIH / Manutenção / Enfermagem / SESMT/SADT

- **Documentos complementares**

Manual de procedimentos

Manual da Qualidade

Critérios para Homologação ou Autorizar Fornecedores de Produtos e Serviços

Critérios para Realização de teste dos produtos

- **Descrição**

Receber necessidade interna ou externa para testar material médico hospitalar, equipamento e insumos hospitalares (produtos químicos) – Suprimentos (Compras)

- Necessidades Internas: Diversas áreas do hospital e ambulatório.
- Necessidades Externas: Fornecedores oferecendo novos produtos.

Solicitar a documentação “Ficha Técnica” do produto ao fornecedor (Quando não disponível) e ISPQ quando for teste de produto químico.- Suprimentos (Compras)

- Encaminhar FISPQ para análise do SESMT para viabilidade ocupacional e ambiental.

Avaliar se o fornecedor atende aos critérios para realização de teste.

- Se atender aos critérios, encaminhar para teste prático. Se não atender, encerrar o processo e avisar o solicitante.

Solicitar o teste do produto.

- Encaminhar ao responsável para o teste:
- Material / Equipamento a ser testado.
- Formulário de Avaliação de Desempenho – Teste de produtos.
- Ficha Técnica do produto.

Testar o produto

- Aguardar retorno do teste por parte da área técnica.

Receber o resultado do teste prático e avaliação do SESMT quando produto químico

- Se reprovado encerra o processo, avisa o solicitante e inclui o mesmo na lista de produtos “Reprovados” nos testes.
- Se aprovado encaminha o resultado à Suprimentos e inclui o produto na lista de produtos “Aprovados nos testes”.
- Atualizar o banco de dados do sistema

Analisar o processo para a padronização:

- Técnicas de qualidade (teste de produtos);
- Preço (quadro de cotação);
- Demanda quando aplicável;
- Tratativa de estoque existente;
- Quando se tratar de produto químico, analisar a resposta do SESMT quanto a FISPQ.
- Se aprovado, preencher o formulário “Inclusão de Medicamento ou Material na Padronização e encaminha para Compras e Almoxarifado” e incluir o produto na lista de produtos “Aprovados” nos testes.
- Se não aprovado, incluir na lista de produtos “Reprovados” nos testes encerra o processo e avisa o solicitante.

Incluir na padronização – Suprimentos

- Consiste em cadastrar o produto no sistema.

Homologação e Acompanhamento do Desempenho de Fornecedores de Produtos e Serviços

- **Objetivo**

Descrever o procedimento utilizado para selecionar, autorizar, homologar os fornecedores de produtos que tenham impacto direto no atendimento ao paciente e prestadores de serviço. Descrever a avaliação dos fornecedores de produtos com impacto direto no paciente.

- **Responsabilidade**

Da equipe multidisciplinar que integra a comissão, formada por profissionais internos:

- Enfermeiros,
- Médico,
- Farmacêutico,
- Nutricionista,
- Administrativo,
- Suprimentos,
- SESMT.

- **Documentos complementares**

Lista de Fornecedores Homologados / Autorizados (Sistema).

Manual Qualidade.

Critérios para Homologar ou Autorizar Fornecedor de Produtos ou Serviços.

Requisitos Mínimos para Prestação de Serviço.

Tratamento de Não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhoria.

- **Definições**

Autorizados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que esporadicamente forneçam para a instituição ou fornecedores e prestadores que suas atividades não tenham impacto diretamente no atendimento ao paciente.

Homologados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que tenham impacto direto no atendimento ao paciente. Ex.: Fornecedores de Dietas Enterais, Material Médico Hospitalar, Medicamentos, Medicamentos Manipulados e Equipamentos. Fornecedores homologados serão avaliados periodicamente.

- **Descrição**

Homologar ou Autorizar fornecedor de produtos ou prestador de serviço

- Gestor Contratante e Departamento de Compras:

- Quando houver a necessidade de contratar/comprar de um fornecedor ou prestador de serviço por Ordem de Compra, compras consulta a tabela de em que constam os fornecedores aprovados e reprovados pela comissão.

- Caso o gestor contratante verifique a necessidade, de alterar alguns dos critérios ou incluir, negocia a alteração com a comissão de acordo com critérios.

- O formulário Seleção de Fornecedores deverá ser preenchido para todos os fornecedores homologados e arquivados junto com as outras documentações.

Nota: O fornecedor ou prestador de serviço uma vez autorizado poderá ser reprovado pelos seguintes critérios:

1 – Deixar de fornecer por um período

2 – Mau desempenho em sua avaliação.

Avaliar desempenho dos Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao Paciente - Gestor de Suprimentos (Compras)

- Mensalmente o gestor de suprimentos realiza análise do desempenho do fornecedor através de relatório emitido pelo Sistema “Curva do Fornecedor”. O fornecedor que estiver abaixo do critério de aceitação conforme critério abaixo, o Gestor emitirá o gráfico, e arquivará na pasta.

- Caso esteja acima do critério de aceitação abre NCR, de acordo com o procedimento “Tratamento de não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhorias”.

- Quando identificados problemas técnicos com os materiais durante a utilização, o Gestor de Suprimentos (Compras) é comunicado pelo gestor do processo via NCR ou e-mail. Neste caso Gestor de Suprimentos (Compras) abre NCR de acordo com o procedimento já relatado anteriormente.

- Critério de aceitação de desempenho:

Descrição	Faixa de Valores
Bom	0 à 4
Em Análise	5 à 10

Crítico	11 à 17

As avaliações são realizadas nos seguintes grupos:

- Materiais Médicos
- Hospitalares, Medicamentos,
- Medicamento Manipulado e
- Dietas Enterais.

Reprovar os Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao paciente - Gestor de Suprimentos (Compras)

- Não havendo uma melhora após o prazo das ações propostas na NCR o fornecedor é reprovado, ficando fora do processo no período de 90 dias, aguardando nova homologação.
- Quando recebida notificação da vigilância sanitária sobre determinado produto ou marca de produto, bloquear a aquisição do mesmo no sistema imediatamente.

Nota: Quando compras receber solicitações de Material e Medicamento e no resultado das cotações apenas a empresa que estiver reprovada, for a ganhadora, por ser a única que fornece o produto. A decisão de compra será compartilhada entre a comissão e a diretoria.

Compras de Urgência

- **Objetivo**

Descrever a metodologia para compras de urgência, a fim de assegurar que mesmo esteja em conformidade com os requisitos específicos.

- **Responsabilidade**

Setor de Compras

Setor de Almoxarifado

Setor de Manutenção

- **Documentos complementares**

Manual da Qualidade

Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Fluxo de Aquisição

- **Definições**

N.P – Não Padrão

- **Descrição**

Compras de Urgência - Gestor de Compras:

- **Padronizados** o gestor de Suprimentos e Manutenção avaliam a necessidade de aquisição, caso precisem adquirir produtos em critério de urgência, emitem uma Solicitação de Compra no Sistema Informatizado.
- **Não padronizados** o gestor da área avalia a necessidade da aquisição e encaminha o formulário preenchido, e validado pela Gerência da área.

Em caso de Material de Enfermagem ou Medicamento Não Padronizados para uso em paciente específico deverá ser preenchido formulário e encaminhado para Farmácia/ Almoxarifado. Após autorização esses formulários deverão ser encaminhados para o Departamento de Compras.

Nota: os motivos para compra de urgência deverão ser descrito por carta justificativa e autorizado pela gerência.

Nota: os formulários devem ser impressos, pois não serão recebidos formulários que não estejam no controle de documento.

Receber a Solicitação de Compras – Compradores

- As Compras de Urgências são priorizadas pelos compradores, para não termos interrupções no atendimento ao paciente.
- É considerado urgência de itens padronizados, todos os produtos que forem solicitados fora do cronograma de Compras ou com prazo de entrega menor que 5 dias, essa análise é realizada também pelo comprador.

Realização da Compra – Compradores

- De acordo com o prazo estabelecido para entrega da Urgência o item poderá ser inserido na plataforma eletrônica de compras para realização das cotações.
- Caso a entrega seja para o mesmo dia, o comprador irá fazer a pesquisa de preço por telefone com os fornecedores que possuem logística de entrega imediata em caráter de urgência.

Nota: Compra de Material ou Medicamento via formulário, será realizada a cotação por telefone e anotado no formulário para que seja autorizados por duas pessoas da Comissão de Suprimentos ou pela Diretoria. Essa compra só será finalizada após essas autorizações.

Nota: Para urgência será necessária uma carta de justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

Nota: Urgência de itens padronizados não serão necessárias a autorização da diretoria. Deverá ter justificativa no campo observação na solicitação de compras via sistema

Inventário

É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados no Sistema.

Deve ser realizado, mensalmente, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas.

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

Rotina e Fluxo - Controle de Estoque

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento da Unidade. A informação entre as unidades de saúde (setores) e o almoxarifado é essencial para o bom controle de estoque.

O controle de estoque é fundamental para a garantia da qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica:

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

Objetivo

Descrever o fluxo do controle do estoque de medicamentos e materiais.

Aplicação

O controle de estoque permite o acompanhamento dos medicamentos e materiais, não deixando que haja falta desses na unidade, desperdício, desvios ou vencimento.

Responsabilidade

Técnicos da Farmácia e Farmacêutico.

Descrição rotina

O estoque de medicamentos e materiais são controlados através de planilha do Excel, que contém o estoque inicial, as entradas, o total dispensado e o estoque final. Através dele podemos controlar as dispensações e o estoque.

Na data programada de envio da planilha para pedido, é salvo o estoque final, esse é colocado na planilha do pedido e através da dispensação total do período e o estoque final é feito o cálculo da quantidade que deve abastecer a unidade, essa planilha é enviada para o supervisor do almoxarifado e esse entregará o abastecimento com base na quantidade calculada na planilha.

Na data programada para o abastecimento os medicamentos e os materiais são conferidos no momento da entrega e armazenados nos devidos lugares. Através da nota fiscal é dado entrada no sistema dos medicamentos e materiais. É confrontado ordem de compra e Nota Fiscal e quando a divergência é informado ao responsável Técnico, que irá avaliar será feita devolução Total ou Parcial da Nota.

Todas as dispensações de medicamentos e materiais são dadas baixa no sistema mediante apresentação de requisição e conferência do mesmo pelo técnico de farmácia, que demonstra o estoque atualizado.



Solicitação de Compras

Objetivo

Cumprir as Normas e Procedimentos para a aquisição de produtos, visando assegurar a sua contínua provisão de forma a atender às necessidades de nossos clientes internos e externos, tendo em vista sua adequação às finalidades dos bens necessários ao cumprimento das atividades fim desta instituição.

Abrangência (Áreas Envolvidas)

Os critérios descritos neste documento abrangem todos os departamentos do Hospital.

Princípios Gerais

São de responsabilidade da área Administrativa a elaboração e atualização das regras operacionais e estratégicas que orientarão na aquisição de produtos que atendam às necessidades das áreas administrativas e assistenciais.

Tipos de Compras

- Normal - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 15 dias úteis (mais o lead-time de entrega do produto que é variável).
- Urgência - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 7 dias úteis (mais o lead-time de entrega do produto que é variável).
- Emergencial - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 1 dia útil (mais a informação do período de disponibilidade do item).

Modalidade de Compras

A Diretoria Administrativa será responsável pela expedição de toda documentação necessária para o processo, atendendo ao Regimento Interno de Compras:

- Ordem de compra impresso e assinado conforme alçada de aprovação.
- Justificativa Técnica (caso um produto seja específico e ou de um determinado fabricante).

Cotação Manual/Eletrônica - Utilizada para a realização de compra (dentro de um fluxo normal) de produtos de baixa dificuldade de obtenção que dispõem de inúmeras fontes de suprimentos.

- Programada - Utilizada para a realização de compras onde sejam solicitadas cotações que tenham seus preços pré-fixados para compras futuras (exemplo; preços válidos por 03 meses) ou para a compra direta com os fabricantes.
- Comodato - Utilizada para a compra de produtos onde a demanda de insumos justifique a disponibilidade de equipamentos necessários para sua utilização, sem custo adicional ao Hospital.

Tipos de Produtos

- **Produtos Padronizados** - Produto cujo suprimento ocorre sobre histórico de demanda com previa aprovação da Gerência Administrativa com quantidade específica e revisado trimestralmente.

Para Padronização de novo produto, o setor solicitante deverá enviar o custo e estimativa de demanda, junto com a justificativa para envio de aprovação

do responsável pelo setor. Sendo aprovado pela Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos, os itens serão incluídos na listagem.

OBS.: Produto Padrão pode ser enquadrado em qualquer modalidade de compra.

OBS.: Produto Padrão pode ser enquadrado em qualquer modalidade de compra.

- **Produtos Não Padronizados** - Produtos cujo suprimento ocorre em virtude de uma solicitação específica de uma determinada área. Não pode ser enquadrada em qualquer modalidade de compra.

Importante: Pedido de aquisição de Equipamento hospitalar/acessório e Equipamentos de Informática os usuários internos devem solicitar área técnica responsável para validação da compra.

Homologação de Materiais

- Materiais Médicos e Medicamento - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pela Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.
- Gêneros Alimentícios - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Nutrição.
- Material de Limpeza - Seguirá os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Limpeza, Hotelaria e CCIH.
- Material de Manutenção e Engenharia - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Manutenção com Apoio da Equipe de Engenharia e Infraestrutura.
- Material de Informática - Seguirá os critérios e padrões estabelecidos pelo Departamento de Tecnologia e Informação (T.I).

Planejamento de Materiais

Baseado no histórico anterior de demanda (exemplo, últimos 03 meses) será feito a elaboração de um custo ABC de produtos (abaixo) para a projeção das necessidades futuras a serem compradas.

CLASSE	% REPRESENTATIVIDADE NO CUSTO TOTAL	COMPRA EM DIAS
A	80%	30

B	15%	30
C	5%	60

Este procedimento visa um poder maior de negociação em produtos de baixo custo e maior controle nos itens de alto valor agregado.

Obs.: a validade do produto, o estoque de segurança e o lead-time do fornecedor podem interferir na quantidade a ser comprada.

Modelo de Gestão de Estoque - Reposição Periódica

Adotamos a reposição periódica onde, num período fixo, é verificada a situação do estoque e, quando necessária, é providenciada sua complementação.

Descrição do Processo: Compra Padronizada

- A gerencia administrativa (processamento de materiais) verifica no sistema a necessidade de reposição dos itens padronizados;
- Levanta a quantidade de produtos a serem adquiridos;
- Faz à relação segmentada junto com a coordenação da área, por grupo de materiais e encaminha ordem de compra ao Departamento de Compras e Logística, em impresso padronizado para a realização de cotação de mercado;
- Os compradores fazem a análise de parâmetro de compras (preços, qualidade e integridade de fornecedores);
- Após a escolha do fornecedor, com base nos critérios da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos e aprovação do **Diretor Geral** é emitida a ordem de compra.

Compra Não - Padronizada

- A solicitação de compras, deverá ser encaminhada, acompanhada de justificativas à Comissão de Padronização, ou à Diretoria Geral para avaliação e aprovação;
- Se aprovado, a Diretoria Administrativa emite a ordem de compras;
- Envia a ordem de compra para o Departamento de Compras;
- Se for rejeitado, o solicitante recebe o processo de volta, com as justificativas de cancelamento do pedido.

Setor de Almoxarifado

Sua finalidade é solicitar as compras, armazenar todos os itens classificados na espécie "materiais não reembolsáveis", ou seja, tudo aquilo que é utilizado nos processos primários, mas que não são de uso direto ao paciente e, portanto, não são pagos pelas operadoras de saúde. Exemplos: Material de limpeza, manutenção, uniformes, impressos e materiais de expediente, etc.

Setor de transportes

Todos os materiais e medicamentos adquiridos pelo hospital são entregues pelos fornecedores. Entretanto, o hospital mantém um veículo grande utilizado em compras de emergência para volumes maiores e, um transporte de equipamentos, além de algumas motos para retirada de materiais e medicamentos urgentes ou não previstos, mas que sejam de pequeno porte.

Organização dos Almoxarifados

Preliminarmente, se faz necessário descrever as funções desempenhadas pelo administrador de almoxarifados, agrupadas em atividades de:

- Receber materiais,
- Guardar materiais,
- Localizar materiais,
- Assegurar materiais,
- Preservar materiais,
- Entregar materiais.

Tais funções, podem ser distribuídas em dois grandes grupos, com características suígeneris. Um dos grupos sintetizam as atividades de planejamento dos almoxarifados, fundamentais para o desempenho de suas funções e principalmente das atividades consideradas operacionais, cujo estudo constitui uma das preocupações do **IDEAS**. Pode-se dizer que todas as atividades acima mencionadas possuem características de funções de planejamento e de funções operacionais. Entretanto, o agrupamento sugerido para este manual leva em conta as características mais predominantes, de sorte que as atividades de localização de materiais apresentam características típicas de planejamento, ao passo que a recepção, a guarda e a entrega de materiais podem ser caracterizadas como operacionais. A segurança e a preservação possuem características dos dois grupos, e por esses motivos são consideradas igualmente.

Porém, é de suma importância destacar uma atividade ainda não citada, a de controle dos materiais. Tal atividade é representada pelos serviços de controle físico-financeiro de movimentação dos estoques, no âmbito do

almoxarifado, e tem características típicas operacionais. Entretanto, considerando os dados, informações e relatórios gerados pelas demais atividades, que constituem os subsídios orientadores do processo de planejamento, pode-se considerar tal atividade, parte integrante do planejamento.

Em síntese, as organizações dos almoxarifados reúnem o conjunto de responsabilidades, tarefas e inter-relacionamentos capazes de gerar o planejamento das instalações dos almoxarifados e engloba as atividades de:

- Localização de materiais,
- Segurança de materiais,
- Preservação de materiais.

Que são consideradas preponderantemente nas funções de planejamento, enquanto:

- Recebimento de materiais,
- Segurança de materiais,
- Preservação de materiais,
- Guarda de materiais,
- Entrega de materiais,

Constituem o grupo de atividades com as quais se procede à operação dos almoxarifados.

As funções do administrador de almoxarifado consistem em planejar esse setor (localizar, preservar e assegurar), de modo a operá-lo (receber, guardar, entregar e controlar) preservando os materiais de deteriorações e desvios.

Instalações de Almoxarifados

Os objetivos que o almoxarifado visa alcançar, buscando atender ao processo produtivo de bens e serviços, através da organização do almoxarifado pressupõe a visão de objetivos de âmbito interno, responsáveis pelo bom funcionamento do setor, quais sejam:

- Pronto de acesso aos principais itens,
- Alto grau de flexibilidade do arranjo físico,
- Utilização adequada do espaço,
- Redução da necessidade de equipamentos de movimentação de materiais,
- Minimização das perdas por deterioração dos materiais,
- Minimização das perdas por desvio de materiais,
- Garantia dos requisitos mínimos de segurança individual e coletiva.

A organização de um almoxarifado consiste na obtenção de todas as informações relevantes de cada item a ser estocado, que permitirá e garantirá

identificar os fatores críticos para a correta ordem dos produtos. Para obter esses fatores e identificar a influência relativa que eles exercem sobre o armazenamento, faz-se necessário um estudo tomando-se como ponto de partida questões como:

Qual é o espaço necessário para estocar adequadamente cada material?

Nesse aspecto, leva-se em conta:

- Previsão da quantidade máxima a ser estocada,
- Tamanho do lote de cada requisição,
- Condições de embalagem.

Aspectos Construtivos: Considerações Ambientais, Equipamentos, Mobiliários, Ordenação dos Produtos, Cuidados Gerais

O espaço ocupado deve ter o máximo de flexibilidade, isto é, ajustar-se às necessidades e ocupar o mínimo de espaço, as paredes devem ser laváveis, o piso deve ser lavável e antiderrapante, o ar deve circular sem anteparos por toda a seção, a luminosidade deve ser bem distribuída, permitindo boa visualização dos itens e respectiva identificação, mas disposta de modo que não incida diretamente sobre os produtos armazenados, não deve haver incidência direta de luz solar sobre os produtos, temperatura ambiente (entre 15° e 30°C), proteção contra incêndio, proteção contra insetos e roedores, proteção contra roubos e furtos.

Estantes, estrados, rede de frio (geladeira doméstica, freezer, refrigerador, câmara fria), balança, empilhadeira e escada.

Deve estar em ordem alfabética do nome genérico, ordem alfabética do nome comercial, grupo farmacológico, forma farmacêutica, código do produto e ordem de entrada.

Dispensar o estoque mais antigo em primeiro lugar, produtos e materiais com data de vencimento mais próxima devem ficar na frente, a arrumação dos itens deverão ser feitas de modo que facilite sua localização, observar o espaçamento para as paredes, os produtos não devem ser colocados diretamente sobre o piso, deverão ainda observar as condições de estocagem conforme a monografia de cada produto, Respeitar o empilhamento máximo, observar sinais de instabilidade, observar a rotulagem, principalmente dos produtos embalados, informar ao cliente os cuidados necessários, e com relação à embalagem, o recipiente deve ser o correto e o fechamento adequado.

OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o funcionamento do almoxarifado e controle de patrimônio, envolvendo os fluxos necessários da operação para bens de consumo e materiais permanentes.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se à todas as áreas das unidades de saúde geridas pelo IDEAS.

TERMOS E DEFINIÇÕES

Almoxarifado: local destinado a guarda de materiais, podendo variar de acordo com a necessidade dos serviços e materiais envolvidos.

Patrimônio: complexo de bens da entidade ou órgão público.

Materiais de Consumo: são materiais/produtos com uso frequente e possuem utilização limitada a dois anos. A aquisição é feita em despesa de custeio e, também, pode ser chamado de materiais estocáveis.

Bens patrimoniais: são bens não consumíveis pelo uso, que mantém sua identidade física, não são deformáveis e tenham controle individualizado. Também chamado de material permanente, considerando que tem duração maior de dois anos.

Tombamento: processo de marcação numérica que permite rastreabilidade por meio de identificação do material permanente ou bens patrimoniais.

CLASSIFICAÇÃO

Quanto à forma de utilização, um material de consumo é classificado em:

a) de uso individual, quando apenas uma pessoa o utiliza contínua e constantemente;

b) de uso coletivo ou comum, quando for utilizado por várias pessoas.

Quanto à situação patrimonial, um bem é classificado como:

a) Bom - quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;

b) Ocioso - quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;

c) Recuperável - quando estiver avariado e sua recuperação for possível e orçar, no máximo, até cinquenta por cento de seu valor de mercado;

d) Antieconômico - quando estiver avariado e sua recuperação orçar mais do que cinquenta por cento de seu valor de mercado ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescência;

e) Irrecuperável - quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.

DESCRIÇÃO

Para estabelecer processos de controle gerencial interno das operações relativas ao controle dos materiais de consumo e dos bens patrimoniais, é necessário que os profissionais conheçam e sigam as instruções a seguir, além de legislações específicas.

Todos os materiais adquiridos pelo Instituto, sejam por compra ou por doação, devem ser recebidos e controlados pelo almoxarifado, desde o controle via registros de entrada até a distribuição. Também faz parte das atividades específicas do almoxarifado participar do processo de aquisição, sugerir manutenção, acompanhamento dos prazos de aquisições, controle de estoque de materiais de consumo e distribuição.

O controle de bens patrimoniais tem a finalidade de gerenciar bens móveis e equipamentos, mantendo rotina de tombamento, transferências de locais, movimentação, baixa e inventário.

Do uso dos bens patrimoniais

É de responsabilidade de todos que utilizam bens patrimoniais, zelar pela conservação do patrimônio público, seguindo as recomendações de uso apropriadas para que não ocorram danos, mantendo em boas condições de funcionamento.

Cuidados com a exposição a variações de temperatura e umidade devem ser observadas como forma de manter proteção e conservação, permitindo que a vida útil do bem patrimonial seja preservada.

Observar fragilidades no uso ou conservação dos bens patrimoniais e comunicar chefia imediata e almoxarifado da necessidade de adequações para proteção adequada. Também devem ser comunicadas com brevidade a ocorrência de irregularidades com o patrimônio.

A identificação do bem deve ser mantida de maneira legível, permitindo a rastreabilidade e comunicar almoxarifado em caso de necessidade de substituição.

Todos os usuários são responsáveis para auxiliar na realização de inventários, bem como comunicar necessidades de mudanças de locais, tombamento ou baixa.

Do controle dos bens patrimoniais

A chefia imediata do setor ou coordenação da unidade é responsável pela guarda do bem, considerando aspectos de manutenção e uso correto, com supervisão das atividades relativas ao bom uso dos bens localizados em seu setor.

Controle envolve a identificação do bem, manutenção da rastreabilidade e movimentações, comunicar bens obsoletos ou ociosos, necessidades de manutenção. Todas as movimentações dos bens patrimoniais devem ser comunicadas e registradas, a fim de garantir rastreabilidade do patrimônio público.

A identificação do patrimônio será feita com placa que, obrigatoriamente, deverá constar o CÓDIGO CNES, conforme a lista de itens constantes na tabela de equipamentos do CNES/DATASUS. Na Figura 1 é apresentado modelo de etiqueta de patrimônio.

Figura 1 - Modelo de placa de patrimônio



Modificações estruturais que envolvam o bem deverão ser autorizadas pelo responsável do patrimônio, considerando especificações técnicas, estrutura e dimensões, além de configurações de equipamentos de informática para atualização ou mudança de software.

Todo o bem adquirido será incorporado ao patrimônio considerando o valor de compra constante em nota fiscal, bem como realizar identificação numérica respeitando a sequência definida pelo órgão de controle municipal/estadual.

É necessária a interação entre o responsável interno dos bens da unidade e o setor de patrimônio do Município/Estado, a fim de manter atualizados os registros para rastreabilidade.

Do recebimento dos bens de consumo ou permanentes

Todos os bens serão recebidos de maneira provisória para efeito de verificação da conformidade do material com a especificação. Posteriormente procede-se o recebimento definitivo.

No ato de recebimento provisório devem ser respeitadas as condições necessárias para guarda segura e apropriada dos materiais recebidos. Em se tratando de materiais que exigem controle rigoroso de temperatura, esta deve ser verificada no ato do recebimento e efetuado registro.

Após a conferência física de todos os materiais/produtos, considerando qualidade e quantidade comparadas com documento de compra (termo de referência, nota fiscal), deverá proceder o registro de recebimento definitivo.

O colaborador que receber e verificar os materiais/produtos deverá declarar que o material foi recebido de acordo com o desejado no ato de compra, por meio de atesto na própria nota fiscal, com identificação legível de data, hora e identificação do colaborador (matrícula, cargo, rubrica).

Após este procedimento, os materiais/produtos serão acondicionados no almoxarifado e a nota fiscal deverá ser enviada para pagamento. Recomenda-se que o coordenador da unidade mantenha cópia da nota fiscal para possíveis conferências futuras, em caso de necessidade.

Em situações de doação, em que não seja possível a identificação por meio de nota fiscal, deve-se registrar a doação por meio de termo de doação, ou documento equivalente que comprove e sirva de registro para ser mantido junto ao controle de patrimônio.

O registro patrimonial será necessário para todos os bens patrimoniais e compreende o ato de cadastrar o bem patrimonial junto ao controle patrimonial.

O Instituto manterá este controle internamente, bem como manterá comunicação com órgão municipal/estadual responsável pelo patrimônio.

O bem patrimonial deverá ser identificado por tipo, especificações, número de tombamento, valor de aquisição, fornecedor ou fabricante, número de série, dentre outros. Após o registro junto ao sistema municipal/estadual, deve-se manter a identificação do número de patrimônio sempre fixo ao bem.

Do controle de entrada e saída

O controle de entrada e saída deve sempre respeitar e seguir expressamente as regras patrimoniais, podendo conceder entrada ou saída de bens patrimoniais somente mediante autorização documentada do setor de patrimônio. Situações de empréstimos também devem ser registradas com data provável de devolução, com assinatura de termo de responsabilidade de empréstimo de bens. No ato de devolução do bem emprestado, deverá proceder a avaliação de recebimento, bem como atestar via documento de devolução, as condições de recebimento.

Ao identificar danos ao bem público ou extravio, considerado atos de prejuízos de pequeno valor, deve-se emitir um termo circunstanciado administrativo, e cabe a coordenação da unidade definir a abertura de processo simplificado de verificação do ocorrido, bem como responsabilidades do ato que causou avaria ao patrimônio público.

Do processo de inventário

É o procedimento realizado para controle e avaliação de todos os bens móveis e imóveis, permitindo avaliar condições físicas e financeiras relativas ao bem, possibilitando ajustes escriturais, contábeis, salto físicos relativos a quantitativos e verificação de necessidades de reparos ou substituições.

A periodicidade do inventário pode variar conforme a necessidade, podendo ser inventário inicial, anual, por transferência de responsabilidade, extinção ou eventual.

Depreciação, baixa patrimonial e inutilização de bens

Depreciação é a dedução do valor do bem pelo tempo de uso, desgaste ou perda de utilidade, danos naturais por uso ou obsolescência. A Depreciação também pode ser avaliada no procedimento de inventário ou aplicado por registro de responsabilidade do órgão de controle patrimonial.

A baixa patrimonial poderá ser considerada em casos de extravio, devendo abrir sindicância para apurar os fatos; por roubo, devendo notificar autoridades policiais; por sinistro, devendo apurar as causas do sinistro, bem como acionar seguradora para ressarcimento dos prejuízos; por avaria, devendo considerar as causas, a depender, realizar processo de ressarcimento junto ao fornecedor/fabricante ou abrir sindicância para apurar as causas e responsabilidades.

A inutilização de bens é o ato de destruição parcial ou total do bem patrimonial, impedindo a utilização, por condições de riscos ao uso, riscos ambientais ou ecológico. Deve ser realizado somente após documentação do processo de inutilização, devidamente aprovada por órgão de controle patrimonial.

RESPONSABILIDADE

Almoxarife/administrativo: receber materiais de consumo ou bens permanentes, proceder avaliação para recebimento definitivo, atestar as condições do produto no ato do recebimento, encaminhar notas para pagamentos, manter controle de estoque, guarda de materiais apropriadamente e distribuição. Manter controle do patrimônio com inventários e registros de movimentação necessários aos bens patrimoniais, com interação junto ao órgão público responsável.

PLANILHA DE CONTROLE E MOVIMENTAÇÃO DO PATRIMÔNIO

Considerando que o controle e movimentação do patrimônio visa realizar a gestão de todos os bens das unidades geridas pelo IDEAS, fica estabelecido que deverá ser adotada a PLANILHA DE CONTROLE PATRIMONIAL em Excel apresentada neste documento.

Todas as unidades deverão adotar a mesma planilha para controle de seus bens patrimoniais e o acesso ao modelo da planilha se dará pela base de conhecimento (bc.ideas.med.br).

A Planilha de Controle Patrimonial ajudará a entender quais os bens devem ser inventariados e a classificação dos mesmos: móveis e utensílios, máquinas e equipamentos, veículos, computadores e periféricos, etc.

Além disso, é preciso indicar o número do patrimônio, descrição, classificação, localização e o responsável pelo departamento.

É preciso preencher a Planilha de Controle Patrimonial com estado de conservação do bem, classificando-o como BOM, OCIOSO, RECUPERÁVEL, ANTIECONÔMICO e IRRECUPERÁVEL, além de indicar o valor justo do ativo imobilizado, que nada mais é que o valor de mercado do bem.

Após o preenchimento completo da planilha de controle patrimonial, é possível avaliar indicadores e gráficos que vão contribuir com a gestão dos bens patrimoniais de cada unidade gerida pelo IDEAS.

CONTROLE DE ALTERAÇÕES DO DOCUMENTO			
Data:	Quem alterou?	Quem aprovou a versão?	Alterações realizadas:

QUALIDADE OBJETIVA

5 Comissões

A unidade irá dispor das Comissões previstas no termo de referência, dentre outras que se fizerem necessárias à qualificação da gestão da Unidade.

Proposta de Melhoria Contínua dos Processos:

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

Abaixo as normas que regimentam internamente as atribuições das comissões, equipes multiprofissionais e comitês:

- Garantir o cumprimento de suas resoluções e regimentos;
- Elaborar manuais;
- Elaborar regimentos;
- Elaborar protocolos;
- Elaborar relatórios com indicadores;
- Manter documentos (alteração na constituição) atualizadas com as devidas assinaturas;
- Comunicar o setor de comissões todas as reuniões, planos de ações, atividades e campanhas.

As comissões serão formadas por grupos de profissionais atuantes no serviço, tendo cada uma, um presidente e secretário.

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

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

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

As reuniões deverão ser registradas em ATA (e arquivada contendo: data e hora dela, nome, cargo, setor e assinatura dos membros presentes, e

registro dos ausentes, decisões tomadas, planos de ações realizados e a serem realizados.

Serão apresentados a seguir as propostas de regimentos internos para as comissões e comitês para o Hospital Regional São Vicente de Paula. A direção geral da unidade emitirá documento com nomeação dos membros de cada uma das comissões e comitês, sendo que terão trinta dias para realizar revisão das propostas de regimento e aprovar em reunião ordinário o novo regimento.

Cada comissão deve manter um cronograma de reuniões e um plano anual de atuação, além de acompanhar resultados assistências que forem da obrigação da comissão.

Relatórios periódicos deverão ser enviados a direção das unidades que compõe, podendo esta convocar para reuniões de trabalho, a fim de esclarecimentos. Relatórios também devem estar à disposição da Secretaria de Saúde e outros órgãos reguladores.

As reuniões serão registradas na ATA apresentada a seguir:

**PLANEJAMENTO DE REUNIÃO**

DATA PREVISTA:		HORÁRIO:	
LOCAL:			
MEDIADOR:		RELATOR:	
PARTICIPANTES:			

OBJETIVO:**PAUTA / PROGRAMAÇÃO:**

1. PAUTA UM
2. PAUTA DOIS
3. PAUTA TRÊS

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ☐ Projetor
- ☐ Computador

**RELATO DE REUNIÃO**

DATA:	/ /	HORÁRIO:	h min - h min
LOCAL:			
RELATOR:			

PARTICIPANTES:

PAUTA / RELATO**1. PAUTA 1****2. PAUTA 2****ENCAMINHAMENTOS:**

TAREFA	RESPONSÁVEL	PRAZO

FOTOS

ANEXOS

LISTA DE PRESENÇA

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

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

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

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

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

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

Cada comissão terá seu próprio Regimento, dispondo sobre seu funcionamento, o qual será implantado pela comissão de cada uma delas.

Na sequência as comissões que serão implantadas na Unidade.

5.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Clínicos	Atende a resolução do CFM No. 1638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. A comissão tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dessas resoluções.	Diretor Técnico Dois Enfermeiros Dois Médicos Um representante da equipe multiprofissional Responsável SAME	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS CLÍNICOS

CAPÍTULO I

Finalidade

Art. 1º. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, atende a resolução CREMERJ e a resolução CFM No. 1638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. A comissão tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dessas resoluções.

Parágrafo único – A Comissão é designado por ato executivo, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento.

CAPÍTULO II

Da composição e Mandato

Art. 2º - A composição mínima da comissão deverá ser de 2 (dois) membros médicos, 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 1 (um) membro enfermeiro, que serão nomeados pelo Diretor Geral.

Parágrafo único – A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário.

Art. 3º - O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos pelos membros através de voto simples, aberto.

Art. 4º - O mandato dos integrantes da Comissão de Revisão de Prontuário terá duração de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO III

Do funcionamento e organização

Art. 5º - A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

Parágrafo único – O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão.

Art. 6º - A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação.

Art. 7º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, poderão realizar a reunião.

Art. 8º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes.

Art. 10º - Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela Comissão.

Parágrafo único – Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Presidente ou Vice Presidente da Comissão.

CAPÍTULO IV

Das atribuições

Art. 11º - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

IV - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

V - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

VI - Detectar e avaliar as falhas de preenchimento.

Art. 11º São atribuições do Presidente:

Convocar e presidir as reuniões.

Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão.

Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante.

Fazer cumprir o regimento.

Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades.

Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 12º São atribuições e competências da secretária da Comissão:

Receber e protocolar os processos e expedientes.

Lavrar a ata das sessões/reuniões.

Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

Organizar e manter o arquivo da comissão.

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

Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Art. 13º São atribuições de cada membro da Comissão:

Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado.

Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente.

Zelar pelo sigilo ético das informações.

Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado.

CAPÍTULO V

Das Disposições Gerais

Art. 14º. A Comissão de Revisão de Prontuário deverá constituir anualmente um programa contemplando ações e metas pactuadas.

Art. 15º. A Comissão de Revisão de Prontuário manterá sob sua guarda os documentos e processos de sua pertinência, mantendo atualizados, minimamente, o Regimento Interno, o Livro de Atas para registro das reuniões, e as cópias dos relatórios enviados a Direção Geral;

Art. 16º. Este regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação.

_____, ____ de _____ de 20____

DIRETOR GERAL**Cronograma de atividade anual**

Atividade	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Revisar sistematicamente os prontuários dos pacientes atendidos na instituição, conforme amostra representativa;	Mensal	Todos
Identificar a necessidade de inclusão, exclusão ou alteração de formulários que compõem o prontuário do paciente	Constante	Todos
Elaborar indicadores de conformidades e inconformidades dos prontuários	30 dias	Todos
Debater com direção médica e de enfermagem necessidades de melhoria nos registros destas categorias	Constante	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Monitorar indicadores de conformidades e inconformidades dos prontuários	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.2. Comissão de Verificação de Óbitos

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Revisão de Óbitos	Analisar os óbitos ocorridos em instituições hospitalares e PA para traçar o perfil das mortes nestes locais, permitindo que se estabeleçam protocolos preventivos e terapêuticos, a fim de diminuir o número de óbitos nestas unidades de saúde.	Diretor Técnico Dois Enfermeiros Dois Médicos Um representante da equipe multiprofissional	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I

Finalidade

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos, atende a resolução CFM nº 1638/2002 e Resolução CFM nº 2171/2017, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão para revisão de prontuários e comissão para revisão de óbitos, respectivamente. A comissão tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dessas resoluções.

Parágrafo único – A Comissão é designada por ato executivo, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento.

CAPÍTULO II

Da composição e mandato

Art. 2º - A composição mínima da comissão deverá ser de 2 (dois) membros médicos, 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 2 (dois) membros enfermeiro, 1 (um) membro representante da equipe multiprofissional, que serão nomeados pelo Diretor Geral. Parágrafo único – A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário.

Art. 3º - O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos pelos membros através de voto simples, aberto.

Art. 4º - O mandato dos integrantes da Comissão de Prontuários e Análise de Óbitos terá duração de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO III

Do funcionamento e organização

Art. 5º - A Comissão de Prontuários e Análise de Óbitos reunir-se bimestralmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

Parágrafo único – O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão. Art. 6º - A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação.

Art. 7º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, poderão realizar a reunião.

Art. 8º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes.

Art. 10º - Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela Comissão.

Parágrafo único – Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão.

CAPÍTULO IV

Das atribuições

Art. 11º - São atribuições da Comissão de Prontuário e Análise de Óbitos:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

IV - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

V - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

VI - Detectar e avaliar as falhas de preenchimento.

VII - Ser a referência para orientação e informações, através da formulação de padronização para o preenchimento adequado dos prontuários, garantindo o sigilo e a ética profissional, sem prejuízo da documentação legal necessária, bem como que visem garantir a qualidade das informações e o fornecimento de dados que possam melhorar a assistência e na rede básica de saúde, através da elaboração de índices de morbi/mortalidade.

VIII - Atender às solicitações da Comissão de Ética Médica e de Enfermagem, no tocante aos óbitos e a informações sobre os prontuários.

Art. 11º - São atribuições do Presidente:

- I- Convocar e presidir as reuniões.
- II- Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão.
- III- Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante.
- IV- Fazer cumprir o regimento.
- V- Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades.
- VI- Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 12º - São atribuições e competências da secretária da Comissão: I- Receber e protocolar os processos e expedientes.

- II- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- III- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- IV- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- V- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.
- VI- Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Art. 13º - São atribuições de cada membro da Comissão:

- I- Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado.
- II- Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e análises de óbitos e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente.
- III- Zelar pelo sigilo ético das informações.
- IV- Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado.

CAPÍTULO V

Das disposições gerais

Art. 14º- A Comissão de Prontuário e Análise de Óbitos deverá constituir anualmente um programa contemplando ações e metas pactuadas.

Art. 15º- A Comissão de Prontuário e Análise de Óbitos manterá sob sua guarda os documentos e processos de sua pertinência, mantendo atualizados, minimamente, o

Regimento Interno, o Livro de Atas para registro das reuniões, e as cópias dos relatórios enviados a Direção Geral;

Art. 16º- Este regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação.

_____, ____ de _____ de 20____

DIRETOR GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Revisar sistematicamente os prontuários dos pacientes que tiveram o óbito como desfecho;	Mensal	Todos
Identificar os elementos que foram definidores para ocorrência do óbito	Mensal	Todos
Elaborar e monitorar indicadores relacionados ao perfil de óbito na unidade	Mensal	Todos
Sugerir e implementar protocolos preventivos a partir das causas de óbito	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	Anual	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.3. Comissão de Ética Médica

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Ética Médica	Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais	Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Dois Representantes da Gestão.	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I

Conceituação e Objetivos

Art.1º - A Comissão de Ética Médica (CEM) do Hospital, é vinculado ao Conselho Regional de Medicina do Estado, desempenha as seguintes atribuições:

Parágrafo Único: a Comissão de Ética Médica tem como objetivos

I - Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

II - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;

III - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão

IV - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI - Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII - Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX - Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua

X - Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI - Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

XII - Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica

XIII - Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV - Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV - Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;

XVI - Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

XVII – Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica

CAPÍTULO II

Composição e funcionamento

Art. 2º - A Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

Art. 3º - A Comissão de Ética Médica será composta por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único: o Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Art. 4º – São atribuições dos membros da Comissão de Ética Médica:

- I - Eleger o presidente e secretário
- II - Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- III - Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta resolução;
- IV - Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

CAPÍTULO III

Das atribuições e competências:

Art. 5º – São atribuições do presidente da Comissão de Ética Médica:

- I - Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- II - Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- III - Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- IV - Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- V - Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica
- VI - Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 6º - São Atribuições do secretário da Comissão de Ética Médica: I - Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

II - Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

III - Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica; IV - Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica; V - Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Art. 7º – O mandato dos integrantes da Comissão de Ética Médica terá duração de 2 (dois) anos.

Parágrafo Primeiro: cessará automaticamente o mandato do membro da Comissão de Ética Médica que deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo.

Parágrafo Segundo: nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente, respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo Terceiro: nos casos de vacância do cargo de presidente ou secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo Quarto: quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO IV

Reuniões da comissão:

Art. 8º - Os membros efetivos da Comissão de Ética Médica reunir-se-á em reuniões ordinárias mensais e extraordinária quando necessária.

Art. 9º - Os membros efetivos da Comissão de Ética Médica reunir-se-á com a presença da maioria de seus membros (metade mais um), sendo as deliberações tomadas por consenso.

Art. 10º - As reuniões serão realizadas, normalmente, na sala de reuniões e, excepcionalmente, em qualquer outro local previamente estabelecido.

Art. 11º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 12º - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

CAPÍTULO V

Das eleições:

Art. 13º - A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial na Instituição. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Art. 14º - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 15º - O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho.

Art. 16º - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais:

Art. 17º - Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CREMERJ para manifestação.

Art. 18º - Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Art. 19º – O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

_____, ____ de _____ de 20____

DIRETOR MÉDICO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Estabelecer plano de debates entre os profissionais médicos a respeito de situação éticas	Mensal	Todos
Analisar as denúncias dos casos éticos	Mensal	Todos
Comunicar, se necessário o Conselho Regional de medicina	Sempre que necessário	Todos
Elaborar relatório dos casos analisados e comunicar o CRM	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.4 Comissão de Ética de Enfermagem

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Ética de Enfermagem	Assegurar uma assistência de enfermagem ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário, sem perder o foco na humanização da assistência.	Dois Enfermeiros Quatro Técnicos em Enfermagem Um Auxiliar de Enfermagem (se houver)	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

Conceituação e Objetivos

Art. 1º - A criação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) tem como finalidade de assegurar uma assistência de enfermagem ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário, sem perder o foco na humanização da assistência, e, a atual CEE está inserida nesse contexto.

Art. 2º - As Comissões de Éticas de Enfermagem são vinculadas ao COREN e devem manter a sua autonomia em relação às Instituições onde

atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Enfermeira Responsável Técnica ou a Gerência/Diretoria de Enfermagem da instituição.

Parágrafo Único: cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da C.E.E

Art. 3º - A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

CAPÍTULO II

Composição e funcionamento

Art. 4º - A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizas, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Art. 5º - A CEE será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros eleitos, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente.

Parágrafo Único: o cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 6º - O tempo de mandato da CEE será de 03 (três) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 7º - O afastamento dos membros integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo Único: Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEE comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN

CAPÍTULO III

Das competências:

Art. 8º - Compreende as competências gerais da CEE:

Representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;

Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;

Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.

Encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;

Propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;

Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

Assessorar a Diretoria/Chefia/Coordenadora de Enfermagem da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;

Divulgar as atribuições da CEE.

Participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.

Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem.

CAPÍTULO IV

Reuniões da Comissão:

Art. 9º - Os membros efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á em reuniões ordinárias mensais e extraordinária quando necessária.

Art. 10º - Os membros efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á com a presença da maioria de seus membros (metade mais um), sendo as deliberações tomadas por consenso.

Art. 11º - As reuniões serão realizadas, normalmente, na sede do Hospital e, excepcionalmente, em qualquer outro local previamente estabelecido.

Art. 12º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 13º - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

CAPÍTULO V

Das eleições:

Art. 14º As eleições para constituição da CEE deverão ser convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro responsável técnico, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na instituição de saúde.

Art. 15º - A constituição da CEE é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos da Resolução COFEN nº 593/2018. Art. 16º - O Enfermeiro RT deverá constituir comissão eleitoral para encaminhamento do pleito.

Art. 17º – Cabe a comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos do art. 25º deste regimento.

Art. 18º – O voto em cédula será depositado em urna indevassável.

Art. 19º – A eleição se processará, preferencialmente, em 1 (um) dia, das 08:00 horas às 20:00 horas, garantindo, assim, a participação de todos os profissionais de enfermagem da instituição no pleito.

Art. 20º – A apuração será pública e na presença dos candidatos concorrentes ou de observadores.

Art. 21º – Na hipótese de ocorrência de fato grave que influencie o resultado da eleição, poderá o interessado recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem da respectiva jurisdição, a quem caberá decidir sobre a questão.

Art. 22º – Entende-se por fato grave aquele que coloca em dúvida a lisura do processo eleitoral, passível de apuração de responsabilidade e nulidade dos atos.

Art. 23º – Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos

Art. 24º - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEE.

Art. 25º - São critérios para integrar a CEE:

Manter vínculo empregatício junto à instituição de saúde;

Possuir situação regular junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;

Não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;

Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;

Parágrafo único. O Enfermeiro RT deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem os nomes dos profissionais inscritos/designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

Art. 26º - Cópia de todo processo eleitoral, capa a capa, deverá ser encaminhado ao Conselho Regional de Enfermagem para análise, avaliação e parecer de Conselheiro para aprovação do nome dos profissionais eleitos, em Plenário, podendo para tanto utilizar o meio eletrônico.

Art. 27º- A CEE eleita ou designada será nomeada por Portaria do Conselho Regional de Enfermagem estabelecendo os nomes dos eleitos ou designados, efetivos e suplentes, destacando o nome do presidente e do secretário e o prazo do mandato a ser cumprido.

Art. 28º- A Portaria deverá ser publicada no site do Conselho Regional de Enfermagem e em outros meios disponíveis de divulgação.

Art. 29º- Caberá ao Presidente do Conselho Regional de Enfermagem, ou outro profissional designado, dar posse à Comissão de Ética de Enfermagem da Instituição em ato oficial e na oportunidade entregar a Portaria de designação, que será o instrumento legal de atuação dos seus membros eleitos ou designados.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais:

Art. 30º – O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

Art. 31º – O presente Regimento segue as orientações do Conselho Regional de Enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN Nº 593/2018.

_____, ____ de _____ de 20____

PRESIDENTE DA COMISSÃO**Cronograma de atividade anual**

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Realizar eleição dos membros da Comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	35 dias	Secretário
Estabelecer plano de debates entre os profissionais de enfermagem a respeito de situação éticas e legais da profissão	60 dias	Todos
Analisar as denúncias dos casos éticos	Mensal	Todos
Comunicar, se necessário, o Conselho Regional de Enfermagem	Sempre que necessário	Todos
Elaborar relatório dos casos analisados e comunicar o COREN	Mensal	Todos
Realizar encontros de debates entre os profissionais de enfermagem a respeito de situação éticas e legais da profissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades da comissão	Anual	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.5 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão Controle de Infecções Hospitalares	Tem como finalidade o desenvolvimento das ações programadas de controle de Infecções.	Diretor Geral Médico Infectologista, Diretor Clínico, Médico Enfermeiro. Farmacêutico Bioquímico,	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

CAPÍTULO I

Conceituação e Objetivos

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), é um órgão de assessoria da Direção e tem por finalidade a definição de ações que visem o controle e a prevenção das infecções hospitalares.

Parágrafo Primeiro: para aplicação de tal norma, conta com a atuação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que está subordinado a mesma Direção, que tem por finalidade o desenvolvimento das ações programadas de controle de Infecções hospitalares.

Parágrafo Segundo: a CCIH e SCIH, em razão de sua relevância e pelos seus membros, no exclusivo exercício de suas funções tem autonomia para praticar os atos a eles inerentes.

Parágrafo Terceiro: a CCIH deve estar representada nos conselhos de administração e formuladores da política da instituição como, por exemplo, conselho técnico.

CAPÍTULO II

Da posição da CCIH

Art. 2º - O controle das infecções hospitalares será feito através do SCIH, conforme as orientações da CCIH, de acordo com a Portaria nº 2.616 Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998.

Art. 3º - O SCIH será desempenhado no mínimo pelo Enfermeiro, com a colaboração de um médico infectologista e de um Farmacêutico.

Art. 4º - A CCIH será composta por todos os membros de SCIH e por representantes dos seguintes setores:

- Direção Clínica
- Direção Administrativa
- Corpo Clínico, mais especificamente Corpo Médico
- Serviço de Enfermagem
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Microbiologia

Parágrafo Único: o SCIH deverá manter uma secretária, como profissional burocrático. Art. 5º - Os membros do SCIH serão indicados pela Direção Técnica, após ouvir o presidente da CCIH e selecionados entre os profissionais de nível superior que tenham interesse ou formação na área, nomeados por escrito através de um serviço ou portaria.

Art. 6º - Os Membros da CCIH serão indicados pelos respectivos serviços que eles representarão, homologados pela Direção Técnica.

Parágrafo Primeiro: o mandato dos representantes será de um ano, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Segundo: haverá convocação anual pela Direção Técnica para a indicação dos representantes dos serviços, com 30 (trinta) dias de antecedência da data da primeira reunião.

Parágrafo Terceiro: em caso de vacância definitiva de um dos representantes, deverá haver indicação de um novo representante pelo serviço correspondente dentro de 30 (trinta) dias. Parágrafo Quarto: na eventualidade da ausência do Presidente na reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, fica designado o Vice-presidente para dar andamento aos trabalhos; na ausência deste, os demais membros designarão um substituto, sempre que possível com antecedência.

CAPÍTULO III

Das atribuições

Art. 8º - A CCIH compete:

Parágrafo Primeiro: implantar um sistema de vigilância epidemiológica das Infecções Hospitalares.

Parágrafo Segundo: determinar diretrizes institucionais e operacionais para o controle das infecções hospitalares.

Parágrafo Terceiro: aprovar o programa anual de trabalho de SCIH.

Parágrafo Quarto: sugerir prioridades de ação para o controle das infecções hospitalares. Parágrafo Quinto: avaliar a efetividade do programa de controle de infecções hospitalares. Parágrafo Sexto: avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelo SCIH.

Parágrafo Sétimo: deliberar sobre as normatizações e medidas de controle elaboradas pelo SCIH, visando o controle das infecções das hospitalares.

Parágrafo Oitavo: comunicar regularmente a Direção e as chefias dos serviços e/ou setores a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar através dos meios disponíveis.

Parágrafo Nono: cumprir, divulgar e promover o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIH.

Parágrafo Décimo: cooperar com a ação de fiscalização do serviço de vigilância sanitária do órgão estadual municipal de saúde.

Parágrafo Décimo Primeiro: propor a Direção sobre a notificação, ao serviço de vigilância sanitária local, de casos de surtos, confirmados ou suspeitos, de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados e instalar medidas de controle quando for indicado.

Parágrafo Décimo Segundo: treinamento dos profissionais da instituição no que diz respeito à prevenção de infecções hospitalares.

Art. 9º - A SCIH compete:

Parágrafo Primeiro: elaborar, implementar e manter um programa de controle de infecções hospitalares adequado às características e necessidades da instituição.

Parágrafo Segundo: implantar e manter um sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares.

Parágrafo Terceiro: elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle das infecções hospitalares, encaminhando-os a CCIH para apreciação a aos envolvidos, quando necessário.

Parágrafo Quarto: realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias.

Parágrafo Quinto: sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções hospitalares.

Parágrafo Sexto: propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções hospitalares.

Parágrafo Sétimo: elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnicos- administrativas, em conjunto com os diversos setores que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções hospitalares, bem como supervisionar sua aplicação (ou limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso através de medidas de isolamento e precauções).

Parágrafo Oitavo: desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com vários setores.

Parágrafo Nono: atuar em conjunto com o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, no monitoramento, identificação, investigação, registro e comunicação aos órgãos competentes das doenças de notificação compulsória.

CAPÍTULO IV

Atribuições dos membros

Art. 10º - A competência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar abrange a instituição no que concerne a:

I. Médico: O médico é a figura importante de controle das infecções hospitalares, sendo sua presença indispensável para a implantação, principalmente, da política de controle de antimicrobianos, dentro do controle das infecções. Algumas atividades são compartilhadas com outros profissionais da equipe, mas são atribuições próprias deste profissional:

Proceder à investigação epidemiológica em conjunto com as equipes das unidades envolvidas e demais membros da CCIH/SCIH.

Supervisionar e revisar os casos levantados pela vigilância epidemiológica e assessorar tecnicamente este sistema.

Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em conjunto com os demais membros da CCIH/SCIH.

Recomendar os isolamentos nos pacientes com infecções transmissíveis. Assessorar em conjunto com o enfermeiro e farmacêutico, o corpo clínico sobre racionalização no uso de antimicrobianos, considerando seu tempo de ação e coeficiente, sensibilidade/residência.

Assessorar em conjunto o enfermeiro, a Direção da unidade nas questões relativas ao controle das infecções hospitalares.

Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da equipe.

Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares. Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das infecções hospitalares e uso de antimicrobiano.

Monitorar diariamente os resultados de exames em andamento no laboratório de bacteriologia às clínicas, a respeito de pacientes internados, sob o uso de antimicrobianos ou não.

Avaliar pacientes pré e pós-cirúrgicos, quanto ao risco de infecção hospitalar. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH.

Cumprir e fazer cumprir as determinações da portaria nº 2.616 GM / MS de 12 de maio de 1998.

II. Enfermeiro: O enfermeiro é a figura chave no controle das infecções hospitalares, sendo a sua presença indispensável para a realização das tarefas básicas do controle de infecções. Algumas atividades são compartilhadas com outros profissionais da equipe, entre eles principalmente o médico e o farmacêutico, mas existem as atribuições que são próprias destes profissionais, devendo exercê-las com total autonomia:

Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, através do método de busca ativa;

Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância; Fazer a investigação de surtos/revisão diária dos prontuários;

Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica;

Realizar visitas as unidades de internação e aos diversos setores da unidade para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço;

Avaliar e orientar medidas de isolamento e precauções a equipe multiprofissional; Verificar o funcionamento mensal, e sempre que necessário, das autoclaves, através do controle de temperatura, pressão e tempo do ciclo de esterilização;

Controlar a quantidade da esterilização das autoclaves, através de testes biológicos, em intervalos pré-fixados;

Elaborar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores da unidade;

Normatizar, junto com os outros membros da CCIH, o uso dos germicidas hospitalares;

Fornecer, junto com os outros membros da CCIH/SCIH, parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem quanto a reformas de instalações prediais;

Elaborar e fazer cumprir, em conjunto com a Direção Técnica e Clínica, normas para prevenção e controle das infecções hospitalares;

Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto a procedimentos de limpeza, desinfecções e esterilização;

Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares; Manter-se atualizado na área de controle de infecções hospitalares;

Executar outras tarefas da mesma natureza e mesmo nível de complexidade, conforme as atribuições inerentes ao enfermeiro previstas na lei nº 7498 de 25 de junho de 1986.

III. **Farmacêutico:** O farmacêutico é a complementação fundamental na formação da equipe multiprofissional para atuar no controle das infecções hospitalares, sendo sua presença muito importante para a implantação da política de controle de antimicrobianos. Algumas atividades são compartilhadas com outros profissionais da equipe, são atribuições próprias deste profissional.

Elaborar relatórios periódicos sobre o consumo, custos e frequência de uso de antibióticos.

Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo de antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo de cada unidade.

Elaborar rotinas para os usos dos antimicrobianos, em comum acordo com o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados.

Rever periodicamente a padronização dos antimicrobianos, em conjunto com a subcomissão de padronização de medicamentos.

Verificar periodicamente o estoque de medicações que por ventura venham a ocorrer.

Monitorar diariamente o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros, acompanhamento farmacológico dos pacientes.

Fornecer informações a respeito das incompatibilidades físico – químicas destes medicamentos.

Manter-se atualizado sobre germicidas hospitalares e os antimicrobianos.

Participar da investigação de casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros.

Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos.

Acompanhar os resultados bacteriológicos de culturas dos produtos manipulados no setor de germicidas e saneantes dos serviços de farmácia, monitorando o processo de validação de suas técnicas.

Elaborar relatórios mensais do consumo de germicidas por clínicas e setores. Participar das reuniões da subcomissão de padronização de medicamentos, como membro.

Fornecer informações a respeito das questões farmacêuticas no controle das infecções.

Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecções. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos. Analisar e avaliar a descrição dos produtos que vem para parecer ao SCIH.

IV. Microbiologista:

Informar ao SCIH sobre a presença de microorganismos incomuns ou perigosos à unidade.

Realizar exames sorológicos, bacteriológicos e parasitológicos. Realizar culturas em locais mais propícios para ocorrência de infecções.

Pesquisar sobre e atualizar os modelos de sensibilidade a antibióticos. Realizar o controle de qualidade dos exames.

Identificar todos os materiais tidos como contaminados.

Dar apoio e participar da investigação epidemiológica e treinamento de pessoal. Elo de ligação entre laboratório e Corpo Clínico da unidade.

Estabelecer normas para coleta, transporte e manuseio de amostra para cultura. Padronizar critérios de aceitação e/ou rejeição de pedidos médicos para realização de cultura.

Padronizar os antibiogramas realizados, adequando-se as circunstâncias clínicas. Implementar novos avanços no diagnóstico microbiológico, através da participação nos programas de controle de qualidade da sociedade Brasileira de Microbiologia. Cooperar na elaboração da padronização de antibióticos, soluções e desinfetantes. Participar das reuniões da CCIH.

Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento. Desempenhar tarefas afins.

V. Representante da Administração:

Prever e prover local apropriado para o funcionamento do CCIH e do SCIH. Intermediar junto à administração superior das necessidades financeiras dos programas de controle de infecções Hospitalares.

Estabelecer normas para os visitantes.

Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pelo SCIH. Assegurar a participação dos vários serviços da unidade na CCIH. Participar das reuniões da CCIH.

Assegurar ligação continua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções hospitalares.

Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIH e do SCIH.

Propiciar recursos humanos e materiais para implantação dos programas de controle de infecções hospitalares.

Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pelo SCIH.

Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIH e do SCIH, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade hospitalar.

Divulgar amplamente em toda a campanha de higienização das mãos. Avaliar, constantemente, a atuação da CCIH e do SCIH.

Promover debates, no âmbito hospitalar sobre o controle de infecções.

Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIH em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate as infecções hospitalares.

Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia.

Cumprir e fazer cumprir o presente regimento. Desempenhar tarefas afins.

VI. Secretário:

Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados. Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios. Expedir as correspondências do CCIH e do SCIH. Executar os serviços de datilografia e/ou digitação.

Atender as determinações do Presidente de CCIH. Protocolar correspondências recebidas e enviadas.

Por determinação do presidente da CCIH, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias.

Catalogar fontes bibliográficas. Atender telefonemas.

Manter o quadro de avisos em ordem.

Manter os boletins mensais manter os boletins mensais da CCIH. Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos.

Desempenhar tarefas afins.

CAPÍTULO V

Do funcionamento

Art. 11º - A CCIH será dirigida por um presidente em um vice-presidente, ou secretário, que substituirá nos seus impedimentos, temporários, ambos escolhidos por e entre os membros da comissão.

Art. 12º - O SCHI será dirigido por uma chefia eleita entre o serviço, considerada a experiência anterior e o conhecimento técnico e gerencial necessário.

Art. 13º - Haverá pelo menos uma reunião semanal do SCIH e uma reunião mensal da CCIH.

CAPÍTULO VI

Das normas

Art. 14º - Os membros da CCIH terão mandato de um ano, sendo permitida a sua recondução;

Art. 15º - O presidente e Vice-Presidente da CCIH serão indicados pela diretoria; Art. 16º - Aos membros da CCIH é assegurado o livre acesso em todas as dependências da unidade, desde que atitude implique em sua atividade fim: prevenção e controle das infecções hospitalares;

Art. 17º - O SCIH deverá implantar rotinas para o controle bacteriológico da água e das vias de escoamento de matérias contaminados sendo que o controle deverá ser feito semestralmente;

Art. 18º - As reuniões da CCIH serão marcadas com o mínimo de dois dias de antecedência e realizadas mensalmente;

Art. 19º - As reuniões extraordinárias, ou de caráter de urgência poderão ser convocadas a qualquer tempo, e por qualquer meio de convocação;

Art. 20º - Qualquer membro da CCIH ou SCIH poderá convocar reunião extraordinária, o que deverá ser feito através do Secretário;

Art. 21º - A CCIH poderá, a seu critério, convocar membros do Corpo Clínico, da Enfermagem e/ou outros para participar das reuniões, sempre que o assunto assim o exigir;

Art. 22º - As reuniões serão registradas em ata, através do resumo fiel dos assuntos discutidos e deliberados, redigidos pelo Secretário, e assinado por todos os participantes;

Art. 23º - O quorum mínimo para a realização das reuniões é da metade dos membros, ou a critério do presidente;

Art. 24º - O membro que falta a 3 (três) reuniões consecutivas, será automaticamente desligado da Comissão. O presidente deverá comunicar, por escrito, o desligamento a Direção da unidade, e encaminhar lista tríplice para nomeação do novo membro;

Art. 25º - As decisões da CCIH serão tomadas mediante aprovação de um número igual à metade mais 1 (um) de seus integrantes;

Art. 26º - Este regimento poderá ser modificado em todo ou em parte, por proposta da Direção da unidade, ou dos membros da comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade;

Art. 27º - A CCIH encaminhará mensalmente a Administração relatórios, que será pautado nos itens:

- a) Resumo das reuniões;
- b) Atividades: principais atividades desenvolvidas pelo SCIH, no período;
- c) Ocorrências: síntese das principais ocorrências internas relacionadas com as diretorias ou gerencias;
- d) Estatística: coleta e apresentação dos dados estatísticos;
- e) Críticas e sugestões: conjunto de críticas e sugestões visando a melhoria dos serviços prestados.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais

Art. 28º - CCIH e o SCIH têm absoluta autonomia de ação, devendo suas determinações serem seguidas por todas as pessoas que executam suas atividades profissionais, sem qualquer exceção;

Art. 29º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão, salvo competência específica de outro órgão.

Art. 30º- O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

_____, ____ de _____ de 20____

DIRETOR DE ENFERMAGEM

DIRETOR MÉDICO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Todos
Aprovar o Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	45 dias	Todos
Monitorar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Controle de Infecções (SCIH)	Mensal	Todos
Monitorar as taxas de infecções da unidade geradas pelo SCIRAS	Mensal	Todos
Monitorar o sistema de vigilância epidemiológica	Mensal	Enfermeiro Médico
Aprovar os produtos saneantes utilizados na unidade	Sempre que necessário	Enfermeiro Médico
Monitorar a qualidade da água e procedimentos relacionados (análise microbiológica, periodicidade de limpeza caixa d'água)	Semestral	Enfermeiro
Monitorar processo de dedetização da unidade e aparecimento de vetores	Mensal	Enfermeiro
Acompanhar os casos de acidentes de trabalho com exposição a material biológico	Mensal	Enfermeiro Médico
Monitorar a atualização do manual de higienização e aplicação do mesmo	Mensal	Enfermeiro

Monitorar o processo de aplicação das normas do manual do Centro de Materiais e Esterilização	Mensal	Enfermeiro
Elaborar manual de antibioticoprofilaxia	Mensal	Médico
Desenvolver atividades educativas com vistas a prevenção e ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde	Mensal	Enfermeiro Médico

* Após início do contrato de gestão.

5.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	A CIPA é obrigatória em todas as organizações privadas ou públicas classificadas como grau de risco 3 (NR5 da Portaria 9.214/78) e que possuem 20 ou mais funcionários. Tem como finalidade treinar os membros tanto por parte do empregador como dos empregados, segundo orientação do Ministério do Trabalho, para alcançar o objetivo de acidente zero.	Representantes da Gestão, Colaboradores eleitos.	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CAPÍTULO I

Da apresentação

Art. 1º - A CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, visa à prevenção de acidentes de trabalho dentro da organização.

Art. 2º - Os membros da CIPA deverão manter um elevado nível de participação e colaboração, respeitando plenamente as disposições legais referentes ao assunto e ao presente regimento, inclusive respondendo por seus atos à Administração do Hospital.

- A CIPA é obrigatória em todas as organizações privadas ou públicas classificadas como grau de risco 3 (NR5 da Portaria 9.214/78) e que possuem 20 ou mais funcionários.

CAPÍTULO II

Da importância

Art. 3º - O único caminho para evitar acidentes é manter um programa de controle contínuo que dedique atenção constante a todas as causas de acidentes. A Vigilância total significa “Segurança sempre presente, sob todas as formas”. Daí resultam a importância e necessidade de uma CIPA bem estruturada e organizada.

CAPÍTULO III

Das finalidades

Art. 4º - Tem como finalidade treinar os membros tanto por parte do empregador como dos empregados, segundo orientação do Ministério do Trabalho, para alcançar o objetivo de acidente zero.

Art.5º - Receber e analisar informações e sugestões referentes à prevenção de acidentes, vindas de membros da CIPA, assim como do empregador, de convidados e colaboradores. Art. 6º - Promover a divulgação de assuntos referentes à prevenção de acidentes.

Art. 7º - Orientar os funcionários quanto à prevenção de acidentes.

Art. 8º - Discutir os acidentes ocorridos e solicitar medidas que previnam outros semelhantes.

Art. 9º - Observar e relatar condições de risco nos ambientes de trabalho.

Art.10º - Solicitar medidas para reduzir, e até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizá- los.

CAPÍTULO IV

Da estrutura orgânica

Art.11º - A localização da CIPA no organograma

Parágrafo único - A CIPA deve ficar como um órgão de assessoria, no organograma da Instituição, ligado diretamente à Diretoria.

CAPÍTULO V

Da composição

Art.12º - A CIPA é composta pelos seguintes membros:

Presidente

Vice-presidente

Secretário

Suplentes

CAPÍTULO VI

Da comissão

Art.13º - A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, nas seguintes proporções:

Havendo de 20 a 50 empregados na empresa, haverá dois (2) membros na CIPA;

Havendo 50 a 100 empregados na empresa, haverá quatro (4) membros na CIPA;

Havendo de 101 a 500 empregados na empresa, haverá oito (8) membros na CIPA/

Havendo de 501 a 1000 empregados na empresa, haverá doze (12) membros na CIPA;

Havendo de 1001 a 2500 empregados na empresa, haverá dezesseis (16) membros na CIPA;

Havendo de 2501 a 5000 empregados na empresa, haverá vinte (20) membros na CIPA;

Havendo mais de 5000 empregados na empresa, haverá vinte e quatro (24) membros na CIPA;

Parágrafo único: o número de membros representantes dos empregados deverá ser igual ao número de membros representantes do empregador. Havendo de 20 a 50 empregados na empresa, haverá dois (2) membros na CIPA;

CAPÍTULO VII

Das eleições

Art.17º - Os representantes dos empregados, titulares e suplentes serão eleitos por meio de votação secreta.

Art.18º - Assumirão a condição de membros titulares aos candidatos mais votados. Parágrafo Primeiro: os demais candidatos assumirão a condição de suplentes, obedecendo à ordem decrescente de votos recebidos

Parágrafo Segundo: os candidatos votados e não eleitos como titulares ou suplentes deverão ser relacionados no ato da eleição, em ordem decrescente

de votos, possibilitando sua nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Art.19º - Em casos de empate, assumirá o candidato que tiver maior tempo no estabelecimento.

Art.20º - Para cada eleição deverá haver uma folha de votação que ficará arquivada na empresa por um período mínimo de 3 (três) anos.

Art.21º - O presidente da CIPA será designado pelo empregador, anualmente, dentre os seus representantes titulares.

Art.22º - A eleição para o novo mandato da CIPA deverá ser convocada pelo empregador, com prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato e realizada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao término do mandato.

Art.23º - O vice-presidente da CIPA será escolhido pelos representantes dos empregados dentre os seus titulares.

Art.24º - O secretário será escolhido de comum acordo entre os representantes dos empregados e do empregador.

Art.25º - A autoridade regional competente poderá anular a eleição quando constatar qualquer irregularidade na sua realização.

CAPÍTULO VIII

Do mandato

Art.26º - O mandato dos membros eleitos da CIPA, terá a duração de 1 ano, permitida uma reeleição.

Art.27º - O disposto no artigo anterior não se aplicará ao membro suplente que durante o seu mandato, tenha participado de menos da metade do número de reuniões da CIPA.

Art.28º - Durante o mandato, os titulares da representação dos empregados na CIPA não poderão ser transferidos para outras localizações, salvo quando houver concordância expressa dos mesmos.

Art.29º - Os membros titulares da CIPA, designados pelo empregador, não poderão ser reconduzidos para mais de dois mandatos consecutivos.

Art.30º - Durante o mandato, os membros da CIPA não poderão sofrer despedida arbitrária, entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo disciplinar, técnico, econômico ou financeiro.

Parágrafo Primeiro: ocorrendo a despedida, caberá ao empregador, em caso de reclamação à Justiça do Trabalho, comparar a existência de qualquer

dos motivos mencionados neste artigo, sob pena de ser condenado a reintegrar o empregado.

Parágrafo Segundo: fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

CAPÍTULO IX

Art.31º - São atribuições da CIPA:

Discussão dos acidentes ocorridos

Sugestões de medidas de prevenção de acidentes, julgadas necessárias, por iniciativa própria ou de outros empregados;

A promoção da divulgação e observância das normas de segurança e medicina do trabalho, ou de regulamentos e instrumentos e serviço, emitidos pelo empregador;

A adoção de um comportamento preventivo durante o trabalho, estimulando o interesse dos empregados pela prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais;

Promoção, anualmente, da Semana Interna de Prevenção de Acidentes;

A participação da Campanha permanente de prevenção de acidentes, promovida pela empresa;

O registro em livro próprio das datas das reuniões da CIPA e o envio, mensalmente, ao SESMET e ao empregador, da cópia das mesmas;

Participação ou investigação das causas, circunstâncias e consequências dos acidentes e das doenças ocupacionais acompanhando a execução das medidas corretivas;

Realização, quando houver denúncia de risco, ou por iniciativa própria e mediante aviso prévio ao empregador e ao SESMET, de inspeção das dependências da empresa, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pelo setor, ao SESMET, de inspeção nas dependências da empresa, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pelo setor, ao SESMET e ao empregador;

Sugestões para realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à segurança e medicina do trabalho;

Convocação de pessoas, no âmbito da empresa, quando necessário, para a tomada de informações, depoimentos e dados ilustrativos e/ou esclarecedores, por ocasião da investigação dos acidentes de trabalho.

CAPÍTULO X Das competências

Art.32º - Compete ao Presidente da CIPA:

Convocar os membros para reunião da CIPA;

Presidir as reuniões, encaminhando ao empregador e à SESMET, as reclamações aprovadas e acompanhar sua execução;

Designar membro da CIPA para investigar o acidente de trabalho ou acompanhar investigação feita pelo SESMET, imediatamente após receber a comunicação do encarregado do setor onde ocorreu o acidente;

Determinar tarefas aos membros da CIPA;

Coordenar todas as atribuições da CIPA;

Manter e promover o relacionamento da CIPA com o SESMET e demais seções da instituição;

Delegar atribuições ao Vice-presidente.

Art.33º - Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

I - Executar atribuições que lhe forem delegadas

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

Art.34º - Compete ao Secretário da CIPA:

I - Elaborar as atas das eleições e das reuniões registrando-as em livro próprio; II - Preparar a correspondência;

- Manter o arquivo atualizado;

- Providenciar para que as atas de reuniões sejam lidas por todos os membros da CIPA.

Art.35º - Compete aos membros da CIPA:

- Elaborar o calendário de reuniões da CIPA;

- Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e aprovando as recomendações;

- Investigar o acidente de trabalho isoladamente ou em grupo, e discutir os acidentes ocorridos;

- Frequentar os cursos sobre prevenção de acidentes de trabalho;
- Cuidar para que todas as atribuições da CIPA previstas no Art.30 sejam cumpridas.

Capítulo XI

Das Reuniões

Art.36º - A CIPA se reunirá com todos os seus membros, pelo menos trimestralmente, em local apropriado e durante o expediente normal da empresa, obedecendo ao calendário anual.

Art.37º - Sempre que ocorrer acidentes que resultem em morte, perda de membros ou de função orgânica e ainda causem prejuízo, a CIPA se reunirá em caráter extraordinário no prazo máximo de 48 horas após a ocorrência do acidente, podendo ser exigida a presença do responsável pelo setor onde ocorreu o mesmo.

CAPÍTULO XII

Das normas

Art.38º - A composição da CIPA deverá obedecer a critérios que permitam estar representada a maior parte dos setores do estabelecimento, não devendo faltar, em qualquer hipótese, a representação dos setores que ofereçam risco ou que apresentem maior número de acidentes.

Art.39º - Organizada a CIPA, a mesma deverá ser registrada no órgão regional do Ministério do Trabalho – MTB, até 10 (dez) dias após a eleição.

Art.40º - O registro da CIPA será feito mediante requerimento ao Delegado Regional do Trabalho ou Delegado do Trabalho Marítimo, acompanhado de cópia da eleição e da instalação e posse, contendo o calendário anual das reuniões ordinárias da CIPA, onde constem dia, mês, hora e local de realização das mesmas.

Art.41º - Após cada eleição, a empresa fica obrigada a encaminhar ao DRT ou DMT as atas e calendários referidos no artigo anterior.

Art.42º - Nos impedimentos eventuais ou afastamentos temporários do Presidente da CIPA, o seu suplente assumirá o lugar de representante titular do empregador e não as funções do Presidente.

Parágrafo Primeiro: o mesmo se aplicará ao Vice-Presidente (empregado).

Art.43º - Quando houver constatação de risco e/ou ocorrer acidente de trabalho, com ou sem vítimas, o responsável pelo setor, deverá comunicar a ocorrência de imediato, ao Presidente da CIPA, o qual, em função da gravidade, convocará reunião extraordinária ou a incluirá na pauta ordinária.

Art.44º - A CIPA deverá discutir o acidente e encaminhar ao SESMET e ao empregador o resultado e as solicitações de providências.

Art.45º - O empregador, ouvido o SESMET, terá 8 (oito) dias para responder à CIPA indicando as providências adotadas ou a sua discordância devidamente justificada.

Art.46º - Quando o empregador discordar das solicitações da CIPA e esta não aceitar a justificativa, o empregador deverá solicitar a presença do MTB no prazo de 8 (oito) dias a partir da data da comunicação da não aceitação, pela CIPA.

Art.47º - O empregador deverá promover, para todos os membros da CIPA, titulares e suplentes, inclusive para o secretário e seu substituto, em horário de expediente normal da empresa, curso sobre prevenção de acidentes do trabalho, com carga horária mínima de 18 (dezoito) horas.

Art.48º - O curso referido no artigo anterior, de frequência obrigatória, deve ser promovido antes da posse dos membros de cada mandato, exceção feita ao mandato inicial de uma CIPA, quando o curso deverá ser realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da eleição.

CAPÍTULO XIII

Das disposições gerais e finais

Art.49º - Todo membro integrante da CIPA deverá ter conhecimento do presente regimento.

Art.50º - É função do Presidente da CIPA manter este instrumento devidamente atualizado. Art.51º - Este Regimento deverá ser observado na íntegra por todos os membros da CIPA. Art.52º - O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua implantação.

Art.53º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Administração da Instituição, resguardando-se as disposições legais vigentes.

Local, ___ de ___ de 20__.

Presidente da C.I.P.A

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Realizar eleição dos representantes dos empregados	30 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Todos
Aprovar o Programa de Prevenção de Acidentes	45 dias	Todos
Monitorar a ocorrência de acidentes no ambiente de trabalho	Mensal	Todos
Monitorar as taxas de acidentes relacionados ao trabalho e pedidos de afastamento das atividades laborais	Mensal	Todos
Monitorar aplicação das medidas de prevenção previstas no Programa de Prevenção de Acidentes da instituição	Mensal	Todos
Acompanhar os casos de acidentes de trabalho com exposição a material biológico	Sempre que necessário	Todos
Monitorar a disponibilidade de EPI para os trabalhadores	Semestral	Todos
Monitorar o uso correto dos EPI pelos trabalhadores	Mensal	Todos
Desenvolver atividades educativas com vistas a prevenção de acidentes	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.7 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho	Visa promover a saúde do trabalhador e proteger sua integridade dentro do ambiente de trabalho	Representantes da Gestão, Colaboradores eleitos.	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO - SESMT

CAPÍTULO I

Da natureza e finalidade

Art. 1º - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT visa promover a saúde do trabalhador e proteger sua integridade dentro do ambiente de trabalho, tendo como base legal a Lei Federal nº 6.514/77, Portaria nº 3.214/78 e Norma Regulamentadora 4- NR4.

CAPÍTULO II

Do objetivo

Art. 2º - Os profissionais do SESMT devem sempre utilizar seu conhecimento técnico para zelar pela saúde e segurança dos demais profissionais no ambiente

de trabalho, aplicando soluções para redução e eliminação dos riscos ali existentes. São suas ações que irão diminuir os acidentes e doenças do trabalho.

CAPÍTULO III

Da organização

Art. 3º - A definição dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que devem ser usados, seu controle documental de entrega e treinamento dos usuários é também importante atribuição do SESMT.

Art. 4º - O SESMT promove a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente.

Art. 5º - Cabe aos profissionais do SESMT treinar, apoiar e colaborar com a CIPA, criando uma rede de prevenção de acidentes entre os colaboradores.

Art. 6º - A elaboração de estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho pelo SESMT é uma atribuição prevista na NR 04 e os dados, que devem ser também entregues ao Ministério do Trabalho.

Art. 7º - O SESMT é responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros. Nessas situações, o caráter prevencionista dos profissionais está na elaboração de planos de emergência, formação e treinamento de brigadas e socorristas.

Art. 8º - Este serviço consiste num grupo de pessoas especializadas em ações para prevenir problemas com os funcionários dentro do ambiente de trabalho, visando garantir a total integridade física e mental dos trabalhadores durante sua jornada de trabalho.

Art. 9º - Para cada atividade existe uma denominação e um grau de risco, que deve ser levado em conta para se estabelecer um número mínimo de especialistas em SESMT para prover tais ações a favor da saúde dos trabalhadores. Este dimensionamento do SESMT é feito para garantir que haja sempre algum especialista da instituição atuando dentro do projeto, de acordo com o risco que a atividade exercida ali tem sobre os trabalhadores.

Art. 10º - A própria Norma Reguladora 4, dentro da CLT (que é o local que trata do SESMT e de suas atribuições dentro da lei trabalhista), indica como deve ser feito o dimensionamento do SESMT.

Art. 11º - Para saber o dimensionamento do SESMT, então, deverá ser consultado o quadro anexo I da NR4, que faz o cruzamento do nível de risco do projeto com a quantidade de funcionários que ele possui.

CAPÍTULO IV

Da composição e atribuições

Art. 12º - O SESMT será composto pelos seguintes profissionais: • Médico do trabalho • Engenheiro de segurança do trabalho • Enfermeiro do trabalho • Técnico de segurança do trabalho • Auxiliar de enfermagem do trabalho. •

Art. 13º: São atribuições do: Médico do Trabalho:

- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição;
- Coordenar e executar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional por meio de exames clínicos e avaliações de exames complementares, promovendo a proteção/prevenção da saúde de todos os colaboradores da Instituição;
- Elaborar os planos e definir os procedimentos de medicina do trabalho, visando garantir ao funcionário condições adequadas de saúde, de forma a permitir um melhor rendimento no trabalho, reduzindo o absenteísmo e a rotatividade;
- Realizar exames admissionais, visando garantir a admissão de pessoas fisicamente capacitadas para as funções;
- Realizar exames médicos periódicos e especiais, visando avaliar as condições de saúde dos funcionários;
- Recomendar remanejamento de funcionários, em função de suas condições de saúde, visando compatibilização com a função exercida;
- Analisar e validar atestados médicos, visando manter controle sobre os casos de faltas ao trabalho, por motivos relacionados com a medicina do trabalho;
- Atender os colaboradores fazendo diagnósticos e tratamentos, quando possível, ou encaminhando para tratamento especializado;
- Solicitar perícias médicas junto ao INSS, em casos de suspeita de doenças profissionais, ou em processos trabalhistas ou na área cível.

Enfermeiro do Trabalho:

- Elaborar e executar planos e programas de proteção à saúde dos empregados, identificando e analisando as causas de absenteísmo, levantamentos de doenças profissionais e lesões traumáticas;

- Elaborar relatórios com informações e dados estatísticos, visando fornecer subsídios para decisões e correções de políticas ou procedimentos da Instituição;
- Planejar e executar programas de educação, divulgando conhecimentos e estimulando a aquisição de hábitos saudáveis;
- Registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais, mantendo cadastros atualizados, a fim de preparar informes para subsídios processuais nos pedidos de indenização e orientar em problemas de prevenção de doenças profissionais;
- Garantir a realização das atividades de assistência de Enfermagem aos trabalhadores, proporcionando-lhes atendimento ambulatorial, no local de trabalho, controlando sinais vitais, coletando material para exame laboratorial, vacinações e outros tratamentos;
- Realizar o controle vacinal de colaboradores e prestadores de serviços e acompanhar de maneira efetiva a adesão por parte de todos;
- Assegurar a realização de exames periódicos, admissional, demissional, mudança de função dos colaboradores;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de trabalho com objetivo de disseminar informações, integrar e divulgar resultados.

Técnico de Enfermagem do Trabalho

- Acolher colaborador e atender as solicitações, esclarecer dúvidas e questionamentos, garantindo o atendimento humanizado;
- Auxiliar o médico e o enfermeiro do trabalho nas atividades da saúde ocupacional;
- Realizar o pré-atendimento na aferição dos sinais vitais;
- Controlar agenda médica de atendimento de consultas ocupacionais;
- Auxiliar na realização de exames ocupacionais (pré-admissional, periódico, demissional, CAT, INSS, etc.);
- Preencher relatórios de atividades do ambulatório dos serviços médicos e de enfermagem do trabalho;
- Auxiliar na execução de atividades relativas às campanhas educativas e preventivas para saúde e segurança do colaborador;
- Controlar os atestados médicos entregues pelos colaboradores e arquivar no prontuário;
- Organizar e manter atualizado os prontuários médicos dos colaboradores.

Art. 14º - A quantidade de profissionais do SESMT do hospital poderá sofrer alterações de acordo com o número de trabalhadores e o risco da atividade.

Art. 15º - O trabalho do SESMT é preventivo e de competência dos profissionais exigidos. Estes profissionais devem garantir a aplicação de conhecimentos técnicos de engenharia de segurança e de medicina ocupacional no ambiente de trabalho para reduzir ou eliminar os riscos à saúde dos trabalhadores.

Art. 16º - Faz parte das atividades dos SESMT, definidas pela NR 4: a análise de riscos e a orientação dos trabalhadores quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, assim como o registro adequado de eventuais acidentes de trabalho.

CAPÍTULO V

Das disposições finais

Art. 17º – As disposições da NR 04 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.18º – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

_____, ____ de _____ de 20____

PRESIDENTE

Cronograma de atividade anual

Atividade	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Elaborar e executar planos e programas de proteção à saúde dos empregados	Mensal	Todos
Elaborar relatórios com dados estatísticos	Mensal	Todos

Realizar exames periódicos, admissional, demissional, mudança de função dos colaboradores	Mensal	Todos
Registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais	Mensal	Todos

5.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica
Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, propondo ações voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.	Quatro Representantes serviço de Enfermagem Cinco Representantes serviço médico (Intensivistas, Diretor técnico, Diretor Clínico e Infectologista-CCIH) Dois Representantes do Serviço de Farmácia Representante da Administração Representante do setor de compras Representante do Serviço de educação permanente	30 dias	Trimestral

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT

Capítulo I

Da Natureza e Finalidade

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema da saúde nos três níveis de atenção.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo e de assessoria do corpo clínico, vinculada à gestão, cuja ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade contribuir com informações e orientações à Equipe da Saúde para promoção do uso seguro e racional do medicamento, como um instrumento estratégico para gestão e melhoria da qualidade da prescrição.”

Parágrafo único: A CFT Objetiva o desenvolvimento, supervisão e a consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos na unidade de saúde, sempre objetivando o uso racional de medicamentos, assegurando resultados clínicos satisfatórios e um risco potencial mínimo para os pacientes assistidos.

Capítulo II

Das Atribuições

Art. 3.º São atribuições da CFT:

- I - Seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade da unidade de saúde;
- II - Desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados na unidade de saúde, para a implantação de protocolos terapêuticos que assegurem o uso racional de medicamentos;

- II - Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos e Materiais;
- III - Desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
- IV - Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;
- V - Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;
- VI - Elaborar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação;
- VII - Elaborar materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos,
- VIII - Educação continuada para qualidade da prescrição.

Capítulo III

Da Composição

Art. 4.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

- I - Assistência Farmacêutica – 2 membros (1 Farmacêutico responsável, 1 Farmacêutico da Assistência);
- II - Assistência de Enfermagem – 4 membros (diferentes áreas);
- III – Serviço de educação permanente – 1 membro;
- IV - Assistência Médica – 5 membros (Intensivistas, Diretor técnico, Diretor Clínico e Infectologista- CCIH);
- V – Setor Administrativo – 2 membros (1 do setor de compras e 1 da Gestão).

§ 1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em Portaria ou documento equivalente pela Superintendência/Direção Geral.

§ 2.º Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias produtoras de medicamentos ou distribuidoras.

§ 3.º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas (num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 4.º A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser encaminhada até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

Os membros serão nomeados para a comissão, conforme termo de nomeação.

Capítulo IV

Do Funcionamento

Art. 5.º A CFT será presidida por um membro da assistência Médica ou por um Farmacêutico, coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica e secretariada por um membro da assistência de enfermagem;

Parágrafo único.

Caberá ao Presidente presidir as reuniões e representar a Comissão nas tomadas de decisões emergenciais, que colocam em risco a segurança do paciente. Ao Coordenador, cabe providenciar a organização da pauta das reuniões e preparação de cada tema nela incluída. Caberá ao secretário, confeccionar as atas e colher as devidas assinaturas e assessorar o presidente e o Coordenador no que for pertinente à comissão.

Art. 6.º A CFT reunir-se-á, trimestralmente e, extraordinariamente, por convocação do seu Presidente e ou Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 7.º As reuniões serão iniciadas preferencialmente com a presença mínima de 2 membros da Assistência Farmacêutica, 2 membros da Assistência de Enfermagem, 2 membros da Assistência médica e 1 do administrativo.

Art. 8.º Cada membro titular terá direito a um voto.

Art. 9.º Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e

pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 10. Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, inclusive podendo ser de outras instituições, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 11. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação de todos da mesma comissão ou o mínimo já estipulado neste regimento;

Art. 12. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo da Coordenação auxiliada pelo secretário (a), na ata deve constar os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações, deliberações e os pareceres emitidos.

Capítulo V

Fluxo de Trabalho

Art. 13. Os Protocolos terapêuticos devem ser definidos e implantados, conforme deliberação da CFT;

Art. 14. Os protocolos terapêuticos devem ser discutidos e concluídos com as chefias dos respectivos serviços médicos;

Art. 15. As solicitações de inclusão, de exclusão ou de substituição de medicamentos e materiais da lista de Padronização do SUS, devem chegar à CFT através dos formulários de solicitações e documentos exigidos.

Art. 16. Os formulários para as solicitações devem ser retirados no serviço de Farmácia e devolvidos para o mesmo assim que preenchidos.

Art. 17. O Serviço de Farmácia fica responsável em encaminhar os formulários de solicitações preenchidos ao coordenador (a) da CFT.

Art. 18. As solicitações de inclusão, substituição, exclusão ou de compra de Não Padronizado de medicamento e material encaminhadas à CFT, serão analisadas conforme os critérios de Avaliação e o Parecer Técnico estabelecido, será registrado em formulário próprio;

Art. 19. A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante, para complementação das informações;

Art. 20. Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pelo Presidente,

Art. 21. O formulário deve retornar ao solicitante através da Coordenação da Comissão;

Art. 22. Depois de homologado, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco aos usuários envolvidos.

Art. 23. Apenas os medicamentos e materiais inclusos na relação de padronização são adquiridos de forma programada pela unidade de saúde, estando conseqüentemente disponíveis para uso, ao contrário dos medicamentos e materiais não padronizados que passam por um processo de compra específico.

Art. 24. Medicamentos e materiais não padronizados são aqueles que, por possuírem um consumo muito baixo e irregular, e/ou por serem utilizados em situações excepcionais, não deverão ser mantidos em estoque, porém serão providenciados quando solicitados.

Art. 25. As compras destes medicamentos e materiais deverão ser feitas através do preenchimento dos Formulários padronizados pela comissão, devidamente preenchidos e assinados pelo Médico responsável pelo paciente.

Art. 26. Após entrega do formulário preenchido ao Serviço de Farmácia, o farmacêutico analisa se há algum medicamento ou material da mesma classe terapêutica padronizado, que possa atender à solicitação.

Art. 27. A proposta será analisada imediatamente pelo Diretor técnico em caso de aprovação/autorização, o pedido é encaminhado, conforme Rotina para compra de medicamentos e materiais não padronizados. A solicitação depois de atendida ou não, deve ser encaminhada para CFT, para registro em ata.

Capítulo VI

Disposições Finais

Art. 28. Este Regimento pode ser alterado mediante decisão dos membros da comissão.

Art. 29. O presente regimento entra em vigor a partir desta data.

_____, ____ de _____ de 20__.

Direção Geral

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da equipe	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador

Atividade*	Prazo*	Responsável
Definir a lista de medicamentos padronizados na instituição com estoques mínimos	45 dias	Todos
Elaborar indicadores das atividades da comissão	60 dias	Todos
Analisar e responder todas as solicitações de padronização/ despadronização/ aquisição eventual de medicamentos	Constante	Todos
Analisar notificações encaminhadas pelo NQSP sobre queixa técnica e reações adversas relacionadas a medicamentos	Constante	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da comissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria no processo de uso de medicamentos	Trimestral	Todos
Definir critérios de controle quanto a validade dos medicamentos	45 dias	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.9 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde
COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	Coordenar, normatizar, supervisionar, orientar e fiscalizar todas as questões relativas ao gerenciamento de resíduos desta instituição.	Dois enfermeiros Um nutricionista Um farmacêutico Um médico Dois representantes do serviço de higienização e hotelaria Um representante da gestão de pessoas Um representante da administração Um representante da manutenção.	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
CAPÍTULO I

Dos Princípios e Objetivos

Considerando as definições e determinações contidas na Resolução RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004, publicada pelo Ministério da Saúde, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Constitui-se na unidade de saúde a comissão para tratar das questões relativas ao gerenciamento de resíduos desta instituição.

Art. 1º. A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS.

Art. 2º - OBJETIVOS

De acordo com o regimento, a comissão tem como objetivos:

Coordenar todas as ações que envolvem o manejo dos resíduos,

Normatizar as rotinas e condutas para segregação, coleta e transporte dos resíduos hospitalares, condições de armazenamento interno e externo, bem como a disposição e destinação final.

Elaborar o Plano de Ação para implementação, acompanhamento, avaliação e atualização do Plano de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares.

CAPÍTULO II

Da Organização e Constituição

Art. 3º A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde - CRSS da unidade de saúde está subordinada à Direção Técnica, que designa a nomeação dos membros da comissão conforme Regimento Interno e tem como núcleo básico uma equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional deverá ser formada pelos profissionais das áreas assistenciais, de apoio e administrativas da instituição. Devendo ser minimamente composta por: enfermeiros, nutricionista, farmacêutico, médico, representante do serviço de higienização e hotelaria, representante da gestão de pessoas, representante da administração e representante da manutenção.

Parágrafo 1º: Para ser Coordenador da Comissão, o profissional será nomeado pela Direção Técnica da unidade de saúde.

Parágrafo 2º: Além dos membros efetivos, a Comissão poderá contar com a participação de representantes de outras áreas da unidade de saúde, sempre que sejam convidados para colaborar em assuntos específicos a serem analisados pelo grupo.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 4º Compete a Comissão:

- a) Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) e encaminhar para aprovação da Direção.
- b) Elaborar o Plano de Ação para implementação e acompanhamento do PGRSS.
- c) Estabelecer programas de metas, indicadores de desempenho e atividades para o gerenciamento dos resíduos.
- d) Promover atividades educativas visando qualificar os profissionais de saúde para o gerenciamento de resíduos.
- e) Estabelecer o mapeamento dos riscos dos processos/setores.
- f) Observar as prioridades e propor ações para elaboração e melhoria contínua dos indicadores de: não geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento e disposição final dos rejeitos.
- g) Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição.

CAPÍTULO IV

Das Atribuições e Estabelecimento das Responsabilidades

Art. 5º - São atribuições do Coordenador:

- a) Representar a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares na instituição.
- b) Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias.

- c) Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares.
- d) Será o representante legal perante a Direção da unidade de saúde;
- e) Deverá assinar toda correspondência enviada;
- f) Deverá assinar os relatórios oficiais a serem enviados a direção técnica da unidade de saúde.

Art. 6º - São atribuições do Vice Coordenador:

Todas as atribuições acima descritas na ausência do Coordenador.

Art. 7º - São atribuições do Secretário:

- a) Estabelecer a pauta das reuniões;
- b) Registrar em ata todas as resoluções da Comissão;
- c) Redigir as atas das reuniões;
- d) Expedir documentação, mantendo as cópias em arquivo.

Art. 8º - São atribuições dos demais membros da Comissão:

Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias;

Promover e orientar os colaboradores da Instituição sobre as determinações do gerenciamento dos resíduos gerados na unidade de saúde;

Outras atividades afins, designadas pelo Coordenador da Comissão, para garantir o bom andamento dos trabalhos.

CAPÍTULO V

Das Reuniões

Art. 9º - A Comissão reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, de acordo com a convocação do Coordenador.

Art. 10º - O membro que não comparecer às reuniões ordinárias por três vezes consecutivas sem justificativa por escrito, poderá ser excluído da Comissão.

Art. 11º - As resoluções da Comissão serão tomadas com a participação de número mínimo igual a metade mais 01 (um) de seus integrantes em 1ª convocação e em 2ª convocação, quinze minutos após a primeira, com qualquer número de participantes.

Art. 12º - Para cada reunião realizada, deverá ser lavrada ata, subscrita pelos presentes.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 13º - Este regulamento poderá ser modificado por proposição da Direção Técnica e dos membros da própria Comissão.

Art. 14º - Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em reunião convocada para este fim.

Art. 15º - As deliberações da Comissão devem ser sempre realizadas com a avaliação do item através de análise técnica dos membros desta Comissão, obedecendo à área de formação e competência, fato este que motivou a equipe ser composta de forma multiprofissional;

Art. 16º - Revogam-se as disposições em contrário.

_____, ____ de _____ de 20____.

DIREÇÃO GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável

Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Coordenador
Elaborar o PGRSS	45 dias	Todos
Implementar o PGRSS	60 dias	Todos
Definir cronograma anual de educação permanente relacionado ao gerenciamento de resíduos	45 dias	Todos
Desenvolver atividades de educação permanente relacionado ao gerenciamento de resíduos	Mensal	Todos
Definir indicadores de acompanhamento das atividades desta comissão e do gerenciamento de resíduos na instituição	60 dias	Todos
Elaborar roteiro de auditoria para avaliação da implantação do PGRSS	60 dias	Todos
Monitorar e avaliar a implementação do PGRSS	Mensal	Todos
Elaborar relatório mensal das atividades da comissão e de volume de resíduos gerados	Mensal	Todos
Monitorar acidentes de trabalho relacionados ao manejo de resíduos	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Realizar a avaliação e aprovação de todos os protocolos clínicos e regulamentos internos, bem como manuais de normas e rotinas para o hospital. Todas as decisões deverão ser baseadas nos relatórios de indicadores de desempenho por áreas e também indicadores relacionados a segurança do paciente, visando melhor atender as ações de melhoria da assistência ao paciente.	Diretor Geral Diretor Técnico Coordenador de Enfermagem Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR) Coordenadores Unidades de Terapia Intensiva	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

CAPÍTULO I

Da definição

Art. 1º – A Comissão tem por finalidade realizar a avaliação e aprovação de todos os protocolos clínicos e regulamentos internos, bem como manuais de normas e rotinas para o hospital. Todas as decisões deverão ser baseadas nos relatórios de indicadores de desempenho por áreas e também indicadores relacionados a segurança do paciente, visando melhor atender as ações de melhoria da assistência ao paciente.

CAPÍTULO II

Das competências

Art. 2º – A comissão terá as seguintes competências:

- I. Constituir ambiente estratégico para a governança corporativa e clínica das principais patologias de internação hospitalares;
- II. Discutir, validar e pactuar protocolos assistenciais e protocolos clínicos, acompanhando o seu gerenciamento;
- III. Aprimorar as ações regulatórias internas e qualificar as interfaces regulatórias multidisciplinares para melhor integração dos serviços de saúde;
- IV. Organizar e qualificar as ofertas em cuidados hospitalares por áreas de especialidades;
- V. Promover estratégias de educação permanente para qualificação profissional em conjunto com o serviço de educação da instituição;
- VI. Acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;

- VII. Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar e em rede;
- VIII. Manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência em todas as unidades do hospital.
- IX. Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- X. Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação com os demais serviços da rede.
- XI. Pactuar o cardápio de ofertas de exames de apoio diagnóstico e agilizar a realização de exames necessários;
- XII. Monitorar o agendamento cirúrgico com vistas à otimização da utilização das salas;
- XIII. Definir critérios de internação e alta.

CAPÍTULO III

Da composição

Art. 3º – A NQSP terá, idealmente, a seguinte composição – sendo necessário, no mínimo, um representante de cada categoria:

- I. Diretor Geral do Hospital
- II. Diretor Técnico do Hospital
- III. Coordenador de Enfermagem do Hospital
- IV. Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital
- V. Coordenadores Unidades de Terapia Intensiva

CAPÍTULO IV

Da organização

Art. 4º – A NQSP será gerenciada por um coordenador, um subcoordenador e membros das comissões.

Parágrafo único: a duração de cada gestão da NQSP e será de dois (02) anos, podendo haver recondução por igual período.

SEÇÃO I – DO COORDENADOR

Art. 5º – Caberá ao Coordenador:

- a) Coordenar as atividades do núcleo;
- b) Convocar as reuniões NQSP dando execução às respectivas deliberações;
- c) Representar oficialmente a NQSP;
- d) Elaborar relatórios das atividades da NQSP.

SEÇÃO II – DO SUBCOORDENADOR:

Art. 6º – Caberá ao Subcoordenador:

- a) auxiliar o coordenador nas atividades previstas acima;
- b) substituir o Coordenador em suas faltas e impedimentos, bem como, nos casos de vacância;

CAPÍTULO V

Da realização das reuniões

Art. 8º – As reuniões acontecerão mensalmente.

CAPÍTULO VI

Das disposições finais

Art. 12º – Os casos omissos serão resolvidos pela NQSP.

Art. 13º – Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação direção técnica.

, de de 20

DIRETOR GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Elaborar modelos de documentos	45 dias	Todos
Elaborar indicadores de qualidade para a instituição	60 dias	Todos
Revisar e aprovar documentos elaborados por profissionais do hospital	Mensal	Todos
Publicar documentos aprovados	Mensal	Todos
Manter arquivo de todos os documentos oficiais da instituição	Constante	Todos
Estabelecer sistema de numeração de documentos da instituição	60 dias	Todos
Definir forma de coleta dos dados para indicadores da comissão	60 dias	Todos
Monitorar resultados de indicadores	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria dos indicadores	Mensal	Todos

5.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Planejar e executar das atividades de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória /ou outros agravos de interesse para a saúde pública.	Representante do serviço de Enfermagem Representante serviço médico Representante da Administração Representante de estatística	30 dias	Mensal

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CAPÍTULO I
Das disposições gerais

Art. 1º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) tem como finalidade o planejamento e execução das atividades de epidemiologia hospitalar, incluindo

a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória /ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

Art. 2º - A vigilância epidemiológica tem como finalidade fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento, a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

Art. 3º - Instituir a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar como parte integrante do Subsistema de Vigilância Epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, em consonância com o inciso I do art. 17 e com os incisos III, IV, VII, IX, X e XIII do art. 21 da Portaria nº. 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009.

CAPÍTULO II

Da composição

Art. 4º - Será composto por equipe multiprofissional, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Direção Geral será composto da seguinte forma:

- Representante do Serviço Médico;
- Representantes do Serviço de Enfermagem;
- Representante da Administração;
- Representante do Serviço de estatística.

CAPÍTULO III

Da organização

Art. 5º – A comissão será gerenciada por um coordenador, um vice coordenador e membros das comissões.

Parágrafo único: a duração de cada gestão da comissão será de dois (02) anos, podendo haver recondução por igual período.

SEÇÃO I – DO COORDENADOR

Art. 6º – Caberá ao Coordenador:

- a) Coordenar as atividades da comissão;
- b) Convocar as reuniões da comissão dando execução às respectivas deliberações;
- c) Representar oficialmente a comissão;
- d) Elaborar relatórios das atividades da comissão.

SEÇÃO II – DO VICE COORDENADOR:

Art. 7º – Caberá ao vice coordenador:

- a) auxiliar o coordenador nas atividades previstas acima;
- b) substituir o coordenador em suas faltas e impedimentos, bem como, nos casos de vacância;

CAPÍTULO V

Da realização das reuniões

Art. 8º – As reuniões acontecerão mensalmente.

CAPÍTULO IV

Das disposições finais

Art. 09º - Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 10º - Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 11º - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

_____, ____ de _____ de 20____

DIRETOR GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da equipe	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Definir rotinas de busca ativa de casos passíveis de notificação compulsória	45 dias	Todos
Elaborar indicadores das atividades do Núcleo e para a vigilância epidemiológica da instituição	60 dias	Todos
Monitorar as oscilações de doenças e agravos notificados buscando identificar variações irregulares	Constante	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da comissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria o processo de vigilância epidemiológica da instituição	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.12 Núcleo Interno de Regulação (NIR)
Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Núcleo Interno de Regulação	constituir a interface com as Centrais de Regulação SISREG Ambulatorial e de Internação para delinear o perfil de complexidade da assistência, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário.	04 médicos reguladores 04 enfermeiros reguladores 02 assistentes administrativos	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO
CAPÍTULO I
Da legislação

Art. 1º - O Núcleo Interno de Regulação - NIR - do Hospital será estruturado, considerando a Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde que:

I - Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde;

II - Determina em seu Artigo 11, parágrafo 6.º, que o gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação.

CAPÍTULO II

Da finalidade e objetivo

Art. 2º- O Núcleo Interno de Regulação do HOSPITAL terá a finalidade de constituir a interface com as Centrais de Regulação SISREG Ambulatorial e de Internação para delinear o perfil de complexidade da assistência, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário.

Art. 3º- Objetivo: aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

CAPÍTULO III

Das definições

Art. 4º- O NIR possuirá natureza técnico-administrativa permanente, com a finalidade de fiscalizar e deliberar sobre temas relacionados às atividades e atribuições na instituição, referentes à regulação, controle e avaliação dos serviços prestados, com vistas a:

I - Qualificar os fluxos e processos de trabalho internos; II - Otimizar os recursos institucionais;

III - Responsabilizar todos os profissionais responsáveis pelo atendimento ao usuário e pelo uso dos recursos.

CAPÍTULO IV

Da composição e funcionamento

Art. 5º- O NIR será composto de equipe multidisciplinar, contando com:

I – 04 médicos reguladores;

II – 04 enfermeiros reguladores;

III – 02 assistentes administrativos;

Art. 6º- O NIR funcionará em regime de 24h/dia;

CAPÍTULO V

Das competências

Art. 7º- Caberá ao NIR:

- I - Apoiar as equipes das unidades no correto fluxo do paciente no hospital;
- II - Conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico;
- III - Auditar a regulação de leitos das unidades de internação, seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida;
- IV - Auditar a regulação de procedimentos de todas as unidades, seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida e a contratualização estabelecida;
- V - Acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de leitos, utilizar critério de admissão por risco;
- VI - Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos
- VII - Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado; VIII - Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- IX - Monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- X - Participar da criação e implementação do Plano de Alta Hospitalar baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;

CAPÍTULO VI

Das atribuições

Art. 8º- Caberá ao Médico Regulador:

- I – Acompanhar o Sistema SUS de urgência e emergência;
- II - Acompanhar o cumprimento do fluxo adequado de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição;
- III - Estabelecer contato com a Regulação Externa para agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- IV - Fazer contato com as equipes médicas e de chefias dos setores de métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes nos diversos setores da instituição;
- V - Participar, juntamente com as equipes envolvidas no cuidado em saúde, da elaboração de fluxos de transferências internas com vistas a sua maior agilidade.

Art. 9º- Caberá ao Enfermeiro Regulador:

- I - Estar ciente de todos os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;
- II - Ser responsável pela priorização das transferências dos pacientes da unidade de Pronto Socorro para as Enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) conforme a classificação de risco, em comum acordo com a equipe médica;
- III - ser responsável pela cessão de leitos em prioridade para os pacientes provenientes da UTI e Pronto Socorro;
- VI – Redistribuir os leitos institucionais no caso de superlotação;
- VII - Colaborar com os possíveis mutirões e campanhas de procedimentos através da disponibilização de leitos.

Art. 10º- Caberá ao Auxiliar Administrativo do NIR:

- I – Captar as informações necessárias nos diversos setores e comunicar os membros responsáveis para que a equipe possa atuar;
- II – Elaborar relatório mensal das atividades do Núcleo Interno de Regulação;
- III – Realizar outras funções determinadas pelo médico e enfermeiro reguladores, relacionados ao serviço.

CAPÍTULO VII

Disposições gerais

Art. 11º- O NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 12º- Os casos omissos serão resolvidos pelo NIR, em cotejo com a Direção Geral.

, de de 20 .

Direção Geral

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros do Núcleo	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Descrever processos de trabalho	45 dias	Todos
Elaborar indicadores do NIR	60 dias	Todos
Elaborar modelo de relatório mensal	Mensal	Todos
Acompanhar e atualizar constantemente sistemas de disponibilidade de vagas da instituição	Constante	Todos
Monitorar pacientes de longa permanência	Constante	Todos
Realizar a regulação dos leitos	Constante	Todos
Monitorar resultados de indicadores	Mensal	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades do NIR	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria para maior ocupação dos leitos	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

5.13 Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais
COMITÊ DE ANÁLISE DE ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E NEONATAIS

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
COMITÊ DE ANÁLISE DE ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E NEONATAIS	O Comitê de Análise de óbitos maternos, fetais e neonatais é um organismo interinstitucional de caráter eminentemente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com a participação multiprofissional, cuja finalidade é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos maternos, infantis e fetais.	Representantes da Gestão, Colaboradores eleitos.	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO
COMITÊ DE ANÁLISE DE ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E NEONATAIS
CAPÍTULO I

Da natureza e finalidade

Art. 1º O Comitê de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais é um organismo interinstitucional de caráter eminentemente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com a participação multiprofissional, cuja finalidade é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos maternos, infantis e fetais.

Art. 2º O Comitê foi criada em atendimento as seguintes determinações:

I - Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007, que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares, como hospitais de ensino, tendo constituído, em permanente funcionamento, as comissões pertinentes a instituições hospitalares, entre outras, a Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade) e a Comissão de Óbitos.

II - Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

III - Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que torna obrigatória a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o sistema único de saúde (SUS).

IV - Resolução nº 618/12 – CIB/RS, que regulariza, aprimora e uniformiza o processo de informações associadas aos óbitos maternos e de crianças menores de 05 anos.

Art. 3º O Comitê constitui-se num importante instrumento de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução de mortalidade.

Art. 4º O Comitê é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva e cujas ações devem estar voltadas à investigação e análise sobre as causas de óbitos.

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

CAPÍTULO II

Dos objetivos

Art. 5º O Comitê tem os seguintes objetivos:

I - Elucidar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais, identificar e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, perinatal e infantil.

II - Realizar o diagnóstico local da mortalidade infantil, seus componentes, os principais problemas relacionados e distribuição na população no nível local (estadual / regional / municipal).

III - Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e fetal) e o cálculo das taxas.

IV - Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo.

V - Identificar os óbitos infantis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento da assistência de saúde.

VI - Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados.

VII - Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção.

VIII - Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança.

IX - Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, neste caso a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, cartão de Gestante e Cartão da Criança).

X - Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde necessárias para a redução da mortalidade materna, infantil e perinatal, com destaque para as mortes por causas evitáveis.

CAPÍTULO III

Da composição e organização

Art. 6º O Comitê será constituída por profissionais das seguintes categorias:

I - Médico Obstetra.

II - Médico Pediatra.

III - Médico Neologista.

IV - Médico Infectologista.

V – Enfermeira.

VI - Representante da 4ª CRS: do Sistema de informação de Mortalidade e Núcleo de Vigilância Epidemiológica.

VII - Representante da Secretária Estadual ou Municipal de Saúde.

Parágrafo Único. O Comitê será composta de no mínimo de três componentes multidisciplinar, um dos quais será seu presidente designado pela Direção Geral do Hospital.

Art. 7º O mandato dos integrantes do Comitê do Hospital terá duração de quatro anos.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Diretoria para alteração da portaria de nomeação.

Art. 8º O Comitê do Hospital ficará vinculada à Diretoria.

Parágrafo Único. A Comissão será assessorada pela Unidade de Apoio Corporativo/Diretoria e usufruirá de sua infraestrutura administrativa.

CAPÍTULO IV

Das atribuições

Art. 9. São atribuições do Comitê:

I - Investigar os óbitos maternos, infantis e fetais segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional / Estadual / Regional e de acordo com a realidade e o interesse local, assumindo como uma responsabilidade institucional, incorporando como rotina do serviço.

II - Promover a integração com os Comitês Municipal / Regional para a troca de informações e análise dos casos, de modo a contribuir para o adequado funcionamento da investigação de óbitos no nível local.

III - Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório/boletim periódico) para sensibilização dos profissionais.

IV - Promover o aprimoramento das Declarações de Óbitos - DOs, incentivando seu correto preenchimento e melhora na qualidade das informações, tanto da DO, como do prontuário.

V - Realizar as correções necessárias das informações.

VI - Enviar relatórios/encaminhamento à Secretaria Estadual e Municipal de Saúde dos registros avaliados.

VII - Contemplar a totalidade dos eventos ocorridos na instituição.

VIII - Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, bem como da rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade infantil e perinatal.

IX - Produzir relatório mensal da análise da qualidade dos registros de óbitos institucionais.

X - Zelar pelo sigilo ético das informações.

Art. 10. São atribuições do Presidente da Comissão:

I - Convocar e presidir as reuniões.

II - Indicar seu substituto.

III - Representar a comissão junto à Instituição, ou indicar seu representante.

IV - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados

pelos membros.

V - Fazer cumprir o regimento.

VI - Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

CAPÍTULO V

Do funcionamento

Art. 11 O Comitê reunir-se-á ordinariamente, mensalmente, conforme necessidade das demandas de atividades, com pauta, data, local e horário previamente definido e comunicado.

§ 1º As reuniões do Comitê serão registradas em ata, contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas.

Art. 12 Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, a qualquer momento, para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

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

Art. 13 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI

Das disposições gerais

Art. 14 O Comitê norteará suas atividades por este regimento interno.

Art. 15 Este Regimento poderá ser alterado:

I - Após avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso.

II - Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

III - Em ambos os casos, por proposta da Diretoria do Hospital.

Art. 16 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

_____, ____ de _____ de 20____

DIRETOR GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Revisar sistematicamente os prontuários dos pacientes que tiveram o óbito como desfecho;	Mensal	Todos
Identificar os elementos que foram definidores para ocorrência da mortalidade	Mensal	Todos
Elaborar e monitorar indicadores relacionados ao perfil de taxa de mortalidade no hospital	Mensal	Todos

5.14 Outras comissões

Comissão de Documentação Médica e Estatística

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Documentação Médica e Estatística	Ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e implantação de documentos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde	Diretor Geral Coordenador de Enfermagem Coordenador Médico	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CAPÍTULO I

Da importância

Art. 1º - Identificar dados referente ao atendimento do paciente, levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração

de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

§ 1º A comissão terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

§ 2º - A comissão é um órgão de assessoria vinculado à Direção Técnica, por meio da integração das Comissões Hospitalares da instituição.

CAPÍTULO II

Das finalidades

Art. 2º - A comissão tem por finalidade:

1. Definir regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, pesquisa, demanda judicial e do próprio paciente ou representante legal;
2. Recomendar normas de arquivamento/guarda abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessárias em conjunto com Serviço de Arquivo Médico;
3. Definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo clínico e assistencial do hospital, deverão ser utilizados como fonte de dados para geração de informações estatísticas;
4. Definir quais relatórios estatísticos deverão ser gerados regularmente pelo
Planejamento e Informação em Saúde do Hospital;
5. Orientar o Planejamento como obter os dados e como realizar os cálculos estatísticos a serem utilizados;
6. Elaborar e implantar normas para a utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;
7. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo hospital;
8. Definir quais informações deverão conter os arquivos informatizados de pacientes do hospital;
9. Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da

assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

10. Normatizar o preenchimento das contrarreferências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

11. Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

12. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Controle de Infecção, Núcleo de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO III

Da composição

Art. 3º - A comissão se constitui com os seguintes membros:

1. Diretor Geral do Hospital
2. Gerente de Enfermagem do Hospital
3. Coordenador Médico do Pronto Socorro do Hospital
4. Coordenador Médico Clínica Médica
5. Coordenador Médico Unidade de Terapia Intensiva

CAPÍTULO IV

Da organização

Art. 4º A comissão será gerenciada por um coordenador, um vice coordenador e membros das comissões.

Parágrafo Único: a duração de cada gestão da comissão será de dois (02) anos, podendo haver recondução por igual período.

SEÇÃO I - DO COORDENADOR

Art. 5º Caberá ao Coordenador:

1. Coordenar as atividades da comissão;
2. Convocar as reuniões da comissão dando execução às respectivas deliberações;
3. Representar oficialmente a comissão;

4. Elaborar relatórios das atividades da comissão.

SEÇÃO II - DO VICE-COORDENADOR:

Art. 6º Caberá ao vice coordenador:

1. auxiliar o coordenador nas atividades previstas acima;
2. substituir o coordenador em suas faltas e impedimentos, bem como, nos casos de vacância;

CAPÍTULO V

Da realização das reuniões

Art. 8º As reuniões acontecerão mensalmente.

CAPÍTULO VI

Das disposições finais

Art. 12º Os casos omissos serão avaliados pela comissão.

Art. 13º Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pela comissão.

_____, ____ de _____ de 20____.

DIREÇÃO GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Descrever processos de trabalho	45 dias	Todos
Elaborar indicadores da comissão	60 dias	Todos

Definir regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, pesquisa, demanda judicial e do próprio paciente ou representante legal	45 dias	Todos
Monitorar os acessos internos e externos aos prontuários	Constante	Todos
Monitorar resultados de indicadores	Mensal	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da comissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria dos registros e do acesso aos prontuários dos pacientes	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

Comissão de Curativos

COMISSÃO DE CURATIVOS

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Curativos	Tem como finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do Hospital, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.	Um Representante do serviço de fisioterapia; Um representante do serviço de farmácia Um Representante do serviço de nutrição Três Representantes do serviço de Enfermagem; Um Representante do serviço Médico;	30 dias	Mensal

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE CURATIVOS

CAPÍTULO VI

Das definições

Art. 1º - O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Cuidados com a Pele. Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do Hospital, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

§ 1º – A Comissão de Curativos é de natureza técnico-científica permanente.

CAPÍTULO II

Da finalidade

Art. 2º - A Comissão de Curativos é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

§ 1º. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2º. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele

§ 3º. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

Da composição e estrutura

Art. 3º- A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Parágrafo único: a Comissão de Curativos poderá contar com consultores “ad hoc”, que não fazem parte da comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 4º- Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia e farmácia.

Art. 5º - A Comissão de Curativos deve contar com, no mínimo, 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único: para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

Nomeação

Art. 6º - Os membros titulares da Comissão de Curativos serão escolhidos por indicação direta pelo Gerente de enfermagem, sendo contemplado cada setor do hospital, para exercerem estas funções por um período de 2 (dois) anos, permitindo-se recondução.

Art. 7º-. A Comissão de Curativos deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Art. 8º - O coordenador da Comissão de Curativos deve necessariamente ser um enfermeiro.

Art. 9º - Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período do mandato, desde que comunique o Coordenador da comissão com antecedência mínima de 30 dias.

Parágrafo Único: para alterar ou incluir algum membro na Comissão de Curativos deverá ser feita comunicação direta pelo Presidente da comissão a Gerência de Enfermagem para que seja alterada a portaria de nomeação.

Art. 10º- Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a direção com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 11º - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas.

§ 1º. As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

Das competências da comissão

Art. 12º - À Comissão de Curativos compete:

Garantir aos pacientes um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.

Reduzir os custos hospitalares.

Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.

Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro do

Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes do Hospital, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.

Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

Das atribuições dos integrantes

Art. 13º - Atribuições do Presidente (coordenador):

I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Curativos; II – Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

– Promover convocação formal das reuniões;

– Representar a Comissão de Curativos em suas relações internas e externas;

– Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

– Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII– Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII – Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

IX- Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico;

Art. 14º - Atribuições do vice-presidente:

I – Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Curativos; II – Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

III - Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Art. 15º - Atribuições do secretário:

– Assistir às reuniões;

– Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

– Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata; IV – Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

– Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

– Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

– Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata.

VIII– Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 16º - Atribuições dos enfermeiros da Comissão de Curativos do Hospital:

I – Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de Curativos quando solicitado;

Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;

Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;

IV – Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Art. 17º - Atribuições comuns aos membros da Comissão de Curativos:

– Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

– Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

– Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

– Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

– Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos

CAPÍTULO VII

Do funcionamento da comissão

Art. 18º - A Comissão de Curativos irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades.

Art. 19º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da Comissão de Curativos.

Art. 20º - As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Art. 21º - Das reuniões:

I – As reuniões ordinárias da Comissão de Curativos serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro do Hospital, mensalmente.

II– Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Art. 22º - Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2º. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º. Será considerado “quórum”, para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4º. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate (“voto Minerva”).

CAPÍTULO VIII

Das disposições gerais

Art. 28º - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Parágrafo Único: a proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da Comissão de Curativos.

Art. 29º - Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 30º - Este Regimento entra em vigor na data de sua votação.

, de de 20 .

DIREÇÃO GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da equipe	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Elaborar o protocolo de tratamento e de prevenção de lesões de pele	45 dias	Todos
Elaborar indicadores das atividades da comissão	60 dias	Todos
Monitorar os pacientes com lesões de pele	Mensal	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da comissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Monitorar pacientes com risco potencial para o desenvolvimento de lesões de pele	Mensal	Todos
Monitorar aplicação das medidas de prevenção de cuidados com integridade da pele	Constante	Todos
Definir produtos para tratamento e prevenção de lesões de pele	Mensal	Todos
Desenvolver atividades de educação permanente com a equipe multiprofissional visando aplicação do protocolo de tratamento e de prevenção de lesões de pele	Mensal	Todos

6 ACCR

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

Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco no Hospital Regional São Vicente de Paula. Este programa visa organizar o fluxo de chegada dos pacientes, desde o primeiro contato até o encaminhamento para o atendimento médico, priorizando a gravidade e humanizando a recepção.

1. Equipe Necessária

A equipe de Acolhimento e Classificação de Risco é multiprofissional e essencial para o sucesso do programa. A quantidade exata de profissionais atenderá, do volume de atendimentos e da complexidade da demanda.

Enfermeiros: São os profissionais-chave para a Classificação de Risco.

Quantidade: Mínimo de 1 enfermeiro por turno, idealmente 2 ou mais em horários de pico, para garantir fluidez e qualidade na classificação.

Qualificação: Devem possuir treinamento específico e certificação em protocolos de classificação de risco reconhecidos (ex: Protocolo de Manchester ou Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Ministério da Saúde). É fundamental que sejam experientes em urgência e emergência.

Técnicos/Auxiliares de Enfermagem (Apoio à Enfermagem): Atuam no suporte ao enfermeiro e no registro inicial de dados.

Quantidade: Mínimo de 1 por turno, para auxiliar na verificação de sinais vitais, peso, altura, e no preenchimento de dados cadastrais.

Qualificação: Treinados para a verificação precisa de sinais vitais e para o registro eletrônico ou em formulários padronizados.

Recepcionistas/Atendentes: Responsáveis pelo acolhimento inicial, conferência de documentos e registro de entrada no sistema.

Quantidade: Mínimo de 1 a 2 por turno, dependendo do volume. É o primeiro rosto que o paciente vê.

Qualificação: Treinados em acolhimento humanizado, conhecimento dos fluxos e habilidade no uso de sistemas de registro.

Segurança/Controlador de acesso: Presente na recepção para garantir a ordem e a segurança de pacientes e equipe.

Quantidade: 1 por turno, dependendo da necessidade da unidade.

Qualificação: Treinamento em abordagem de conflitos e primeiros socorros.

2. Sistemática de Trabalho

A sistemática de trabalho do Acolhimento e Classificação de Risco é um processo contínuo e dinâmico, projetado para otimizar o fluxo do paciente desde a sua chegada.

1. Acolhimento Inicial (Recepcionista/Atendente):

Chegada do Paciente: O paciente é recebido na recepção.

Identificação: Coleta de dados básicos (nome, data de nascimento) e cadastro inicial no sistema de gestão da unidade.

Orientação: Informação sobre o processo de atendimento e tempo estimado para a classificação de risco (se houver espera).

Casos Urgentes (Identificação Rápida): Orientação para que qualquer paciente com dor intensa, sangramento abundante, dificuldade respiratória ou alteração de consciência seja encaminhado imediatamente ao enfermeiro da classificação, furando a fila de cadastro.

2. Classificação de Risco (Enfermeiro):

Avaliação Rápida: O paciente é chamado pelo enfermeiro. Não é uma consulta, mas uma avaliação focada em sinais e sintomas de gravidade.

Coleta de Dados Subjetivos: Queixa principal, histórico sucinto da doença atual, alergias, medicações em uso.

Coleta de Dados Objetivos: Verificação de sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação de oxigênio), nível de consciência, dor (escala de dor), exame físico direcionado.

Aplicação do Protocolo: O enfermeiro utiliza o protocolo de classificação de risco (ex: Protocolo de Manchester) para atribuir uma cor de prioridade ao paciente.

Orientações e Encaminhamento: O paciente recebe uma pulseira ou ficha com a cor de prioridade e é orientado sobre o local de espera e o tempo estimado para o atendimento médico. Casos vermelhos e laranjas são encaminhados imediatamente para atendimento.

3. Sala de Espera Organizada:

Pacientes classificados em cores Verde e Azul aguardam em área específica, preferencialmente separados dos casos mais graves para evitar ansiedade e contaminação.

Monitoramento da Sala de Espera: A equipe da recepção e, periodicamente, o enfermeiro da classificação de risco, observam os pacientes na sala de espera para identificar mudanças no quadro que possam exigir reavaliação.

4. Reavaliação Constante:

Pacientes com longo tempo de espera (especialmente amarelos e, se ocorrer, verdes) ou que apresentem piora do quadro devem ser reavaliados pelo enfermeiro da classificação de risco.

Manejo de Reclamações: Ter um protocolo para lidar com pacientes ou acompanhantes insatisfeitos com a espera, explicando a lógica da classificação de risco.

3. Horário de Funcionamento

O Hospital Regional São Vicente de Paula mant[em] atendimento por 24 horas. Portanto, o Programa de Acolhimento e Classificação de Risco deve operar ininterruptamente, 7 dias por semana, 24 horas por dia.

Cobertura de Turnos: A escala de trabalho será organizada em turnos (ex: 12x36 horas) para garantir a presença constante da equipe necessária, incluindo folgas e cobertura de férias.

Dimensionamento por Horário: O número de profissionais na classificação de risco (principalmente enfermeiros) pode ser ajustado conforme a demanda histórica da unidade em diferentes períodos do dia (ex: mais profissionais no final da tarde e noite, quando o volume tende a ser maior, e menos na madrugada, se a demanda for menor).

A implantação bem-sucedida deste programa é fundamental para a humanização do atendimento e para a eficiência do Hospital Regional São Vicente de Paula, garantindo que o cuidado certo chegue ao paciente certo no momento certo.

Acolhimento – manual com indicação das formas de recepção, orientação dos fluxos internos e apoio social ou psicossocial quando demandados.

NOSSOS COLABORADORES

A unidade conta com um corpo clínico dedicado e com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, farmacêutico, atendentes de farmácia, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de RX, recepcionistas, assistentes administrativas, vigias, auxiliares de serviços gerais, coordenação de enfermagem, gerência administrativa e diretoria clínica. Nossos profissionais são qualificados e constantemente capacitados para atender emergências e urgências durante as 24 horas, 7 dias na semana.

Como funciona a classificação de risco?

A classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência garante a priorização do atendimento em função do quadro clínico de cada paciente. Assim, pacientes mais graves serão atendidos primeiro. Ninguém sairá da unidade sem ser atendido.

Aos pacientes com doenças mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas.



MANUAL DE INFORMAÇÃO AO USUÁRIO

DIREITOS

Ser sempre tratado com dignidade e respeito.

Receber atendimento humano, atencioso e respeitoso, sem preconceitos de origem, raça, credo, sexo, cor, idade, diagnóstico e quaisquer outras formas de preconceito por parte de todos os profissionais que atuam na Instituição.

Ser identificado pelo nome e sobrenome e não pelo nome da sua doença ou agravo à saúde, número ou código, ou ainda outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

Ter asseguradas a sua segurança, integridade física, psíquica e moral, repouso, privacidade e individualidade.

Ter asseguradas a preservação de sua imagem e identidade e respeito a seus valores éticos, morais e culturais, independentemente de seu estado de consciência.

Ter conhecimento das normas e regulamentos da Instituição.

Receber esclarecimentos sobre os documentos e formulários que forem apresentados para assinar, de forma que a compreensão e o entendimento estejam claros para uma opção consciente.

Receber auxílio adequado e oportuno, por profissional habilitado, de acordo com sua necessidade, para garantia do seu conforto e bem-estar presente no local, em qualquer situação.

Poder identificar os profissionais que atuam direta ou indiretamente em sua assistência na Instituição através de crachá com foto, nome, cargo e/ou função.

Receber do médico de sua escolha e dos demais membros da equipe multidisciplinar responsáveis pela sua assistência, por ocasião do início ou a qualquer fase do tratamento, informações verbais e, quando possível, relatório explicativo por escrito, claro e legível, sem códigos ou abreviaturas, identificado com o nome e a assinatura do(s) respectivo(s) profissional (ais) com seu(s) número(s) de registro no(s) órgão(s) de controle e regulamentação profissional e sua(s) respectiva(s) assinatura(s), contendo: tipo e natureza do tratamento, duração esperada, possibilidades de diagnóstico, procedimento(s) proposto(s), eventuais efeitos colaterais e as informações e orientações quanto aos medicamentos a serem utilizados.

Ser esclarecido sobre riscos, benefícios e alternativas do(s) tratamento(s) e procedimento(s) a que será submetido, e a quem caberá a responsabilidade financeira na eventualidade de aceitar sua inclusão em um protocolo de pesquisa.

Solicitar segunda opinião em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e, se desejar, substituição do médico responsável pelo seu atendimento.

Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação, procedimentos diagnósticos, terapêuticos e avaliações clínicas a serem nele realizados. Revogar, desde que não haja risco de morte, qualquer consentimento que tenha dado anteriormente, previamente à realização do procedimento, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

Ter seu prontuário elaborado de forma legível, contendo o conjunto de documentos padronizados com informações a respeito de seu histórico médico, início e evolução de sua doença, raciocínio clínico, exames complementares, condutas terapêuticas, descrição dos procedimentos realizados e demais relatórios e anotações pertinentes, podendo consultá-lo a qualquer momento, mesmo após seu arquivamento, pelo prazo estipulado em lei.

Receber, quando solicitar, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que serão administrados, assim como ter acesso às informações

sobre a procedência do sangue, hemocomponentes e hemoderivados de forma que possa verificar, antes de recebê-los, sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

Expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição, através do Serviço de Atendimento ao Cliente, e receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.

Ter livre acesso a todo e qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.

Ter resguardada a confidencialidade de todo e qualquer segredo pessoal, através da manutenção e do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio paciente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais ou de imagem.

Ser informado, orientado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu auto-cuidado. Receber instruções médicas claras e legíveis sobre a continuidade de seu tratamento visando a cura, reabilitação e prevenção secundárias e de sequelas ou complicações, com o nome dos medicamentos identificados e a identificação do(s) profissional(is) que o atendeu(ram) com o(s) seu(s) respectivo(s) número(s) de registro no(s) órgão(s) de controle e regulamentação profissional e sua(s) respectiva(s) assinatura(s).

Ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, incluindo exames, medicações, taxas hospitalares e outros procedimentos.

Ser acompanhado, se assim o desejar, na consulta e durante sua internação, por pessoa por ele indicada, assim como pelo marido/companheiro nos exames pré-natais. Sendo menor, ter uma relação anexada ao prontuário das pessoas indicadas por ele ou por seus responsáveis que poderão acompanhá-lo, em período integral, durante sua hospitalização.

Receber visitas de amigos e parentes em horários em que não comprometam as atividades dos profissionais que atuam no serviço, de acordo com as normas e os regulamentos da Instituição.

Receber assistências emocionais, morais e religiosas.

Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

Receber o adequado tratamento para minimizar a dor quando existirem meios para aliviá-la.

Ser tratado com dignidade e respeito após a sua morte e não ter nenhum órgão ou tecido retirado de seu corpo sem sua prévia autorização, de sua família ou do responsável legal.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Sendo adolescente (faixa etária entre 12 e 18 anos), desde que identificado como capaz de compreender seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios:

Ser atendido, se o desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis, devendo essa quebra de sigilo profissional ser informada e justificada previamente ao adolescente.

CRIANÇA OU ADOLESCENTE

Ter a mãe e o pai considerados defensores dos seus interesses, participando ativamente nas decisões relativas aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e anestésicos, recebendo todas as informações e esclarecimentos pertinentes, salvo quando existir determinação judicial em contrário.

Poder desfrutar de acompanhamento de seu currículo escolar e de alguma forma de recreação.

Não ser exposto aos meios de comunicação sem sua expressa vontade e a de seus pais ou responsáveis.

RECÉM-NASCIDO

Não ser separado de sua mãe ao nascer, salvo quando o próprio recém-nascido ou sua mãe necessitarem de cuidados especiais.

Receber aleitamento materno exclusivo, salvo quando isso representar risco à saúde da mãe ou do recém-nascido.

SENDO IDOSO

Obter o cumprimento do disposto nos artigos 16 a 18 do “Estatuto do Idoso” - direito a acompanhante, opção por tratamento que seja mais favorável, bem como o de ser atendido por profissionais treinados e capacitados para o atendimento de suas necessidades.

DEVERES

Tomar ciência das condições para admissão para pacientes nesta Instituição.

Designar médico responsável pelo tratamento durante o período da internação.

Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde.

Notificar as mudanças inesperadas de seu estado de saúde atual aos profissionais responsáveis pelo seu tratamento e cuidados.

Procurar obter todos os esclarecimentos necessários para a compreensão dos procedimentos e tratamentos realizados e propostos; confirmar o entendimento sobre os procedimentos e tratamentos realizados e propostos.

Conhecer e respeitar as normas e os regulamentos da Instituição.

Seguir as instruções recomendadas pela equipe multidisciplinar que o assiste, respondendo pelas consequências de sua não observância.

Indicar o responsável financeiro por seu atendimento médico-hospitalar, e no caso de estar recebendo cobertura da fonte pagadora:

Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviço da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes.

Não fumar na unidade, exceto nas áreas claramente destinadas e sinalizadas como áreas toleráveis.

Zelar e responsabilizar-se pelas propriedades da Instituição colocadas à sua disposição visando seu conforto e tratamento durante o período do atendimento hospitalar.

Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente, acima relacionados, deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.

É direito do médico renunciar ao atendimento de um paciente, desde que não se caracterize risco iminente de morte e que comunique tal atitude previamente ao paciente ou a seu responsável, assegurando a ele a continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

Todos os direitos e deveres estão de acordo com a legislação brasileira.



MANUAL DOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

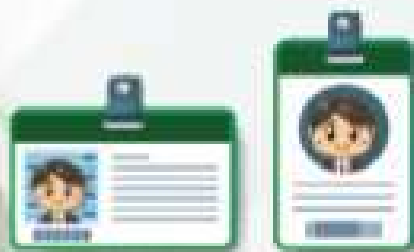
 **IDEAS** UPA

DIREITOS

- TODO CIDADÃO TEM DIREITO A UM ATENDIMENTO HUMANIZADO E SEM DISCRIMINAÇÃO.



Você tem direito a um atendimento sem nenhum preconceito de raça, cor, idade, sexualidade, estado de saúde ou nível social.



Os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde devem ter as nomes bem visíveis nos crachás.

- TODO O CIDADÃO DEVE TER RESPEITO AOS DIREITOS DO PACIENTE.



Você tem direitos a pedir para ver seu prontuário sempre que quiser



Tem também o direito de permitir ou recusar qualquer procedimento médico, assumindo a responsabilidade por isso.

DIREITOS

- TODO O PACIENTE TEM DIREITO A SER ATENDIDO COM ORDEM E ORGANIZAÇÃO.



É garantido a todos o fácil acesso a UPA, especialmente para portadores de deficiência, gestantes e idosos.



Quem estiver em estado grave e/ou em maior sofrimento precisa ser atendido primeiro.

- TODO O CIDADÃO TEM DIREITO A TER UM ATENDIMENTO COM QUALIDADE.



Você e seu acompanhante tem direito a receber informações claras sobre seu estado de saúde.



Também tem direito a receber remédios para aliviar a dor e o sofrimento quando for preciso.

DEVERES

- TODO CIDADÃO TAMBÉM TEM DEVERES NA HORA DE BUSCAR ATENDIMENTO DE SAÚDE



Respeitar o direito dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviço da UPA, que deverão ser tratados com cortesia, utilizando-se dos canais de comunicação disponíveis para exercer seu direito de apresentar reclamações.



Respeitar a proibição de fumo nas dependências da UPA, proibição esta extensiva a seus acompanhantes, conforme legislação vigente.



Você nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde.



Ter disponível documentos sempre que for pedido.

MANUAL DE ROTINA DE ACOLHIMENTO E INFORMAÇÃO AO USUÁRIO

FINALIDADE

Normatizar e disciplinar os procedimentos para um efetivo controle de entrada, circulação e saída de pessoas / bens materiais e acolhimento dos usuários da Unidade de Saúde.

CONCEITOS BÁSICOS

Autoridades: Pessoas que representam o poder público ou que estão investidas de cargo público podendo ser: policiais e membros dos Poderes Executivo, Jurídico ou Legislativo.

Colaboradores: Pessoas que contribuem com a missão e o negócio da unidade (servidores, professores, residentes, voluntários, discentes, e de empresas terceirizadas).

Usuários: Pessoas da comunidade que necessitam ter acesso a Unidade Hospitalar.

Crachá: Documento de identificação que permite o controle de acesso, circulação e saída de pessoas do ambiente físico da unidade.

Horário Hospitalar: período de tempo determinado para atendimento ao público externo

Portarias: Vias de acesso ao complexo da unidade.

Visitas extraordinárias: São aquelas fora do horário hospitalar e do horário de visita aos clientes internados feitas por prestadores de serviços (externos) e visitas extras aos clientes internados.

Visitas normais: São todas as demais não caracterizadas como visitas extraordinárias. As visitas nas enfermarias serão realizadas diariamente, em período determinado pela administração, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Permitido um número específico de visitante por vez. A troca de acompanhantes será realizada diariamente nos horários definidos pela administração hospitalar, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social. O vigilante deverá fazer a ronda na hora das visitas em todos os setores, e fazer a retirada de visitantes que eventualmente não tenham saído, após o horário de visita definido.

Visita oficial: Pessoas de órgãos públicos ou entidade civil que, no exercício de suas atividades, necessitam ter acesso às dependências da Unidade.

NORMAS

ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES

Para se alcançar a integralidade das ações é preciso trabalhar com um conceito mais amplo de saúde como trabalho em equipe, cuidado ao paciente e suas necessidades buscando uma assistência maior, transformadora, centrada no indivíduo, envolvendo a valorização do cuidado e o acolhimento.

Todos os usuários e acompanhantes que procurarem a Unidade de Saúde devem ser atendidos e direcionados ao setor de referência, devendo ser indicado o profissional que dará continuidade a este atendimento. O objetivo desta ação é que os usuários se sintam acolhidos pelos profissionais, e sejam atendidos de forma resolutiva.

Os profissionais devem se identificar, questionar o motivo da procura pela unidade, abrir a ficha de atendimento/ internação/ procedimento e orientar o usuário qual o setor e sua localidade este deve se dirigir.

Considerando a importância do acesso, a unidade de saúde deverá dispor de cadeiras de rodas ou macas, para auxiliar ou promover a locomoção do usuário.

VIAS DE ACESSO DE PESSOAS (PORTARIAS) / PERMISSÃO DE ACESSO.

O acesso de pessoas às dependências internas do complexo da unidade somente poderá ocorrer pelas portarias de acesso de usuários.

OBS: As entradas do Depósito de Lixo, Oxigênio e Coleta de Material para Exames Laboratoriais não se constituem vias de acesso a unidade e são de uso exclusivo desses serviços.

CRITÉRIOS PARA TER ACESSO ÀS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados)

a) Estar portando seu próprio crachá, o qual deve estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras).

b) Estar na portaria pertinente (autorizada) à sua entrada.

c) Atender às condições contidas nas letras “e, g, h” do item 5.2.2. abaixo.

Comunidade Externa

a) Ser previamente identificado no Serviço de Recepção e ter recebido o crachá correspondente ao seu local da visita.

b) Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor/enfermaria) de destino.

c) Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/ enfermaria.

d) Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visitação.

e) Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras).

f) Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética.

g) Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas.

h) Não estar fumando.

i) Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o cliente internado a ser visitado.

j) Militar policial ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.

l) Os representantes comerciais somente poderão ter acesso às dependências da unidade, quando sua presença for autorizada e responsabilizada pela chefia a ser visitada.

Observações:

- os representantes comerciais não poderão circular pelas dependências da unidade para outros fins que não seja contato comercial com as unidades responsáveis pela Instituição;

- não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição.

m) Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências da unidade, desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela direção.

CONTROLE DAS RECEPÇÕES / FISCALIZAÇÃO

a) Quando não estiverem devidamente trancadas, as portarias da unidade não poderão ficar “descobertas” em momento algum. Havendo necessidade do recepcionista ou o vigilante se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro servidor para substituí-lo imediatamente.

b) É de responsabilidade dos recepcionistas e vigilantes:

- Verificar se nas dependências da unidade as pessoas estão portando o crachá de forma visível. Caso não estejam, solicitar a correção e / ou apresentação;

- Controlar as entradas / saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação;

- Exigir a identificação, quando julgar necessário.

c) Na atividade de controle da portaria, se o servidor for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar de imediato a presença de sua chefia.

PROCEDIMENTOS GERAIS

DA RECEPÇÃO.

a) Receber cordialmente todas as pessoas que se dirigem ao Guichê da Recepção.

b) Identificar o cidadão:

- Solicitar identificação do usuário e/ ou acompanhante, no caso de visita a pacientes internados;

- Analisar pasta de documentos, atentando para as ordens em vigor, tirando todas as dúvidas com o colega ou a coordenação que está saindo de serviço, para garantir a sequência normal das atividades.

c) Os recepcionistas e vigilantes que estejam entrando em serviço (turno de trabalho) deverão ler o livro de ocorrência logo após o recebimento do serviço, fazer as anotações que se fizeram necessárias, liberando em seguida o colega que está saindo de serviço, pois, caso contrário, assumirão total responsabilidade sobre o mesmo.

d) Prestar, respeitosamente, informações sobre as rotinas da unidade.

DO RECEPCIONISTA E VIGILANTE/ CONTROLADOR DE ACESSO.

a) Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão.

b) Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso).

c) Fornecer um crachá provisório ao colaborador, quando este não estiver de posse do seu, mediante o preenchimento Comunicado Interno Colher a assinatura do colaborador no Comunicado Interno; Informar a necessidade de entrega do crachá por ocasião da saída.

Obs: Na Recepção Principal este procedimento deverá ser realizado pelos recepcionistas e vigilantes, cabendo ao recepcionista o recebimento do crachá, quando da saída do colaborador.

d) Controlar a entrada de autoridades, no caso de autoridades jurídicas (Juizado de Menores, Juizado da Vara da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares, etc), Casas de Apoio e policiais não fardados, solicitar a apresentação de suas “identidades funcionais”, verificando se eles estão em missão oficial; neste caso, solicitar a apresentação dos respectivos mandados ou documentos comprobatórios.

- estando a serviço de sua instituição, as autoridades terão acesso a quaisquer horas, de acordo com o horário de funcionamento do setor interno (onde deseja ir), da unidade;

- não estando a serviço de sua instituição, a autoridade obedecerá à mesma condição dos visitantes em geral.

OBS: Estando a serviço ou não, as autoridades deverão receber o crachá de visitantes (exceto militares fardados) e obedecer às regras previstas para este caso.

- e) Orientar os clientes, fornecedores e visitantes, quando solicitado.
- f) Avisar aos visitantes que a unidade não se responsabiliza por valores e pertences deixados na Recepção, assim como por qualquer tipo de aparelho eletroeletrônico trazido por acompanhantes ou visitantes.
- g) Indicar a localização de cada setor / enfermaria a ser visitado (a).
- h) Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), TV acima de 14 polegadas, ventiladores, salvo quando houver autorização por escrito da Diretoria Médica, Coord. de Enfermagem ou Serviço Social.
- i) Impedir a entrada de pessoas que estejam fumando, alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas e com roupas inadequadas.
- j) Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar se uma pessoa não está utilizando o crachá de outra.
- k) Impedir a saída de qualquer cliente internado, sozinho ou acompanhado, visto que o “interno” só pode sair da unidade acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado para tal.
- l) Em caso de extravio do crachá do servidor, encaminhar a pessoa à Coord. Pessoal para ser destinado à confecção de um novo crachá.
- m) Controlar a saída dos visitantes e recolher os respectivos crachás, os quais posteriormente deverão ser entregues no Guichê de Recepção, quando for o caso.
- n) Fazer rondas internas e externas, exercendo a vigilância ostensiva, as quais deverão ser realizadas constantemente, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de acompanhantes em locais não autorizados após horário determinado.

OBS: VIGILANTES/CONTROLADORES DE ACESSO, nas rondas, verificar se todas as portas e janelas estão devidamente fechadas, luzes apagadas, quando for o caso, se não há violação de grades ou cerca, torneiras abertas, vazamento de água e gás, se há avarias visíveis em máquinas, equipamentos, móveis e veículos, se há pessoas estranhas no ambiente vigiado, se há suspeitos rodando a unidade.

- Qualquer anormalidade observada quando da realização da ronda, entrar em contato imediato com a sede e coordenação de vigilância ou responsável pelo posto, adotando as primeiras medidas de segurança, fazendo o devido registro no livro de ocorrência. Para melhorar o sistema de segurança da unidade.

o) Impedir, caso não haja autorização por escrito, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais da Instituição, mesmo que portado por servidores.

Observações:

- Caso não haja autorização por escrito (“Autorização para Saída de Bens Patrimoniais” – ASBP), reter o bem patrimonial e comunicar imediatamente o fato à Coord. De Patrimônio;

- Todo bem patrimonial da unidade somente poderá sair (mesmo para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc), mediante a apresentação da ASBP, preenchido, carimbado e assinado pelo Setor de Patrimônio ou pelo responsável pela guarda do mesmo;

- Quando da retirada de um bem patrimonial, o porteiro deverá conferir o equipamento com a ASBP, verificando se os dados e o preenchimento estão de acordo;

- Reter uma cópia da ASBP, a qual deverá ser datada, assinada e encaminhada ao setor que autorizou a saída (para o devido controle).

p) Impedir e/ou inibir a ação de agentes funerários, não permitindo suas presenças na área da unidade, exceto no caso de retirada de cadáveres.

OBS: Se necessário, acionar a Polícia Militar.

q) Elaborar relatório diário de ocorrências (registrado em livro próprio), caso exista qualquer irregularidade durante seu horário de trabalho, além de comunicar, imediatamente, à sua Coord. e a Diretoria Administrativa.

r) Não fumar, quando estiver no seu posto de trabalho, principalmente se estiver atendendo ao público.

s) Caso o recepcionista for agredido moralmente ou fisicamente, deverá:

- relatar o fato no “Livro de Ocorrência da Recepção;

- Os fatos ocorridos em relação aos colaboradores deverão ser encaminhados, via CIs, para as respectivas chefias para as providências cabíveis;

- Conforme o grau da ocorrência, as chefias superiores também deverão ser chamadas, imediatamente.

DOS COLABORADORES E DEMAIS PESSOAS DA COMUNIDADE

a) Usar o crachá de identificação no peito, em situação visível.

- b) Exibir ao porteiro de serviço, quando solicitado, qualquer volume que estiver portando, ao entrar ou sair da unidade.
- c) Utilizar somente as vias de acesso determinadas por essa Norma Procedimental.
- d) Trajar-se adequadamente no ambiente hospitalar.
- e) Não trazer gêneros alimentícios de qualquer natureza para o interior da unidade.
- f) Seguir fielmente as normas e rotinas previstas nesta NP.
- h) Devolver o crachá ao recepcionista ou vigilante, quando sair das dependências da unidade (exceto os colaboradores que não estão utilizando o crachá provisório).

SERVIÇO DE APOIO SOCIAL E PSICOSOCIAL – ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO

Serviço de Assistência Social

Serviço complementar de assistência direta ao paciente por meio de visita, anamnese, avaliação e orientação inclusive na alta hospitalar. O desenvolvimento do trabalho do assistente social junto ao paciente se realiza por meio da intervenção em questões sociais vivenciadas pelo mesmo e seus familiares, ampliando informações, viabilizando e mobilizando recursos na perspectiva de garantir direitos, qualidade e humanização do atendimento, integrando a equipe interdisciplinar contribuindo com a eficiência e otimização dos serviços prestados. O assistente social é um profissional especializado que trabalha para que as políticas públicas sejam efetivas, informando e garantindo que elas sejam cumpridas, fazendo com que os direitos do cidadão sejam respeitados. Orienta os pacientes quanto aos seus direitos garantidos por lei

Protocolos e Procedimentos Operacionais

É política da unidade a garantia da qualidade e segurança da assistência, portanto, considera necessária a disponibilização de Protocolos e Procedimentos técnicos padronizados para toda a equipe profissional, de forma a promover o conhecimento e execução dos cuidados de acordo com o estabelecido institucionalmente.

Os Protocolos e Procedimentos técnicos utilizados pela Assistência Social, estarão disponíveis em manuais operacionais atualizados, conforme modelos detalhados. Estes documentos foram desenvolvidos pela Organização Social, e serão disponibilizados para que os profissionais da unidade providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência serão submetidos a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermagem, Administração).

A partir da aprovação serão cadastrados e disseminados para toda equipe através de treinamentos.

Protocolos de Segurança:

Protocolo de avaliações do Serviço Social

Protocolo de acompanhamento do Serviço Social

Protocolo de Identificação do Paciente

Protocolo de Comunicação Segura

Protocolo de Higienização das Mãos

Procedimentos Operacionais

Acolhimento e orientação aos familiares de pacientes que foram a óbito.

Ao ocorrer óbito de paciente a equipe interdisciplinar comunica o serviço social, que realizará contato com familiares, solicitando que compareçam brevemente à unidade. Os familiares serão acolhidos pela equipe interdisciplinar, e receberá a comunicação do óbito pelo médico. O serviço social prestará informações relacionadas ao funeral, a rotina hospitalar e documentação necessária para a liberação do corpo.

Orientação aos familiares sobre condições agravantes de saúde/ tratamento do paciente.

A equipe médica informa a enfermagem e/ou o serviço social, para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis pelo paciente, para que compareçam à unidade, onde o médico informará a família de qual o procedimento está sendo tomado pela equipe médica frente ao estado clínico do paciente.

Orientação de Alta ao paciente

A equipe médica e/ou enfermagem informará ao serviço social, da alta do paciente, o serviço social, verifica se todas as orientações e/ou encaminhamentos foram compreendidos pelo paciente, familiar ou responsável, quanto à necessidade de retorno à unidade de saúde na data agendada. Caso o paciente esteja impossibilitado de deambular e/ou apresentando sintomas de confusão mental o serviço social, deverá entrar em contato com familiares e/ou responsáveis orientando que é necessário um acompanhante junto do paciente. Se houver necessidade, solicitar transporte. Não tendo familiar e/ou responsável, o Serviço Social deverá encaminhar o usuário a rede integrada social do município para tratamento. Em horário fora do expediente a enfermeira de plantão irá desenvolver a mesma rotina.

Alta do paciente sem condições sociais de transporte

A assistente social deverá identificar este paciente durante a triagem social do serviço e providenciar para o momento da alta o recurso de transporte para a alta do paciente. Em casos de pacientes não identificados e que necessitem de transporte para alta, a Assistente Social irá verificar-se o paciente possui familiar e/ou responsáveis que possam buscá-lo na unidade. Caso o paciente não possua familiares e/ou responsáveis

O Serviço Social deverá verificar se este se enquadra nos critérios para solicitação do transporte, que são:

Pacientes acima de 60 anos, impossibilitado de deambular, e desorientados;

Pacientes que realizaram cirurgia;

Conforme avaliação do serviço social.

Apoio a Paciente sem vestuário

O Serviço Social providenciará sempre que possível o atendimento a estes usuários disponibilizando vestimentas adequadas para a permanência ou saída da unidade diante da solicitação do serviço de enfermagem.

Pacientes sem documentos

O serviço social identificará através da avaliação social, pacientes que não possuam documentações. Também poderão ser identificados os casos pela equipe interdisciplinar e recepção. Paciente sem documentos, receberão orientações e encaminhamentos do serviço social para os órgãos competentes,

Secretaria de Ação Social do Município, CRAS- Centro de Referência de Assistência Social.

Apoio ao familiar de outro município

A equipe interdisciplinar ou mediante a avaliação social identificará familiar e/ ou acompanhante de paciente que tenha dificuldade de permanência no município durante o período de internamento. O serviço social realizará contato com a rede sócio assistencial no sentido de conseguir que familiar e/ou acompanhante, seja acolhido em casa de apoio do município.

Orientações sobre benefícios previdenciários

A equipe interdisciplinar ou a recepção comunica ao Serviço Social que paciente e/ou familiar, necessita de informação sobre benefícios previdenciários. O Serviço Social orienta o paciente sobre os benefícios existentes e encaminha os a Agência do INSS Instituto Nacional de Seguro Social ou para o CRAS- Centro de Referência Especializada de Assistência Social.

Internamento de paciente acompanhado de menor de idade

A recepção deverá comunicar o Serviço Social que o paciente está sendo internado com acompanhante menor de idade. Checar no internamento o número do telefone de um familiar e/ou responsável que possa vir buscar o menor de idade e preencher o internamento do usuário. Caso não conseguir contato telefônico deve-se entrar em contato com Conselho Tutelar, solicitando que venham buscar o menor. A responsabilidade pelo menor bem como, pela busca de seus familiares é do Conselho Tutelar.

Evasão de paciente internado

A enfermagem deverá comunicar ao Serviço Social que o paciente internado evadiu-se. Preenche formulário próprio e encaminha ao serviço social. Esse solicita ao medico responsável o preenchimento do formulário, se paciente corre risco de morte ou não. Se confirmada a primeira hipótese deverá ser realizado pelo serviço social um Boletim de Ocorrência e esse arquivado no prontuário do mesmo.

Indicadores da Assistência Social

Nº de avaliações realizadas

Nº de atendimentos consultas/interconsultas realizadas

% de Eventos

Instrução para o funcionamento do serviço social

Estrutura do Serviço

O Serviço Social da unidade atuará dentro de uma perspectiva mediadora entre cliente, família e instituição, desenvolvendo ações que ofereçam respostas à dimensão social do paciente. Recepcionará o usuário e a família de maneira humanizada, definindo uma parceria e compromisso no tratamento proposto.

O assistente social tem como objetivo representar a Instituição na solução de problemas diversos que afligem família e/ou paciente, mantendo sempre uma posição de coerência, clareza, orientação e solução dos problemas que surgem durante o período de atendimento, fazendo muitas vezes a ponte entre a família, equipe técnica, comunidade e unidade de saúde.

Normas e Rotinas

O Serviço Social deverá seguir um Regimento Interno, que constará as atribuições, normas, rotinas, requisitos, estrutura física e horário de funcionamento.

Atividades Desenvolvidas:

- Resolução de problemas de ordem social;
- Intervenção como mediador;
- Orientação ao paciente e/ou familiares;
- Acolhimento e atendimento humanizado;
- Realizar entrevista social com o paciente;
- Contra referenciar o paciente aos serviços de atenção básica;
- Realizar encaminhamentos para os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), secretarias de saúde/ assistência social/direitos humanos, Ministério Público, Conselhos Tutelares;
- Desenvolver campanhas educacionais e projetos assistenciais e sociais junto à comunidade;
- Entrevista social; Viabilização de serviços, tais como: transporte, casa de apoio, dentre outros;

- Orientação aos pacientes sobre direitos e benefícios legais;
- Apoio psicossocial grupal e individual;
- Visitas hospitalares e domiciliares.
- O Serviço Social terá seu horário de atendimento de segunda a sexta feira, 8h/dia.

Regimento Serviço Social

Capítulo I - Da finalidade

Art.1º - Através de uma linguagem clara, acessível e disponibilizando de informações, o Serviço Social tem por finalidade, conhecer, orientar, mediar, acolher, encaminhar, resolver intercorrências de ordem social, apreender, compreender e atender as demandas do usuário de maneira humanizada, oferecendo-lhe à devida atenção, encaminha as ações e as direciona para a resolutividade. Trata-se de um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades, percebidas ou não, do paciente.

Capítulo II - Da organização

Art.2º- O setor de Serviço Social é representado por Assistente Social de acordo com organograma da unidade.

Capítulo III - Da competência

Art.3º- Compete ao Setor de Serviço Social:

Resolução de problemas de ordem social;

Intervenção como mediador;

Orientação ao paciente;

Acolhimento ao usuário;

Realização de entrevista social com o paciente;

Contra referenciar o usuário à atenção básica;

Realização de encaminhamentos;

Desenvolvimento de campanhas educativas e projetos sociais junto à comunidade;

Humanização para usuários, visitantes, acompanhantes e funcionários.

Capítulo IV - Do pessoal e suas atribuições

Art.4º- São atribuições do Assistente Social:

Conhecer o paciente através de uma entrevista, que de acordo com as condições do mesmo, poderá ser realizada com ele ou com o responsável;

Orientar o usuário mediante suas necessidades, informando-os sobre as normas, direitos e deveres;

Usar de todos os meios possíveis de comunicação (telefone, telegrama, visita domiciliar) para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis de pacientes que estão sozinhos e necessitam de acompanhantes;

Solicitar documento do paciente e do responsável no momento da entrevista para confirmação dos dados de identificação;

Verificar se os dados de identificação colhidos pelo Assistente Social conferem com os dados impressos na ficha de internamento. Havendo divergência, o mesmo deverá solicitar a retificação;

Intervir como mediador, conforme as demandas do usuário, de forma que, tanto o cliente quanto à instituição fiquem satisfeitos;

Acolher de maneira humanizada, ou seja, cumprimentar, dirigir-se à pessoa pelo nome, manter contato visual, demonstrar disponibilidade de tempo e vontade de atendê-la;

Autorizar visita para pacientes em observação no repouso, como também, autorizar a liberação de refeição para acompanhantes com necessidades sociais especiais;

Realizar ligações telefônicas, de acordo com a necessidade do paciente;

Solicitar no departamento financeiro passagem de ônibus ou de táxi para pacientes sem condições financeiras de retornarem à suas casas, ou ainda viabilizar ambulância para pacientes que não deambulam e estão desacompanhados;

Resolver intercorrências de ordem social, e/ou encaminhar para outras unidades (CRAS, Conselho Tutelar, Ministério Público, direitos humanos, entre outros);

Informar ao paciente a importância do preenchimento do questionário de satisfação do cliente no momento da alta;

Contra referenciar o usuário aos serviços prestados pela atenção primária;

Desenvolver e colocar em prática campanhas educativas junto à comunidade;

Desenvolver e colocar em prática projetos assistenciais e sociais

Promover humanização para os funcionários da Instituição;

Solicitar a presença do familiar e/ou responsável em caso de óbito;

Realizar visitas periódicas aos PSFs para fortalecer a parceria e trocar informações sobre a comunidade e sobre os atendimentos realizados;

Organizar mensalmente a comemoração dos funcionários aniversariantes;

Ajudar na organização de eventos, campanhas, palestras e datas comemorativas dentro da unidade com os funcionários;

Registrar todos os atendimentos realizados, no livro de ocorrência;

Fazer relatório mensal das atividades do Serviço Social para conhecimento da chefia;

O assistente Social atuará em todas as áreas assistenciais, tanto com o usuário quanto com funcionários;

Capítulo V - Das disposições gerais

Art.5º- Cabe ao responsável do serviço manter este regimento devidamente atualizado.

Art.6º- Todos cumprirão horário de trabalho estabelecido.

Art.7º- Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.8º- Todos os funcionários seguirão as instruções contidas neste regimento.

Art.9º- Toda e qualquer saída de funcionário da seção deverá ser autorizada, por escrito, pela chefia.

Art.10º- Este regimento deverá ser observado na íntegra por todos os funcionários da unidade.

Art.11º- O presente regimento serve como instrumento de definição de atividade e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art.12º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Coordenação Geral.

Art.13º- O presente regimento entra em vigor a partir da data de implantação do mesmo e a devida assinatura da Diretoria e Responsável

Áreas de Abrangência

O Serviço Social irá prestar atendimento a todos os usuários, estejam eles na Unidade de Internação de Clínica Médica, Cirúrgica, UTI, em observação ou acompanhando menores e ou idosos. A orientação em todos estes casos é fundamental para que o usuário siga as orientações dadas na Instituição, respeitando assim o fluxo de referência e contrareferência.

Quadro de Metas

Metas:

- Treinar todo o quadro funcional com foco em Humanização;
- Promover palestras voltadas para a comunidade local, de acordo com as necessidades previamente identificadas;
- Promover o bem estar entre a família e paciente;
- Estabelecer um atendimento especializado, no sentido de aproximar e garantir o correto e melhor acesso aos serviços de saúde;
- Intervir em situações que extrapolam a questão da saúde do usuário nos plantões, e que exigem uma intervenção social, implantando um fluxo de encaminhamentos para a Rede Sócio-Assistencial e orientando o usuário quanto aos direitos sociais;
- Orientar os familiares e/ou responsáveis por pacientes que estão em sala de observação realizando a mediação entre o familiar e a equipe de saúde;
- Realizar atendimento em sala de espera com o objetivo de informar a população sobre a rede de atendimento à saúde e a de Direitos Sociais;
- Notificar os casos de violência e outras, realizando as devidas orientações, encaminhamentos e justificativas necessárias, tanto à vítima e/ ou acompanhante;
- Levantar dados e contatar a Unidade de Referência, familiares e outros em caso de usuários que requeiram acompanhamento e atendimento resolutivo;
- Comunicar à Rede Assistencial os casos de violência, abuso, negligência, abandono, omissões e outros atendimentos realizados

Horário

De segunda a sexta feira 8 horas por dia

Equipe

Assistentes Sociais contratados pelo IDEAS

Legislação de Referência

Lei 8.662/1993 Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências;

Resolução CFESS 273/1993 Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências.

Lei 8.742/1993 Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

NR 32 Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

RDC Anvisa No 36 de 2013 Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nas últimas décadas, os serviços de urgência e emergência passaram a representar importante e estratégica porta de entrada ao sistema de saúde. Isto ocorre por diversos fatores, tais como: processo de descentralização dos atendimentos dos hospitais para os prontos atendimentos (inversão do modelo hospitalocêntrico de assistência), necessidade de restringir o uso dos hospitais para resolução de patologias de alta complexidade (otimização do uso de recursos) e aumento das distâncias dentro das grandes cidades, levando à necessidade de unidades 24 horas próximas às comunidades.

Também houve a mudança no perfil da saúde da população brasileira, reflexo da maior expectativa de vida, com consequente aumento das doenças crônicas que sofrem agudizações, doenças cardíacas e vasculares, doenças infectocontagiosas, violência urbana e traumas. Tais fatores contribuíram para o aumento da utilização dos Prontos Atendimentos Médicos e Unidades de Pronto Atendimento no país.

A Unidade de Pronto Atendimento 24 horas é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas e as Unidades Hospitalares integrantes da Rede de Urgência e Emergência.

O estabelecimento do tipo Pronto Atendimento 24 horas é estruturado para prestar atendimento a situações de urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado, segundo as diretrizes dos órgãos reguladores da Urgência.

O horário de funcionamento é todos os dias da semana, 24hs por dia (ininterrupto), inclusive nos finais de semana e feriados, executando atividades de assistência à saúde envolvendo atendimentos de urgência e emergência (Adulto e Pediátrico), inclusive acompanhamento dos casos durante o período de atividade.

Nest sentido, a circulação em áreas restritas dependerá de avaliação profissional seguindo protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, de acordo com o apresentado ainda neste item. Os visitantes, responsáveis e acompanhantes deverão seguir rotina de identificação na recepção para depois permanecer em áreas restritas para pacientes (áreas assistenciais). Na sala de espera da recepção poderão ficar aguardando atendimento e notícias dos usuários em atendimento assistencial.

Em relação aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, pode prestar o primeiro atendimento, estabilização e investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a serviços de maior complexidade.

Tendo em vista o total de atendimentos mês da unidade, incluindo todas as consultas que geram observações dos pacientes e medicações, inalações, serviços de apoio diagnóstico (SADT): Raio-X, Eletrocardiografia, Exames de Laboratório Clínico, Leitos para Observação, Sala de Emergência, Salas para: Medicação, Inalação, Sutura e Curativos e Consultórios para o pronto atendimento. Deve contar ainda com Acolhimento com Classificação de Risco; Assistência farmacêutica – dispensação de medicamentos exclusivamente para os casos atendidos no pronto atendimento; recursos de transporte para remoção e deslocamentos de pacientes, e outros serviços de apoio que sejam necessários.

Garantindo a organização e segurança do paciente será implantado com aprovação da gestão Municipal, Plano de Segurança do Paciente, Núcleo de Segurança do Paciente, Normas e Rotinas, Protocolos Clínicos e Assistenciais, Fluxos de Admissão do Usuário, Fluxos Administrativos e Assistenciais viabilizam a organização do serviço e a qualidade na assistência prestada, garantindo a organização do serviço de Urgência e Emergência.

A unidade de urgência e emergência é local onde são praticados além dos procedimentos de menor complexidade caracterizados de situações de urgência até procedimentos de maior complexidade, que podem oferecer risco de vida, a instituição visa garantir um atendimento rápido e eficaz das urgências e emergências, mantendo a sala de emergência organizada e equipada, apresentando boa sinalização e fácil acesso.

Além de uma equipe médica e enfermagem preparada para as intercorrências, realizar coleta de informações dos serviços médicos de emergência locais para que as equipes disponham dos principais materiais e medicamentos para os atendimentos.

Prestaremos o controle e abastecimento de todos os insumos médicos/hospitalares, medicamentos, material de escritório e outros necessários para o atendimento. Será realizado treinamentos junto às equipes, viabilizando a qualidade e capacitação dos colaboradores acerca do serviço prestado. As ações e procedimentos serão registrados e atualizados nos respectivos Sistemas de Informação do SUS.

No que se refere ao atendimento/Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades, objetivando a assistência Humanizada, será implantado ou reestruturado o processo de Acolhimento com Classificação de Risco, identificando o paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento qualificado, bem como garantir a estruturação do Programa de Humanização do Atendimento seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde.

Toda a organização e o processo de trabalho das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas objeto do Contrato de Gestão contemplarão as diretrizes técnicas assistenciais e programáticas priorizadas pela SES, conforme modalidades de atenção e estrutura da rede. Seguiremos integralmente as diretrizes contidas nas seguintes Portarias do Ministério da Saúde: Portaria Nº 1.601 GM MS de 07 de julho de 2011, estabelece diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências.

Portaria Nº 104, de 15 de janeiro de 2014 altera a Portaria n. 342/GM/MS de 4 de março de 2013 que redefine as diretrizes para implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto dos serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da rede de atenção às urgências e emergências (RUE), em conformidade com a política nacional de atenção às urgências, e dispõe sobre incentivos financeiros de

investimentos para novas UPAs 24 horas ampliadas (UPA AMPLIADA) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

A Portaria Nº 10 de 3 de janeiro de 2017, redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Pensando na assistência de qualidade aos usuários que frequentam a unidade, a instituição oferece o Serviço de Consultoria técnica, equipe qualificada tendo como objetivo a supervisão e suporte técnico e operacional, para equipe multiprofissional no desenvolvimento das atividades, garantindo melhores resultados e satisfação dos usuários e dos colaboradores envolvidos no processo.

Com o propósito de cumprir com a efetiva qualidade dos serviços nesta modalidade de atendimento em saúde, o Instituto IDEAS prevê a seleção de profissionais habilitados para o direcionamento do conjunto de ações para operacionalização e execução das atividades propostas. No transcorrer da execução das atividades/ações, as mesmas serão executadas em consonância com o Regimento Interno desta Entidade, zelando pela boa qualidade dos serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, respeitando a primazia na equidade e universalidade.

Na Unidade de Pronto Atendimento 24H serão executados os seguintes serviços:

Atendimento Médico: O serviço de atendimento médico engloba consultas de urgência e emergência, atendimento em sala de observação e atendimento de sala de urgência. O número mínimo de profissionais médicos seguirá o estabelecido no Art. 24, da Portaria nº 10/GM/MS de 03/01/2017 e Termo de Referência da SES.

Atendimento de Enfermagem: O serviço de atendimento de enfermagem engloba o acolhimento, classificação de risco, consultas e procedimentos de enfermagem, atendimento em sala de administração de medicamentos, atendimento em sala de observação e atendimento em sala de urgência.

Assistência Farmacêutica: Supervisão do preparo e dispensação de medicamentos, controle do estoque e armazenamento dos medicamentos, atendimento clínico farmacêutico e garantia da assistência terapêutica integral aos pacientes em atendimento no serviço, incluindo dos pacientes em alta que tiverem prescrição de medicamentos de uso agudo, utilizando de forma preferencial a Relação dos Medicamentos Essenciais (RENAME), em doses suficientes para iniciar o tratamento até o próximo dia útil.

Serviço Social: Atendimento na área de assistência social de forma articulada com a Rede de Atenção à Saúde e de assistência social estabelecida.

Serviços de apoio diagnóstico: Oferta de diagnóstico laboratorial e radiológico, conforme a necessidade assistencial/terapêutica de casos de urgência/emergência ou que estejam em observação, aguardando internação. Disponibilidade de equipamentos para eletrocardiografia.

Serviços de Apoio: Estão previstos ainda todos os profissionais para atender a gestão e administração das unidades, incluindo recursos humanos, contabilidade financeira, apoio de tecnologia da informação, almoxarifado, manutenção predial e de equipamentos, higienização de ambientes, portaria e vigilância patrimonial, recepção e cadastramento de pacientes, armazenamento de roupas, central de materiais esterilizados, serviço de nutrição e dietética com fornecimento de alimentação para pacientes em observação (através da contratação de empresa terceirizada), transporte de baixa complexidade (tipo B) até ambiente hospitalar para pacientes com indicação de internação ou com necessidade de avaliação de urgência em outra instituição

Insumos: Fornecimento de materiais médico-hospitalares e equipamentos, gases medicinais, medicamentos e demais insumos necessários ao pleno funcionamento da(s) unidade(s).

Os atendimentos seguem os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde e a gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores a usuários ou seus representantes.

Por fim vale destacar que o presente Plano de Trabalho, para a execução das atividades a serem desenvolvidas, estão em conformidade as disposições do termo de Referência, como será visto a seguir.

No **ANEXO VII** estão os Protocolos Clínicos de Urgência e Emergência e o Procedimento Operacional Padrão das Atividades Assistenciais.

Funcionamento do Serviço de Acolhimento e Classificação de Riscos

Protocolo para Acolhimento e Classificação de Risco Adulto

O acolhimento e classificação de risco recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), utiliza-se da mesma lógica por cores e para 4 níveis de classificação, com definição dos níveis e critérios baseados em sinais e sintomas clínicos, priorizando o atendimento no grau de gravidade do paciente, como todos os modelos de classificação de risco em serviços de urgência e emergência existente

Classificação dos pacientes por prioridades de cores

Classificação por cores	Tempo para o atendimento médico
Vermelho	Atendimento Imediato
Amarelo	Mais rápido possível, não correm risco imediatos de vida
Verde	Priorização de Lei: idosos, cadeirantes, excepcionais, queixas de dor e outros.
Azul	Demais condições não agudas

Objetivos:

Para melhorar a procura espontânea, será adotado o sistema de Acolhimento com Avaliação e classificação de Risco do Ministério da Saúde. Adotando um sistema de triagem por classificação de cores (Vermelho, Amarelo, Verde e Azul), que atende o paciente, priorizando o grau de gravidade.

Com objetivo de priorizar urgência/emergência no atendimento, onde a classificação da gravidade é definida por cores. A avaliação de risco é realizada por um Enfermeiro, que avalia o paciente, classifica por gravidade e, esclarece ao paciente que necessita de atendimento primário, contudo não o dispensando, para que seja consultado por um profissional médico.

A Classificação de Risco de dará nos seguintes níveis:

VERMELHO:

Prioridade zero emergência, necessidade de atendimento imediato. Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento imediato dos pacientes graves visando afastar o risco imediato de morte, realização de exames diagnósticos, e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta. Pacientes com quadro de infarto, dores no peito, politrauma, etc.

AMARELO:

Prioridade 1 urgência, atendimento o mais rápido possível.

Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento mediato e que deve ser realizado no máximo em trinta minutos de espera. É classificado como paciente crítico que necessita de cuidados intensivos, realização de exames

diagnósticos, e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta.

VERDE:

Prioridade 2 prioridades não urgente.

Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento de espera oportuna, indicado para pacientes não críticos.

Azul:

Prioridade 3.

Consulta de baixa complexidade, atendimento de acordo com horário de chegada. Ficha carimbada com identificação da cor: pacientes em quadro simples e prioridade secundária, com tempo de espera indefinido, dependendo do fluxo de pacientes nas outras cores.

Fluxo de Atendimento Interno:

Acolhimento e Recepção: Paciente ao chegar à recepção solicitando atendimento será comunicado a Enfermeira para avaliação e classificação de risco, a partir daí será direcionado segundo sua necessidade.

Avaliação e classificação de risco:

Após passarem na recepção, os pacientes deverão passar pela sala de Triagem onde serão aferidos os sinais vitais dos pacientes, e encaminhados conforme classificação de cores.

Classificação Vermelha:

Paciente deverá ser encaminhado à sala de emergência, onde será atendido pelo médico.

Classificação Amarela:

Paciente após classificação aguardará avaliação do médico da retaguarda clínica na sala de Triagem

Classificação Verde:

Paciente após avaliação aguardará em frente ao consultório da Retaguarda Clínica para o atendimento médico, no máximo em 2 horas.

Classificação Azul:

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera. Até 6 horas.

Fluxograma de classificação de risco



VERMELHOS: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala de Emergência devido à necessidade de atendimento imediato.

PRIORIDADE 0



- Múltiplas fraturas, Cortes, RNC, Fratura Exposta;
- Alteração do nível de consciência, movimentos tônico-crônicos;
- Dor torácica e/ou dor epigástrica associada com sudorese, vômitos, dor em aperto, facada agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores associado a falta de ar e cianose,
- História de ingestão de substâncias tóxicas, medicamentosas, em doses elevadas;
- Tentativa de suicídio;
- Reação alérgica: cutâneas ou sistêmicas;
- Glicemia capilar menor que 70mg/dl ou maior que 250mg/dl; apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, hipotermia, vômitos, taquicardia, taquipneia;
- Falta de responsividade, ausência de movimentos respiratórios e ausência de pulso central;

- Perda de consciência: mesmo que seja momentânea;
- Presença de foco infeccioso com mais 2 sinais associados: Temperatura corpórea acima de 37,8°, taquicardia, hipotensão, alteração respiratória.
- Hipotensão, oligúria, frequência cardíaca menor que 60 bpm, alterações respiratórias (maior que 20mr/m), hipotermia, sangramento evidente com alteração de sinais vitais;
- Desconforto respiratório intenso FR: maior que 20mr/min, sudorese, tosse com expectoração rosada, estertores em ausculta pulmonar;
- Alterações do nível de consciência, déficit de mobilidade, alterações psicomotoras, déficit sensório-motor;
- Ferimentos por arma de fogo ou arma branca;
- Alteração de padrão respiratório, sibilos na ausculta pulmonar ou saturação menor que 90;
- Integridade tissular prejudicada: lesões causadas por calor ou frio em mais de 25% da superfície corporal queimada.
- Frequência cardíaca menor que 50 ou maior 140bpm
- Pressão Arterial sistólica menor que 90 ou maior 250 mmhg
- Pressão Arterial Diastólica maior que 130mmhg
- Temperatura corpórea menor que 35° ou maior de 40° com sintomas, porém não correm risco de morte imediato.

AMARELA: paciente após classificação aguardará avaliação do médico da retaguarda clínica na sala de Triagem.

PRIORIDADE 1



- Dor intensa em região lombar associada a queda de pressão arterial, sudorese e palidez;
- Pressão Sistólica maior que 140mmHg e diastólica maior que 90mmHg e/ou presença de cefaleia, escotomas visuais, dor em região occipital.
- Rebaixamento de nível de consciência com Escala de Coma de Glasgow menor que 12;
- Glicemia capilar menor que 70 mg/dl ou maior que 250 mg/dl;
- Letargia, agitação ou confusão mental;
- Alteração de padrão respiratório, sibilos a ausculta pulmonar, saturação de oxigênio menor que 90%, cianose;
- Sangramento evidente sem alteração de sinais vitais;
- Doenças infecto contagiosas;

- Alteração comportamental e inconsciência, taquicardia, arritmia, sudorese, com ou sem alteração de sinais vitais causados por intoxicação exógena;
- Crise convulsiva a mais de 24h;
- FC maior que 50 ou menor que 140 bpm;
- PA Sistólica maior que 100 ou menor que 150 mmHg - sintomático;
- PA Diastólica maior que 110 mmHg – sintomático;
- Febre menor que 38,5;
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais;
- Sangramento nasal;
- IMUNODEPRIMIDOS: com febre;
- Acidente com material biológico;

VERDE: pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridades sobre consultas simples-espera até 2 horas.

PRIORIDADE 2



- Idosos > 60 anos;
- Pacientes escoltados;
- Deficientes físicos;
- Impossibilidade de deambulação;
- Funcionário durante o período de trabalho (fora do protocolo vermelho e amarelo);
- Retorno com o período inferior às 24h, devido a não melhora do quadro;
- Asma fora da crise;
- Cefaléia com alteração sensória perceptiva;
- Dor de ouvido leve a moderada;
- Dor lombar;
- Celulites e abscessos;
- Alteração comportamental sem alteração de sinais vitais (DNV)
- Intercorrências ortopédicas;
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;
- Convulsão – sem alteração de nível de consciência.

AZUL: demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima. Espera aproximada de 06 horas.

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera. Até 6 horas

PRIORIDADE 3



- Queixas crônicas sem alterações agudas;
- Demais condições de Saúde não enquadradas nas situações/queixas dos níveis Vermelho, Amarelo, e Verde.

Classificação de Risco Infantil

Classificação de riscos:

A identificação dos pacientes que necessitam de atendimento imediato é um processo dinâmico cuja categorização do doente segundo a prioridade deverá ser feita da seguinte maneira:

Nível 1 = VERMELHO

Nível 2 = AMARELO

Nível 3 = VERDE

Nível 4 = AZUL

Objetivos:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Atendimento humanizando o atendimento
- Descongestionar o Pronto Atendimento
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que a criança seja vista precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário
- Informar os tempos de espera ao acompanhante

Agente de acolhimento:

Trata-se do profissional realiza a primeira avaliação da situação que levou a pessoa a procurar atendimento, preferencialmente é realizado por um profissional de saúde, geralmente um técnico de enfermagem ou enfermeiro, mas eventualmente o primeiro contato dentro do Pronto Atendimento é realizado diretamente com recepcionistas ou seguranças, que deverão estar treinados para identificar a situação e acionar o agente de triagem.

Identificando e Classificando:

O agente de triagem deve sempre atender ao paciente e seu acompanhante de maneira educada questionando inicialmente qual o motivo da procura do atendimento, por exemplo: “O que houve com a criança” / “Como podemos ajudá-la?”.

A atenção com orientação do acompanhante diminui o nível de ansiedade, devendo ser classificado e encaminhado para o local adequado de atendimento.

RISCO VERMELHO:

São crianças críticas que devem ser encaminhados imediatamente para sala de emergência para atendimento médico imediato.

A criança pertencente a este grupo geralmente já é trazida em condição que permite identificá-lo de imediato a presença de ferimentos ou outros sinais evidentes. Enquadra-se no Grupo de:

- Politraumatizado;
- Alteração do nível de consciência;
- Desconforto respiratório e cianose;
- Ferimentos penetrantes (FAF, FAB);
- Crises convulsivas;
- Intoxicações exógenas;
- Reações alérgicas;
- Queimaduras;
- Aspiração de corpo estranho;
- Afogamento;

RISCO AMARELO

Crianças que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à **Sala de Triagem de Enfermagem**.

- Febre ≥ 39 ;

- Crise asmática sem desconforto intenso;
- Desmaios;
- Hemorragias;
- Dor abdominal intensa;
- Náuseas /Vômitos e diarreia;
- Trauma cefálico leve;
- Hipotermia;
- Corpo estranho ingerido ou em outras cavidades.

RISCO VERDE

Criança em condições não agudas, porém encaminhados com prioridade ao atendimento Médico.

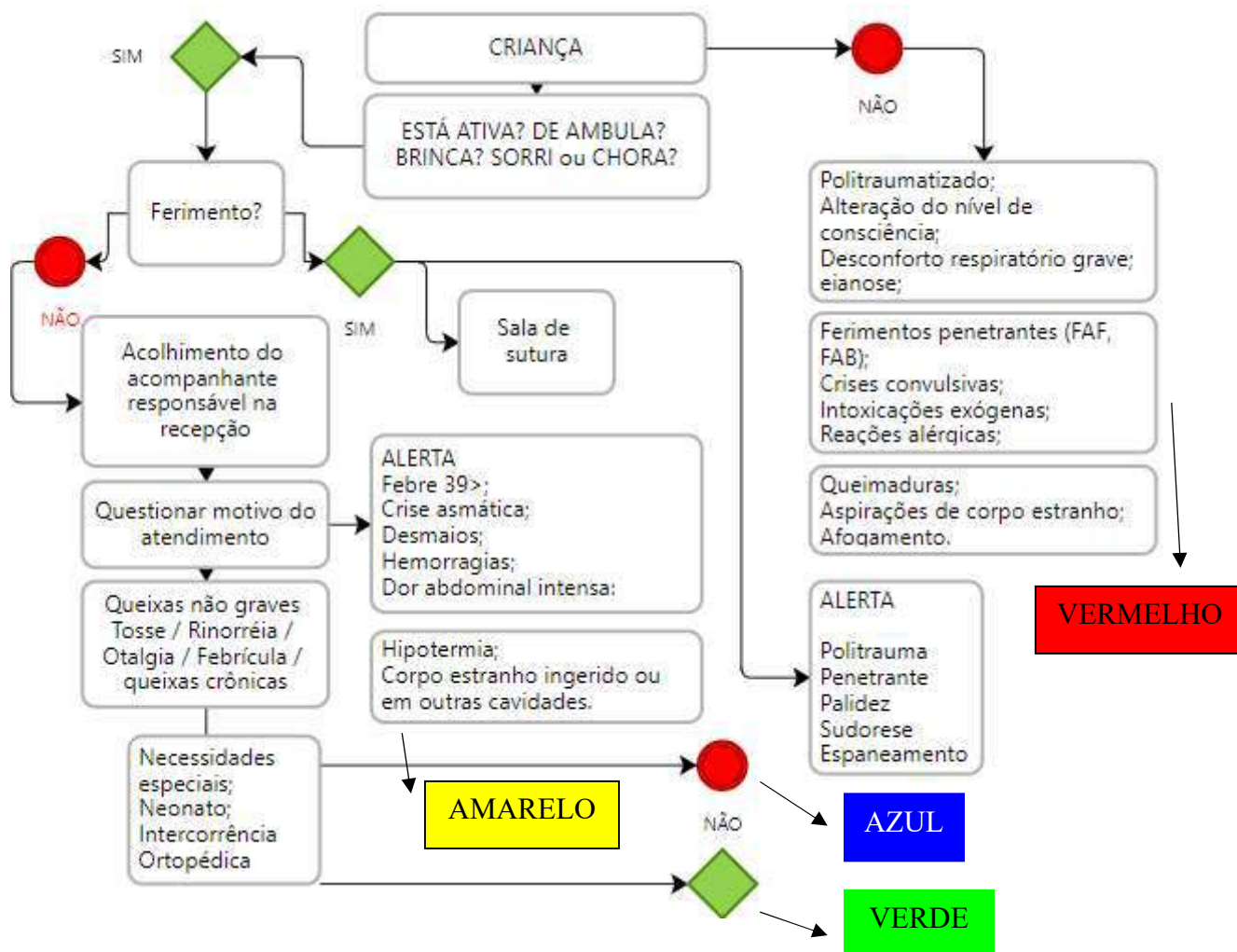
- Crianças portadoras de necessidades especiais;
- Neonatos;
- Intercorrências ortopédicas (entorse, suspeita de fraturas, luxações)

Crianças com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura, onde se inicia a medida de limpeza da ferida pela funcionária do setor enquanto o aguarda pelo médico para realização da sutura.

RISCO AZUL

Demais condições não agudas ou queixas sem evidente gravidade imediata, serão atendidas pelo Pronto Atendimento Infantil por ordem de chegada, tais como demanda por puericultura ou dúvidas.

Fluxo de Classificação de risco infantil



PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
EMERGENCIA	URGÊNCIA	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATÓRIO
Politraumatismo; TCE Queimaduras grandes; Coma ou alteração de consciência; Lesão de coluna vertebral; Desconforto respiratório grave; Dor no peito + falta de ar + cianose; Vômito + perda de consciência ou dor torácica por + de 30 dias; Perfuração no peito, abdome ou cabeça; Crise convulsiva; Intoxicação exógenas ou tentativa de suicídio; Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas); Parada cardiorrespiratória; Alterações de SSVV + sintomas Hemorragias não controláveis; Fraturas; ferimentos (cortes).	Cefaleia intensa de início súbito; Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; História de convulsão; Dor torácica intensa; Crise asmática ou dor de ouvido moderada a grave; Dor abdominal sem alteração de sinais vitais; Diabético + sudorese, alteração de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia; Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; História recente de melena ou hematêmese ou entorragia; Epistaxe; Dor forte de qualquer natureza; Sangramento vaginal com dor abdominal; Náuseas, vômitos e diarreia persistente	Idade superior a 60 anos; Pacientes escoltados; Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; Asma fora de crise; Enxaqueca; Dor de ouvido moderada a grave; Dor abdominal sem alteração de sinais vitais; Sangramento vaginal sem dor abdominal; Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abscessos; Distúrbios neurovegetativos; Lombalgia intensa; Intercorrências ortopédicas; Gastroenterite Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abscessos; Distúrbios neurovegetativos	Queixas sem alterações agudas; Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de Benzilpenicilina

Hiper ou hipoglicemias (diagnosticadas); Parada cardiorrespiratória; Fraturas; ferimentos (cortes).	sinais de desidratação grave; Febre alta (39/40°) Luxações, entorse + dor intensa; Acidentes por animais; Broncoespasmo	Lombalgia intensa; Intercorrências ortopédicas; Gastroenterite.	
SALA VERMELHA EMERGENCIA	SALA AMARELA ATENDIMENTO MÉDICO	VERDE ENCAMINHAMENTO	SALA AZUL AGENDAMENTO EM UBS, PSF

Dicionário de Queixas e Sintomas

A	
Abuso sexual, vítimas de violência	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (FC < 50 ou > 140; PA Sistólica < 90 ou > 240; PA Diastólica > 130; Taxilar < 35 ou > 40°C)	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (Pulso > 140 ou < 45; PA Diastólica > 130 mmHg; PA Sistólica < 80 mmHg; FR > 34 ou < 10)	VERMELHO
Abscessos	VERDE
Alterações Agudas de Comportamento – Agitação, Letargia ou Confusão Mental	AMARELO

Asma fora da crise	VERDE
Anafilaxia ou Reações Alérgicas associadas a insuficiência respiratória	VERMELHO
Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h	VERMELHO
Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes)	AMARELO
Avaliação de resultados de exames	AZUL
Atestados médicos	AZUL
Aspiração	VERMELHO
B	
Comprometimento da Coluna Vertebral	VERMELHO
Crises Convulsivas (inclusive pós-crise)	VERMELHO
Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos	AMARELO
Crise Asmática	AMARELO
Contusão pulmonar	VERMELHO
Curativos	AZUL
C	
Deambulação, impossibilidade de	VERDE
Doadores de sangue	VERDE
Diarreia e vômitos sem sinais de desidratação	VERDE
Diarreia e náuseas / vômitos persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alterações de sinais vitais	AMARELO
Dor no peito associado à falta de ar e cianose	VERMELHO
Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso	VERMELHO
Dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda da consciência, com história anterior	VERMELHO

de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes	
Distúrbios Metabólicos – (hipo ou hiperglicemia)	VERMELHO
Diminuição do Nível de Consciência	AMARELO
Dor torácica intensa	AMARELO
Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia	AMARELO
Desconforto respiratório grave	VERMELHO
Desmaios	AMARELO
Distúrbios metabólicos – complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia)	VERMELHO
Distúrbios neurovegetativos	VERDE
Dor abdominal sem alteração de sinais vitais	VERDE
Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre)	AMARELO
Deficientes físicos	VERDE
Dor de ouvido moderada a grave	VERDE
D	
Estado mental alterado ou em coma ECG entre 12 e 10	VERMELHO
Estados de pânico, overdose	AMARELO
Epistaxe com alteração de sinais vitais	AMARELO
Escoltados	VERDE
Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca	VERDE
Entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
Envenenamento – intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12	VERMELHO
E	
Febre em imunodeprimidos	AMARELO
Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões	VERMELHO
Fraturas da 1ª e 2ª costela	VERMELHO

Fraturas 9 ^a , 10 ^a , 11 ^a costela ou mais de três costelas	VERMELHO
Febre alta (39/40° C)	AMARELO
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa	AMARELO
Ferimentos para sutura	VERDE
Fraturas – Lesão de membros com desalinhamento	VERMELHO
F	
Gestantes com complicações da gravidez	AMARELO
Gravidez confirmada ou suspeita	VERDE
G	
Hipo ou hiperglicemia – complicações de diabetes	VERMELHO
Hemorragias não controláveis	VERMELHO
História de convulsão sem alteração da consciência	VERDE
História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas	AMARELO
História recente de melena ou hematêmese ou entorragia com PA sistólica < 100 ou FC > 120	AMARELO
H	
Infecções graves- febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência	VERMELHO
Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12	VERMELHO
Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow 15	AMARELO
Insuficiência respiratória: saturação < 90% + taquicardia, bradicardia, incapacidade de falar, confusão mental	VERMELHO
Imunodeprimidos com febre	AMARELO
Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
Inalação de fumaça – Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios	VERMELHO

I	
Lombalgia intensa	VERDE
J	
Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas	VERMELHO
Neurovegetativos, distúrbios	VERDE
K	
Óbitos no local da ocorrência	VERMELHO
Ortopédicas – intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
L	
Politraumatizado grave – lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12	VERMELHO
Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais	AMARELO
Parada cardiorrespiratória	VERMELHO
Pacientes escoltados	VERDE
Pacientes doadores de sangue	VERDE
Perfurações no peito, abdome e cabeça	VERMELHO
M	
Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios	VERMELHO
Quedas – forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões	VERMELHO
Queixas crônicas sem alterações agudas	AZUL
N	
Requisições ou trocas de receitas médicas	AZUL
Resultado de exames	AZUL
O	
Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor	VERDE

abdominal leve	
Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais	AMARELO
P	
Trauma Crânio Encefálico grave (ECG < 12 – Glasgow < 10)	VERMELHO
Trauma Crânio Encefálico leve (ECG entre 13 e 15)	AMARELO
Trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos	AZUL
Q	
Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação	VERDE
Vômitos em paciente diabético, associado a sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, taquipnéia e taquicardia	AMARELO
Vômitos / Náuseas e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alterações de sinais vitais	AMARELO

Fluxograma para Atendimento de Síndrome Gripal/Covid 19

Medidas adicionais a serem adotadas até o 10º dia completo do início dos sintomas nos casos de suspensão do isolamento a partir do 7º dia:

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público (profissionais de saúde devem utilizar PFF2/N95).
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da covid-19, como também locais com aglomerações de pessoas.
- Não frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares; e evitar comer próximo a outras pessoas tanto em casa como no trabalho, por pelo menos 10 dias completos após o início dos sintomas.
- Não viajar durante o seu período de isolamento. No caso de interromper o isolamento antes do 10º dia do início, orienta-se fazer o teste RT-PCR ou TR-Ag e só viajar se o resultado for não detectado/não reagente e caso esteja sem sintomas antes da viagem. Caso não seja possível realizar o teste, orienta-se adiar a viagem por pelo menos 10 dias a contar do início dos sintomas.

Solicitação de exames laboratoriais bioquímicos e de imagem, ficam a critério médico, após a avaliação clínica do caso.

Definição de Contato: É qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até os dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado em sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado em assintomático). Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento, monitoramento de contatos e quarentena, deve-se considerar o contato próximo a pessoa que:

- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;
- Teve um contato físico direto (ex.: apertando as mãos) com um caso confirmado;
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de Covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPI danificados;

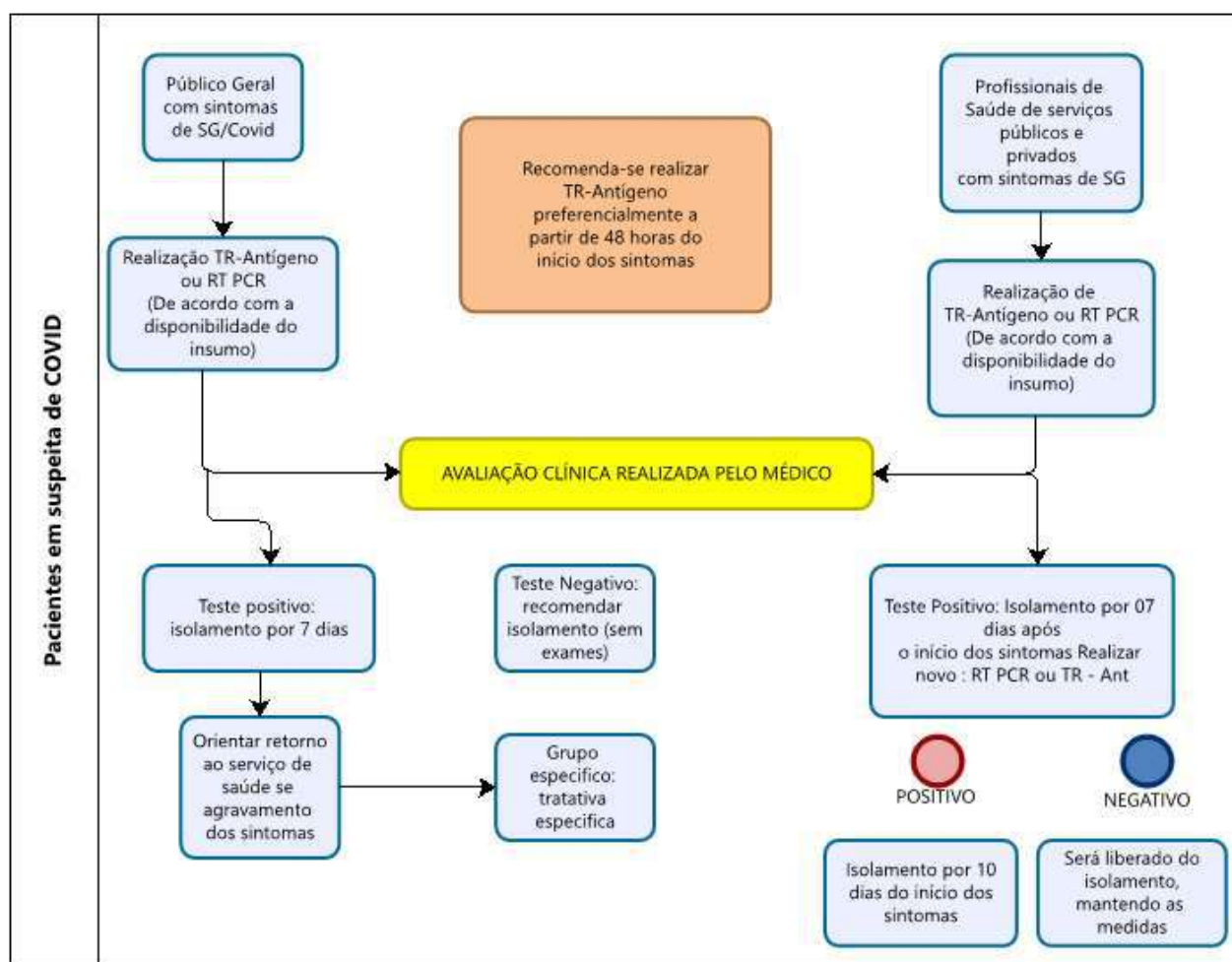
- É contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros) de um caso confirmado.

Todos os casos devem ser encerrados no sistema e-SUS Notifica:

- SG que não realizou testagem associada ou caso com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente com perda de olfato ou perda de paladar: encerrar como caso confirmado de covid-19 por critério clínico;
- SG que não realizou testagem ou caso com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente e teve contato próximo com caso de covid-19 nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas: encerrar como caso confirmado de covid-19 por critério clínico-epidemiológico;
- SG que não realizou testagem e não cumpre critérios para confirmação clínica ou clínicoepidemiológica: encerrar como SG não especificada.
- SG com RT-PCR ou TRA detectável/reagente: encerrar como confirmado por covid-19 por critério laboratorial.
- SG com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente e que não cumpre definição para outros critérios de confirmação: encerrar como SG não especificada.
- SG para a qual foi identificado outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção OU Confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável: encerrar como caso descartado.

Triagem da Equipe de Enfermagem para Identificação de Sg/Covid-19

Definição de Síndrome Gripal (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: devem-se considerar também critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes. NOTIFICAR no e-SUS - <https://notifica.saude.gov.br/>



Observação: para profissionais de saúde que sejam servidores públicos municipais realizar a testagem do 7º dia na unidade. Na ausência de testes o isolamento deverá seguir até o 10º dia.

Atenção! Contato de caso confirmado de covid-19 Recomenda-se quarentena aos contatos próximos dos casos de COVID-19. A quarentena poderá ser suspensa após o 7º dia desde que o contato seja testado e o resultado do TR-Antígeno, realizado no 7º dia de quarentena, seja não reagente. O indivíduo poderá retornar às suas atividades no 8º dia e o monitoramento dos sinais e sintomas deve ser continuado por mais 7 dias com manutenção de medidas gerais de prevenção e controle reforçadas os contatos que sejam profissionais de saúde de serviços públicos municipais e servidores públicos municipais poderão realizar a testagem na Unidade (de acordo com a disponibilidade do insumo). Importante: Contatos que apresentarem sintomas deverão ser manejados como suspeitos de Síndrome Gripal.

No caso de suspeita de SG por Influenza: - Realizar diagnóstico clínico;
-Iniciar Oseltamivir para os pacientes com condições e fatores de risco¹ -

Orientações sobre sinais de atenção. -Afastamento por 7 dias a contar a partir do início dos sintomas ou afastamento até que o indivíduo esteja há 24h sem febre e com remissão dos sintomas respiratórios.

Atenção ao período de sazonalidade para arboviroses e leptospirose. Em caso de febre e dor de cabeça sem sintomas respiratórios e de acordo com a situação epidemiológica/deslocamentos, realizar teste rápido para dengue e questionar exposição a água de enchente/lama. Seguir os fluxos definidos para esses agravos.

Atendimento a Pacientes Vulneráveis

Objetivo

Regulamentar e assegurar a prioridade de atendimento a pacientes vulneráveis de acordo com o perfil de clientes da instituição baseado na Lei Federal nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, do Congresso Nacional que determina prioridade de atendimento.

Definições

Pacientes vulneráveis:

- Pacientes com Risco de suicídio
- Pacientes com deficiência
- Pacientes privados de liberdade
- Pacientes com câncer
- Pacientes com transtornos mentais
- Pacientes que fazem uso de drogas
- Pacientes Imigrantes
- Pacientes vítimas de abuso
- Pacientes Imunodeprimidos
- Pacientes em Isolamento

Pacientes Externos

Atendimento de Pacientes Vulneráveis na Emergência

- Devem ter prioridade de atendimento, na emergência e no pronto Atendimento, com exceção em casos de gravidade clínica de outros pacientes;

- Mediante necessidade de permanecer em atendimento na emergência ou pronto atendimento, bem como, após sua internação, nesses setores, deve ser permitido um acompanhante por 24 horas, estas orientações devem ser fornecidas pelo enfermeiro responsável das salas e liberadas, mediante avaliação dos mesmos;
- Os pacientes que estiverem internados na emergência e/ou no Pronto atendimento, com liberação clínica para transferência para unidade de internação devem ter prioridade de recebimento de leito em relação aos demais pacientes.
- Atendimentos Ambulatorial, CDI (exames eletivos) e Laboratório. Nestes setores os pacientes vulneráveis devem ter prioridade de atendimento em relação aos demais.

Paciente Interno

- Pacientes em Terminalidade deverá ser oferecido tratamento diferenciado, como Isolamento social, em caso de acomodação semi-privativa, acompanhamento dos familiares, bem como, a liberação do período de visitas com objetivo de prestar uma assistência humanizada.

Informamos que o ANEXO V possui o aprofundamento de todos os protocolos de classificação de riscos necessários ao desenvolvimento das atividades previstas no Termo de referência.

7. PROTOCOLOS CLÍNICOS

7.1 Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil das unidades.

O IDEAS, visando o pleno atendimento do requisito exigido pelo Edital, apresente os seguintes anexos correspondentes aos Protocolos Assistenciais necessários ao desenvolvimento das atividades da unidade de saúde, que representam os seguintes:

ANEXO V – Manual de Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco

O manual corresponde à sistemática de acolhimento humanizado dos pacientes considerando todos os aspectos operacionais, **contendo 49 (quarenta e nove)** protocolos implantados nas unidades de gestão do IDEAS, conforme os seguintes itens:

- PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO
- OBJETIVOS
- RECLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- FLUXO DE ATENDIMENTO
- PRIORIDADES DE ATENDIMENTO
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
- CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE IDOSO
- PARÂMETROS UTILIZADOS NO PROTOCOLO
- TEMPERATURA
- PRESSÃO ARTERIAL
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO
- GLICEMIA
- AVALIAÇÃO DA DOR
- AVALIAÇÃO DO RISCO DE SEPSE
- FORMULÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
- AGRESSÃO FÍSICA
- ALTERAÇÕES GLICÊMICAS

- COMPORTAMENTO SUICIDA
- CORPO ESTRANHO
- CONVULSÕES
- CRISES PSIQUIÁTRICAS
- DESMAIO
- DIARREIA E/OU VÔMITOS
- DISPNEIA
- DOR ABDOMINAL
- DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR
- CEFALÉIA
- DOR DE OUVIDO OU GARGANTA
- DOR TESTICULAR OU ANAL
- DOR TORÁCICA
- ERUPÇÃO CUTÂNEA/ALERGIA
- FERIDAS E ABSCESSOS
- MAL-ESTAR
- GRAVIDEZ
- INTOXICAÇÃO/ENVENENAMENTO
- MORDEDURAS OU PICADAS
- PALPITAÇÕES
- QUEIMADURAS
- QUEDAS
- PAIS PREOCUPADOS PROBLEMAS DENTÁRIOS
- PROBLEMAS OCULARES
- PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
- PROBLEMAS URINÁRIOS
- RECÉM-NASCIDO
- SANGRAMENTO
- SITUAÇÕES DE BAIXA COMPLEXIDADE
- TRAUMA DE CRÂNIO

- TRAUMA GERAL

ANEXO VI – Manual de Procedimentos Operacionais Padrão das Atividades Assistenciais (Enfermagem e Equipe Multidisciplinar).

O manual apresentado corresponde a todos os protocolos assistenciais a serem realizados pelas equipes de enfermagem e multidisciplinar, **compreendendo 89 (oitenta e nove)** protocolos padrões implantados nas unidades de gestão do IDEAS, conforme listagem:

- PROTOCOLO ENFERMAGEM
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA TÓPICA
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL
- APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRADÉRMICA
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR TÉCNICA EM Z
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA VENÓCLISE PUNÇÃO
- RETIRADA DE INSERÇÃO DE VENÓCLISE
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA NASAL
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA OCULAR
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBLINGUAL
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SONDA NASOGÁSTRICA OU
- NASOENTERAL
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA NEBULIZAÇÃO

- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA VENÓCLISE PREPARO DE SORO

- APLICAÇÃO DE BOLSA DE ÁGUA QUENTE
- CÁLCULO DE GOTEJAMENTO DE SORO
- TABELA PARA CONTROLE DE GOTEJAMENTO DE SORO
- DESINFECÇÃO DE MACAS, CADEIRAS DE RODAS, HAMPER, SUPORTE DE SORO

- AUXÍLIO MÉDICO AO PROCEDIMENTO DE SUTURA
- ADMISSÃO DE PACIENTE COM PROCESSO DE INTERNAÇÃO ADULTO PARA OBSERVAÇÃO 37

- CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINA
- CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININA
- PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA PARA COLETA DE SANGUE
- COLETA DE URINA E UROCULTURA
- TESTE GLICÊMICO
- DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINARIA MASCULINA
- MUDANÇA DE DECÚBITO
- ASPIRAÇÃO DE CÂNULA TRAQUEAL
- CURATIVO SIMPLES
- CURATIVO EM FERIMENTO CORTE-CONTUSO
- CURATIVO EM PÉ DIABÉTICO
- CURATIVO EM QUEIMADURA DE 1º E 2º GRAU
- POSIÇÃO E TIPOS DE DECÚBITO
- CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO E FEMININO
- LAVAGEM GÁSTRICA
- ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
- ALTA DE PACIENTE
- AVALIAÇÃO PUPILAR
- ELETROCARDIOGRAMA
- REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR _ SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
- PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

- PASSAGEM DE PLANTÃO
- REMOÇÃO DE SONDA VESICAL DE DEMORA
- CUIDADOS COM O DRENO DE TÓRAX
- RETIRADA DE VENÓCLISE
- RETIRADA DE PONTO
- LAVAGEM INTESTINAL
- CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA
- CONFERÊNCIA DA CAIXA DE PSICOTRÓPICO
- ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA 7
- IRRIGAÇÃO VESICAL
- MONITORIZAÇÃO CARDÍACA
- ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SEGURANÇA DO PACIENTE
- SEGURANÇA DO PACIENTE IDENTIFICAÇÃO NO LEITO
- PROTOCOLO CLÍNICO
- PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
- O ABCD SECUNDÁRIO:
- O ECG / BRADIARRITMIAS
- DOR TORÁCICA
- INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
- CRISE HIPERTENSIVA/ EDEMA AGUDO DE PULMÃO
- EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS DEFINIÇÕES E DILEMAS
- EPIDEMIOLOGIA
- TAQUIARRITMIAS
- EMERGÊNCIAS NEUROLÓGICAS
- PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA
- O EXAME NEUROLÓGICO DO PACIENTE EM COMA
- PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALÉIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA
- SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA
- VENTILAÇÃO MECÂNICA

- ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMATIZADO
- VIAS AÉREAS
- CHOQUE NO TRAUMATIZADO
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CHOQUE TRAUMATIZADO
- TRAUMA TORÁCICO
- TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
- TRAUMA RAQUIMEDULAR ATENDIMENTO INICIAL
- TRAUMA MUSCULO ESQUELÉTICO
- ABDOME AGUDO SEPSE
- TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO
- DIARREIA
- PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE
- ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE GRAVE NAS
- DENGUE
- GRIPE (H1N1) E COVID-19

ANEXO VII – Manual de Protocolos Clínicos (Corpo Clínico)

O manual apresentado corresponde a todos os protocolos assistenciais a serem realizados pela equipe médica, **compreendendo 279 (duzentos e setenta e nove)** protocolos padrões implantados nas unidades de gestão do IDEAS, conforme listagem:

- ANESTESIA.
- ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA
- POLITRAUMATISMO
- POLITRAUMATIZADO I
- POLITRAUMATIZADO II
- ESCORE DE TRAUMA ADULTO
- ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO
- ESCALA DE COMA DE GLASGOW
- POLITRAUMATISMO - CONDUTA IMEDIATA
- CHOQUE: - DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO

- HIPOVOLÊMICO I
- HIPOVOLÊMICO II ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUÍDOS OU SANGUE NO PACIENTE ADULTO
- REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE E NO PACIENTE CARDIOPATA
- RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
- CHOQUE PERSISTENTE
- TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)
- RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO
- TCE LEVE MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA
- TCE LEVE (GLASGOW 15 A 14) EM LACTENTES
- TCE MODERADO (GLASGOW 13 A 9)
- TCE GRAVE (GLASGOW 8 A 3)
- TRAUMATISMO ABDOMINAL – AVALIAÇÃO E RESSUSCITAÇÃO INICIAL TRAUMATISMO DE FACE PARTES MOLES E FRATURA I - RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE
- TRAUMATISMO DE MÃO
- PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR
- ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS.
- ESCORES DE TRAUMA
- ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS ORGAN INJURY SCALE)
- SISTEMA LOCOMOTOR (ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA)
- ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA
- MONOARTRITE AGUDA
- POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS
- LOMBALGIA AGUDA
- LOMBALGIA POSTURAL

• REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS
REUMATOLÓGICOS

- LUXAÇÃO DO OMBRO
- ENTORSE DO JOELHO
- ENTORSE DE TORNOZELO
- TORCICOLO
- SISTEMA VASCULAR
- URGÊNCIAS VASCULARES
- TRAUMAS VASCULARES
- TROMBOEMBOLIA ARTERIAL
- TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)
- PÉ DIABÉTICO
- ANEURISMAS
- SISTEMA CARDIOVASCULAR
- PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
- ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE

COM:

- ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO
- ASSISTOLIA
- BRADIARRITMIA
- TAQUICARDIA VENTRICULAR
- TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL
- TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS

ESTREITO

- DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO
- EDEMA AGUDO DE PULMÃO
- CRISE HIPERTENSIVA
- SISTEMA RESPIRATÓRIO
- ANAFILAXIA
- URTICÁRIA E ANGIOEDEMA
- ASMA

- ANGINAS
- OTALGIAS
- SINUSITE
- SURDEZ SÚBITA
- TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA
- CORPO ESTRANHO
- ROLHA CERUMINOSA
- EPISTAXE.
- LABIRINTITE AGUDA
- PNEUMONIAS
- PNEUMONIAS I E II
- PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES
- PNEUMONIA HOSPITALAR
- EMBOLIA PULMONAR:
- TERAPÊUTICA
- MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUTIDA POR HEPARINA.
- ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MACIÇO
- ALGUNS ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA
- VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO
- ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO
- DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA
- VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO
- VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
- VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO
- ADULTO (SDRA) E CHOQUE SÉPTICO
- LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) / SDRA
- CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO

- MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR NO ADULTO
- HIPERCAPNIA MANEJO FISIOTERÁPICO
- SISTEMA DIGESTÓRIO
- DOR ABDOMINAL AGUDA
- CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA
- ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL AGUDA.
- OBSTRUÇÃO INTESTINAL
- ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS
- ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO - DIAGNÓSTICO E

TRATAMENTO

- PERITONITES
- DIARREIA AGUDA
- DIARREIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS
- PANCREATITE AGUDA I E II
- ICTERÍCIA
- COLANGITE
- INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA
- ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA
- HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I, II E III
- HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA
- HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA
- HEMATOQUEZIA
- MELENA
- INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO
- INGESTÃO DE CÁUSTICOS
- ASCITE NO PRONTO-SOCORRO
- TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA
- ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA
- DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS
- ABSCESSO ANORRETAL
- DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA

- FISSURA ANAL IDIOPÁTICA
- HEMORROIDAS
- FECALOMA
- VOLVO
- 9- SISTEMA GENITOURINÁRIO
- INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
- INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO
- INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO
- CÓLICA URETERAL
- HEMATÚRIA
- HEMATÚRIA MACIÇA
- ANURIA OBSTRUTIVA
- RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA
- PRIAPISMO
- PARAFIMOSE
- ESCROTO AGUDO
- TRAUMA RENAL
- TRAUMA URETRAL
- TRAUMA VESICAL
- FRATURA PENIANA
- TRAUMA GENITAL
- FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS
- TRAUMA DE TESTÍCULO
- SAÚDE DA MULHER
- CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE
- CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO
- ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
- PARTO E NASCIMENTO
- GESTAÇÃO PROLONGADA
- TRABALHO DE PARTO

- CONDOTA NA AMNIOREXE PROLONGADA
- PLACENTA PRÉVIA
- PRÉ-ECLÂMPsia GRAVE
- ECLÂMPsia
- ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO.
- DROGAS NO ATENDIMENTO AO RN.
- SISTEMA NERVOSO
- DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA
- ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR AGUDA
 - ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA
 - ESTADO DE MAL EPILÉPTICO (EME)
 - TRATAMENTO - ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRAATÁRIO
 - ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILÉPTICA NA EMERGÊNCIA
- ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO
 - DROGAS
 - ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE
 - DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA
 - TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
 - ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA
 - ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA
- QUEIXA DE CEFALIA
- INFECÇÃO INTRACRANIANA (SUSPEITA); AVALIAÇÃO E TRATAMENTO
 - FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA
 - SAÚDE MENTAL
 - ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL
 - PACIENTE VIOLENTO
 - GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

- SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS
- QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL
- OLHO E ANEXOS
- TRAUMAS QUÍMICOS
- LACERAÇÕES OCULARES
- CORPOS ESTRANHOS CONJUNTIVAIIS OU CORNEANOS
- TRAUMA OCULAR
- OLHO VERMELHO
- UVEÍTES
- DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA
- ABRASÕES CORNEANAS
- ÚLCERA DE CÓRNEA
- GLAUCOMA
- TUMOR PALPEBRAL
- CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO, CELULITE ORBITÁRIA, DACRIOCISTITE)
- CONJUNTIVITE BACTERIANA
- CONJUNTIVITE VIRAL
- CONJUNTIVITE POR HERPES SIMPLES
- CONJUNTIVITE ALÉRGICA
- CONJUNTIVITE PRIMAVERIL / ATÓPICA
- HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL
- HORDÉOLO / CALÁZIO
- BLEFARITES E ESPISCLERITES
- SISTEMA ENDÓCRINO
- HIPERCALCEMIA
- CRISE TIREOTÓXICA
- COMA MIXEDEMATOSO - ABORDAGEM E TRATAMENTO
- HIPOGLICEMIA
- CETOACIDOSE DIABÉTICA

- ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO
- INSUFICIÊNCIA ADRENAL
- SISTEMA HEMATOLÓGICO
- CRISE FALCÊMICA
- TRANSFUSÃO SANGUÍNEA
- TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS
- TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)
- TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO
- INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS
- REAÇÕES TRANSFUSIONAIS
- REAÇÕES FEBRIS
- REAÇÃO ALÉRGICA
- REAÇÕES HEMOLÍTICAS
- NEUTROPENIA FEBRIL I
- NEUTROPENIA FEBRIL II
- CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO
- COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA
- DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS
- HIPONATREMIA I E II
- HIPOCALEMIA I E II
- HIPERCALEMIA I E II E III
- HIPERMAGNESEMIA
- HIPOMAGNESEMIA
- DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS NO RN
- DISTÚRBIOS DO CÁLCIO NO RN
- DISTÚRBIOS DO SÓDIO NO RN
- DISTÚRBIOS DO MAGNÉSIO NO RN
- DISTÚRBIOS DA GLICEMIA NO RN
- PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO
- PIODERMITES

- CELULITE E ERISPELA
- FURÚNCULO
- HERPES VÍRUS: SIMPLES E ZOSTER
- ECTIMA
- REAÇÕES HANSÊNICAS
- NEURITE HANSÊNICA
- ERITEMA NODOSO HANSÊNICO
- DOENÇAS INFECCIOSAS
- DOENÇA MENINGOCÓCICA
- LEISHMANIOSE VISCERAL
- DENGUE DIAGNÓSTICO E CONDUTA
- HANTAVIROSE - SÍNDROME CARDIOPULMONAR
- CUIDADOS INTENSIVOS NA CRIANÇA - ALGUNS ASPECTOS
- ESTADO DE MAL CONVULSIVO
- CRISE EPILÉTICA AGUDA - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
- UTI PEDIÁTRICA
- HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO
- CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO
- NORMAS PARA ALTA
- NORMAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES
- DRENAGEM TORÁCICA FECHADA
- SEDAÇÃO E ANALGESIA NOS PACIENTES INTERNADOS EM U.T.I. PEDIÁTRICA
- INTOXICAÇÃO EXÓGENA
- ABORDAGEM INICIAL
- ATENDIMENTO INICIAL INTRA-HOSPITALAR
- SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS
- EFEITOS DAS TOXINAS
- ANAMNESE E EXAME FÍSICO
- BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO
- DESCONTAMINAÇÃO

- DESCONTAMINAÇÃO GASTROINTESTINAL.
- - INDUÇÃO DA EMESE
- - LAVAGEM GÁSTRICA.
- CATÁRTICOS
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
- ADSORVENTES
- MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO
- ANTÍDOTOS
- ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA
 - ENVENENAMENTO
 - PROCEDIMENTOS RELATIVOS À DECLARAÇÃO DE ÓBITO
 - ACIDENTE DE TRABALHO
 - EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO
 - MEDICAMENTOS DROGAS VASOATIVAS
- DROGAS INFORMAÇÕES GERAIS

ANEXO VIII – Manual de Protocolos Clínicos e Terapêuticos Médico e Assistencial e Procedimento para Áreas de Apoio.

O manual apresentado corresponde a todos os protocolos assistenciais a serem realizados pelas equipes médica, de enfermagem e multidisciplinar, **compreendendo 27 (vinte e sete)** protocolos padrões implantados nas unidades de gestão do IDEAS, conforme listagem:

- MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
 - PROTOCOLO DOS SERVIÇOS MÉDICOS
 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA
 - PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

- PROTOCOLO PARA MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO GERAL

- PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES - SETOR DE FARMÁCIA

- ATIVIDADE DE APOIO
- FARMÁCIA CLÍNICA
- FISIOTERAPIA
- FONOAUDIOLOGIA
- PSICOLOGIA
- ODONTOLOGIA
- TERAPIA OCUPACIONAL
- PROPOSTA DE ATUAÇÃO NA NUTRIÇÃO CLÍNICA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS - ANATOMOPATOLOGIA

- HEMOTERAPIA
- CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO
- SERVIÇO DE HOTELARIA
- LAVANDERIA
- MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DO SERVIÇO DE LIMPEZA E

HIGIENIZAÇÃO

- SEGURANÇA PATRIMONIAL
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE - REGISTROS

ELETRÔNICOS

- MANUAL DE FATURAMENTO
- ARQUIVO DE PRONTUÁRIO DE USUÁRIO (SAME)
- PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO
- MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA CONTROLE PATRIMONIAL E FUNCIONAMENTO DO ALMOXARIFADO

Informamos que toda a estrutura operacional para implementação dos protocolos e políticas estarão de acordo com o cronograma da execução do Plano de Trabalho, conforme exigido no Edital.

8. Outras iniciativas

8.1 Outras iniciativas e programas de Qualidade

O instituto irá implementar 10 programas de qualidade para o Hospital Regional São Vicente de Paula. Estabelecemos um conjunto abrangente de programas para a excelência contínua no pronto atendimento. Essas iniciativas abordam desde o acolhimento inicial até a gestão da unidade, sempre com foco na segurança do paciente, eficiência operacional e humanização do cuidado.

10 Programas de Qualidade

1. Programa "Acolhimento com Humanização e Agilidade"

Este programa visa otimizar o fluxo de chegada dos pacientes e aprimorar a primeira impressão, garantindo um acolhimento empático e uma triagem rápida.

Objetivo: Reduzir o tempo de espera percebido, qualificar o primeiro contato e garantir a priorização correta dos pacientes.

Ações Chave:

Treinamento da equipe de recepção e enfermagem em comunicação empática e Protocolo de Classificação de Risco (Manchester).

Implementação de sistema de senhas e painéis informativos claros sobre o fluxo de atendimento.

Criação de um ambiente de espera mais confortável e informativo.

Indicadores: Tempo médio de espera para classificação de risco, tempo médio de espera para atendimento médico (por cor), taxa de satisfação no acolhimento.

2. Programa "Medicamento Certo, Paciente Seguro"

Focado na segurança do paciente durante todo o ciclo do medicamento, desde a prescrição até a administração, minimizando a ocorrência de erros.

Objetivo: Reduzir a incidência de erros de medicação e eventos adversos associados.

Ações Chave:

Implementação e/ou aprimoramento da prescrição eletrônica com alertas (alergias, interações).

Protocolo de dupla checagem obrigatória para medicamentos de alto risco.

Padronização de rotulagem e armazenamento de medicamentos (FIFO - primeiro que entra, primeiro que sai).

Treinamento contínuo da equipe sobre os "5 Certos" (paciente, medicamento, dose, via, hora).

Indicadores: Taxa de erros de medicação, taxa de eventos adversos relacionados a medicamentos, adesão à dupla checagem.

3. Programa "Ambiente Limpo, Cuidado Seguro" (Biossegurança e Controle de Infecção)

Visa garantir um ambiente físico da unidade seguro e livre de riscos de contaminação, prevenindo infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Objetivo: Reduzir as taxas de infecções hospitalares e garantir um ambiente de trabalho seguro para profissionais e pacientes.

Ações Chave:

Protocolos rigorosos de limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos, com checklist diário.

Monitoramento e auditoria da higiene das mãos da equipe (com feedback construtivo).

Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) com descarte correto e seguro.

Disponibilidade irrestrita de álcool em gel e sabonete antisséptico em todos os pontos de cuidado.

Indicadores: Taxa de adesão à higiene das mãos, taxa de IRAS (se aplicável para procedimentos específicos na unidade), conformidade com POPs de limpeza.

4. Programa "Integração Eficaz com a Rede de Saúde"

Foca na otimização da comunicação e dos fluxos de referência e contrarreferência entre a UPA, a Atenção Primária à Saúde (UBSs) e a Rede Hospitalar.

Objetivo: Assegurar a continuidade do cuidado, evitando sobrecarga desnecessária da unidade e garantindo o acesso ao nível de atenção adequado.

Ações Chave:

Criação de um Comitê de Integração Permanente (UPA-APS-Hospital-Secretaria de Saúde).

Padronização de protocolos de encaminhamento e contrarreferência com critérios claros.

Canais de comunicação direta entre os profissionais da unidade e das UBSs/Hospitais (teleconsultoria, grupos de discussão seguros).

Campanhas educativas para a população sobre o uso correto da rede de saúde.

Indicadores: Taxa de contrarreferência efetivada, tempo médio para obtenção de vaga regulada, taxa de encaminhamentos "inapropriados" para a unidade.

5. Programa "Gestão por Indicadores e Feedback Contínuo"

Transforma dados em inteligência para a tomada de decisão, promovendo uma cultura de melhoria contínua baseada em evidências.

Objetivo: Fornecer à gestão e às equipes informações claras e em tempo real sobre o desempenho da unidade, identificando oportunidades de melhoria.

Ações Chave:

Definição de KPIs estratégicos para a unidade (ex: tempo de permanência na unidade, taxa de resolatividade, produtividade por profissional, satisfação do paciente, custo por atendimento).

Implementação de painéis de Business Intelligence (BI) com dashboards interativos.

Reuniões periódicas de análise de resultados com as equipes, focadas em solução de problemas e planos de ação.

Sistema de feedback transparente para os colaboradores sobre o desempenho individual e coletivo.

Indicadores: Atingimento das metas dos KPIs, adesão à análise de dados, resultados de planos de ação.

6. Programa "Manutenção Preventiva e Calibração de Equipamentos"

Garante a funcionalidade e segurança dos equipamentos médicos e não médicos da unidade, essencial para um atendimento de urgência.

Objetivo: Assegurar a disponibilidade e o bom funcionamento de todos os equipamentos, prevenindo falhas e garantindo a segurança do paciente.

Ações Chave:

Criação de um cronograma rigoroso de manutenção preventiva (eletrocardiogramas, monitores, respiradores, camas, ar condicionado, etc.).

Calibração periódica de equipamentos de medição (esfigmomanômetros, termômetros, balanças) com empresas certificadas.

Registro eletrônico de todas as manutenções e calibrações, com histórico para cada equipamento.

Treinamento da equipe no uso correto e cuidados básicos com os equipamentos.

Indicadores: Taxa de equipamentos em funcionamento, tempo médio para reparo de equipamentos, taxa de quebras inesperadas.

7. Programa "Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional"

Investe na capacitação contínua da equipe, garantindo que os profissionais estejam sempre atualizados com as melhores práticas assistenciais e de gestão.

Objetivo: Manter a equipe altamente qualificada, motivada e atualizada com as diretrizes e tecnologias em saúde.

Ações Chave:

Programa anual de treinamento obrigatório (ex: Suporte Avançado de Vida, manejo de traumas, reanimação neonatal).

Workshops e seminários internos sobre temas relevantes para o pronto atendimento.

Incentivo à participação em cursos e congressos externos (com apoio financeiro em alguns casos).

Sessões de "Grand Rounds" ou discussão de casos clínicos complexos internamente.

Indicadores: Horas de treinamento por profissional, taxa de certificação/recertificação, participação em eventos científicos.

8. Programa "Saúde e Bem-Estar do Colaborador"

Reconhece que uma equipe saudável e motivada é fundamental para um atendimento de qualidade.

Objetivo: Promover um ambiente de trabalho saudável, reduzir o estresse e o burnout, e aumentar a satisfação e retenção dos colaboradores.

Ações Chave:

Grupos de apoio psicológico e acesso a serviços de saúde mental.

Programas de ergonomia e prevenção de lesões por esforço repetitivo (LER/DORT).

Espaços de descanso adequados e pausas programadas.

Palestras e ações de promoção da saúde (nutrição, atividade física, controle de estresse).

Canais de feedback e ouvidoria interna para queixas e sugestões dos colaboradores.

Indicadores: Taxa de absenteísmo, taxa de turnover, resultados de pesquisa de satisfação interna, número de afastamentos por saúde.

9. Programa "Otimização de Fluxos e Gestão da Capacidade"

Visa otimizar a passagem do paciente pela unidade, desde a entrada até a alta ou transferência, gerenciando eficientemente os recursos internos.

Objetivo: Reduzir o tempo de permanência na unidade, otimizar a utilização dos leitos de observação e agilizar a rotatividade.

Ações Chave:

Mapeamento detalhado dos fluxos internos (ex: tempo na triagem, tempo no consultório, tempo em observação).

Implementação de "Visual Management" (painéis visuais) para controle de leitos, exames pendentes e tempo de permanência.

Sessões de "Kaizen" ou melhoria contínua com as equipes para identificar e eliminar desperdícios no processo.

Protocolos de alta rápida e manejo de pacientes em observação.

Indicadores: Tempo médio de permanência na unidade, tempo médio de permanência em observação, taxa de ocupação dos leitos de observação, taxa de reatendimento em 24/48h.

10. Programa "Transparência e Participação da Comunidade"

Aumenta a confiança da população na unidade e colhe feedback valioso para a melhoria contínua, posicionando a unidade como um agente ativo na saúde local.

Objetivo: Fortalecer o relacionamento com a comunidade, aumentar a satisfação do usuário e obter subsídios para a melhoria dos serviços.

Ações Chave:

Criação de um Conselho Consultivo da Comunidade com representantes locais.

Implementação de uma Ouvidoria da unidade com canais acessíveis (telefone, e-mail, formulário físico/eletrônico).

Publicação regular de informações sobre o desempenho da unidade (indicadores gerais, tempo de espera médio, volume de atendimentos) em local visível na unidade e no site da prefeitura.

Realização de eventos abertos à comunidade para apresentar os serviços e ouvir sugestões.

Indicadores: Número de manifestações na ouvidoria, taxa de resolução de demandas, participação nos canais de feedback, resultados de pesquisa de satisfação do usuário.

A implementação desses 10 programas de qualidade será um marco para o Hospital Regional São Vicente de Paula, transformando-a em um modelo de excelência e referência para o sistema de saúde da macrorregião.

QUALIDADE SUBJETIVA

9. Percepção do usuário ao passar pela unidade de saúde

9.1 Informação aos usuários

Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um serviço que atua na defesa dos direitos e interesses dos usuários. Visa garantir eficiência e crescente compromisso com a assistência prestada, além de ampliar o espaço participativo do usuário nos processos de organização do trabalho Institucional.

O SAU é também responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário que, por meio de questionários disponibilizados, avalia a qualidade dos serviços prestados através da opinião dos usuários.

O SAU também disponibiliza o Serviço de Ouvidoria, Como o próprio nome já diz, a ouvidoria é um serviço destinado a ouvir, de maneira sistemática, as diferentes manifestações daqueles que se relacionam com a organização,

seja o público externo, os usuários de nossos serviços, ou público interno, nossos colaboradores.

A ouvidoria é um departamento que direciona suas ações, prioritariamente, na solução de problemas que não foram devidamente solucionados pelos meios tradicionais, porém, também visa receber sugestões, reivindicações ou até mesmo elogios.

Na prática o serviço deve ser compreendido como a última instância de resolução, que só vai ser acionada quando todos os outros departamentos falharem na tentativa de deixar os usuários e colaboradores satisfeitos, mas não só, o serviço ainda tem o papel de sistematizar os diferentes tipos de manifestações gerando informações de maneira a fundamentar ações para aprimorar a gestão e consequentemente o serviço prestado.

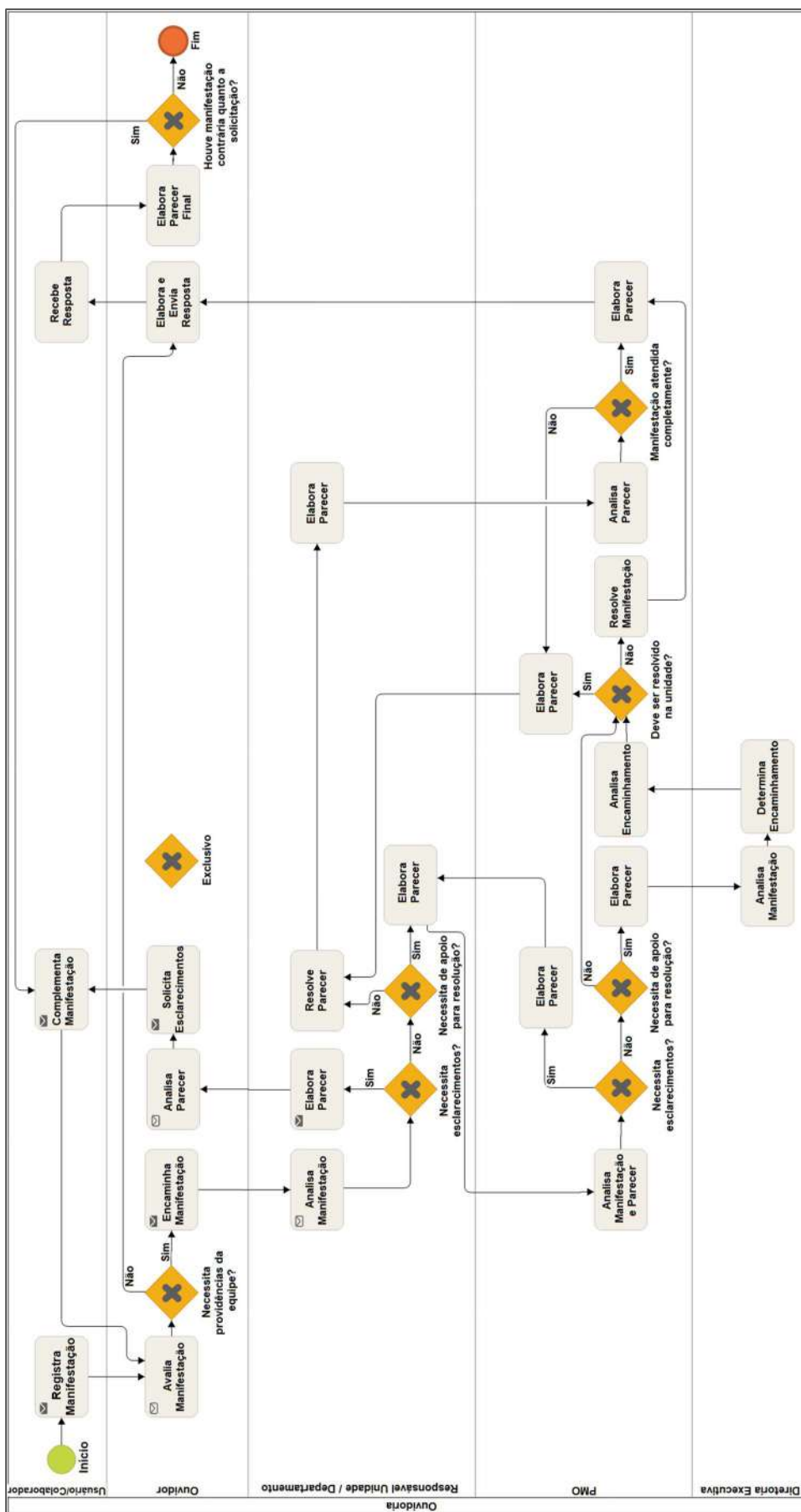
A implantação da ouvidoria busca disponibilizar à usuários e colaboradores, um instrumento que lhes permita se manifestar e serem ouvidos. Por força da lei 12.527 de 18 de novembro de 2011, a lei de acesso à informação, ter este instrumento em funcionamento é uma premissa fundamental para o pleno funcionamento do Instituto IDEAS, isto porque que a organização tem como foco prioritário de atuação a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, firmando contratos com o setor público.

Contudo, de outro lado, o fato de investir energia e recursos no serviço de ouvidoria, não se dá exclusivamente por força da lei, mas coaduna com missão e com os valores da própria organização, fundamentos que direcionam as atividades da equipe em busca de aprimoramento de seus processos internos de maneira participativa e consequentemente o aperfeiçoamento contínuo da qualidade do serviço oferecido à população.

Com a implantação do serviço de ouvidoria espera-se atingir os seguintes resultados:

- Dar rápida resolutividade a problemas que os usuários possam vir a ter em nossas unidades e setores;
- Reduzir drasticamente a quantidade de manifestações não atendidas, principalmente aquelas que podem ser facilmente resolvidas, evitando que se tornem problemas mais complexos;
- Monitorar ações exitosas e multiplicar práticas que geram impactos positivos;
- Garantir que problemas internos sejam identificados e solucionados;
- Evitar que problemas de responsabilidade da organização não sejam solucionados e atinjam a imagem de parceiros.

As diferentes manifestações serão triadas e acompanhadas por um profissional capacitado para este fim, denominado “Ouvidor”, sendo ele a referência para o cidadão para atendimento à sua demanda. Cabe ao Ouvidor prestar o devido esclarecimento nas situações em que a resposta à manifestação está dentro de sua competência. Porém, nos casos de maior complexidade, as manifestações serão direcionadas ao responsável direto da unidade de onde a manifestação é proveniente. Cabe aos responsáveis das unidades avaliarem se possuem condições de responder adequadamente à manifestação recebida e prestarem os devidos esclarecimentos ao Ouvidor, caso seja necessário poderão solicitar apoio ao Escritório de Projetos (PMO), que, por sua vez, poderá acionar a Diretoria Executiva. Os diferentes fluxos que as manifestações poderão percorrer, do recebimento à sua resolução, bem como a descrição dos responsáveis por cada etapa estão especificados na sistematização do processo apresentado a seguir:



Sistemática de monitoramento e garantia da qualidade da informação.

A implantação de sistema de informação é prioritária para o funcionamento dos serviços de saúde, a fim de trazer organização, otimização e agilidade ao processo de trabalho.

A implantação do sistema de informação é planejada para ser concluída em 30 dias, atendendo aos elementos descritos no edital, sendo trabalhado na sequência aperfeiçoamentos necessários ao serviço. Cabe destacar que o IDEAS já possui sistemas de informação em outras unidades que realiza gestão, bem como já realizou implantação de sistemas de informação no mesmo formato exigido neste edital.

Sobre o sistema de informação a ser utilizado na unidade, apresenta-se a seguir o cronograma de implantação do sistema, conforme módulos definidos no edital. A contratação do serviço seguirá termo de referência detalhado com a descrição de todos os elementos mínimos que devem atender.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Ação	Responsável	Implantação*		
		Início	Fim	Observação
Contratação de empresa especializada em programa de sistemas informatizados com as características previstas no Termo de Referência para aquisição do sistema de informação.	Suprimentos IDEAS / Setor de Contratos.	1º dia contrato	4º dia de Contrato.	Imediato ao início do contrato de gestão
Dimensionamento de equipamentos necessários segundo setores e atividades da unidade.	Empresa contratada com validação do IDEAS.	1º dia contrato	4º dia de Contrato.	Imediato à assinatura do contrato de serviço.
Instalação dos equipamentos necessários	Empresa terceirizada para locação dos equipamentos.	6º dia contrato	11º dia de Contrato.	Até 5 dias após assinatura do contrato de

				prestação com empresa especializada.
Assinatura do contrato com empresa especializada e início de implantação do sistema informatizado	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação.	6º dia de contrato	11º dia de Contrato.	Até 5 dias após assinatura do contrato com empresa especializada.
a. Parâmetros do Sistema;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação.	6º dia de contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada.
b. Laboratório;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação.	6º dia de contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada.
c. Configuração e Controle de Acesso;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no	6º dia de contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada.

	processo de implantação.			
d. Organização Estrutural;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
e. Gestão do Cadastro de Usuário da Saúde;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
f. Agenda de Consultas e Exames;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
g. Ambulatório;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada

	processo de implantação			
h. Demanda Espontânea;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
i. Farmácia/Almoxarifado;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
j. Consulta do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
k. Faturamento;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada

	processo de implantação			
I. Relatórios Gerenciais e Operacionais;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade no processo de implantação	6º dia contrato	16º dia de Contrato.	Até 10 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
Monitorar processo de implantação	Setor de tecnologia da informação da unidade	1º dia contrato	30º dia de Contrato.	A partir do início do processo de implantação
Prever treinamentos periódicos para manutenção do uso de todos os recursos que o sistema oferece.	Setor de tecnologia da informação da unidade e núcleo de educação permanente	1º dia contrato	30º dia de Contrato.	A partir da finalização do processo de implantação de todos os módulos

*Datas de implantação estimadas por dias contado a partir da assinatura do contrato de gestão.

Sobre a implantação do sistema de informação a empresa que será contratada para implantar o Sistema de Informação Hospitalar na unidade referida no projeto terá, via Organização Social, que apresentar comprovação de aptidão pertinente e compatível com o escopo da Unidade de Saúde, sendo assim, a empresa de Sistema de Informação deverá apresentar atestados de desempenho, emitido por entidade pública ou privada que comprovem conhecimento e experiência por parte da empresa a ser contratada.

A empresa deverá estar organizada e ter condições para exercer todas as tarefas técnicas e administrativas, que forem de sua responsabilidade, visando à execução dos trabalhos e de seus objetivos.

A Empresa do Sistema de Informação deverá apresentar atestados (ao menos um atestado por item) que atendam os seguintes requisitos mínimos:

- **GESTÃO CLÍNICA:** Atestados que comprovem que a Licitante implantou projetos de gestão clínica (Prontuário Eletrônico) em ambiente Hospitalar (Público ou Filantrópico);
- **PROPRIEDADE/ABRANGÊNCIA:** Declaração de ser detentora dos códigos fontes de todos os sistemas e módulos solicitados neste edital e consequentemente poder realizar qualquer adaptação necessária no mesmo para atender aos objetivos da Secretaria Estadual de Saúde.

O sistema deve possuir os seguintes módulos e funções:

a. Parâmetros do sistema

Área de Tecnologia da Informação deve permitir parametrizar o sistema de informação de acordo com os cadastros do sistema minimamente com os pontos a seguir:

O sistema deverá manter as informações sincronizadas aos cadastros da Administração, possibilitando que seus usuários obtenham informações operacionais e gerenciais, em tempo real, através de consultas e relatórios, visando a sustentação de ações rápidas e decisões estratégicas eficazes à melhoria contínua da Saúde Pública;

O sistema deverá ser disponibilizado em sua totalidade em idioma Português Brasileiro e conter recursos necessários para que a Administração Pública obtenha a gestão completa dos processos administrativos, operacionais e estratégicos inerentes ao objeto; Todos os módulos e funcionalidades do sistema deverão ser totalmente integrados, ou seja, todas as informações deverão ser atualizadas em tempo real, no momento de sua inserção, devendo possibilitar o controle dos processos hospitalares, com efetiva gestão dos atendimentos realizados de forma integrada com os atendimentos da atenção especializada, gerando um prontuário eletrônico unificado dos municípios;

O sistema deverá atender a legislação vigente, estando em conformidade com o Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (RES), criado pela Câmara Técnica do CFM (Conselho Federal de Medicina) e pelo Grupo de Trabalho em Certificação de Software da SBIS (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - www.sbis.org.br/certificacao.htm);

Estar em conformidade com o Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (RES), criado pela Câmara Técnica do CFM (Conselho Federal de Medicina) e pelo Grupo de Trabalho em Certificação de Software da SBIS Sociedade Brasileira de Informática em Saúde www.sbis.org.br/certificacao.htm (SBIS);

Conter mecanismo que permita a exportação de todos relatórios gerados para arquivos em formatos: texto, planilhas (formato MS Office-Excel/ou BOffice-Calc) e PDF;

Garantir que todos os dados ou parâmetros utilizados no processo de autenticação de usuário sejam armazenados de forma protegida e em banco de dados independente. Por exemplo, armazenar o código “hash” da senha do usuário ao invés dela própria, além disso, o local de armazenamento desse código “hash” deve possuir restrições de acesso. A geração do código “hash” deve utilizar algoritmos de geração reconhecidamente seguros, como por exemplo, o algoritmo SHA-1; na autenticação via OTP, a semente utilizada deve ser protegida;

Possuir ferramenta de LOG de alterações, inclusões, exclusões em todos os módulos, telas e recursos do sistema, onde seja apresentado o nome do usuário e o código/número do registro afetado pela operação do usuário, identificando o usuário (Nome completo, CPF e demais dados cadastrais) que realizou a operação, data e hora; deverá ser disponibilizada ferramenta de extração dos dados do LOG, que possibilite a geração de relatórios de auditoria;

Fazer a interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, quer sejam de faturamento, quer sejam de acompanhamento de programas específicos e regulação, além de manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Ferramenta que permita a integração ao barramento do CNES do DATASUS;

Assegurar à Secretaria Estadual de Saúde o acesso irrestrito e em tempo real ao sistema informatizado, incluindo os sistemas de informações assistenciais utilizados;

Alimentar e atualizar os sistemas de informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pela Secretaria Estadual de Saúde com as informações completas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados, de forma a evitar glosas do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

Alimentar e atualizar os sistemas de informação e o servidor espelho a serem adotados pela Secretaria Estadual de Saúde, através de API ou Webservice, que deverão exportar todos os dados do sistema on-line;

Disponibilizar o dicionário de dados de todo o sistema, no início do contrato para armazenamento dos dados de atendimento da unidade de saúde, sendo que qualquer alteração na estrutura dos dados ou em seu dicionário deve ser informada imediatamente a Secretaria Estadual de Saúde;

Responsabilizar-se pela implantação e manutenção de sistemas de transmissão de dados e componentes de informática (computadores, impressoras e demais periféricos), seguindo as características preconizadas pela Superintendência de Informática (SUPINF) da Secretaria Estadual de Saúde.

Deverão ser utilizados os sistemas oficiais de informação do SUS devendo para tal viabilizar o respectivo processo de credenciamento e habilitação. A documentação necessária deverá ser entregue nos órgãos competentes e na Secretaria Estadual de Saúde;

Implantar sistema de monitorização da qualidade e desempenho da Unidade de Terapia Intensiva;

Utilizar os sistemas informatizados de gestão, centro de custo da Unidade gerenciada, gestão de pessoal, e os demais sistemas indicados ou disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde e alimentá-los continuamente com as informações requeridas, sob pena de inviabilizar a apuração da produção e não comprovação do alcance das metas contratadas;

O sistema da contratada deverá possuir gestão detalhada do centro de apuração de custos de todas as operações executadas pela contratada;

O Sistema deverá calcular custos de atendimentos e procedimentos executados;

O sistema deverá informar custos de aquisição por cada bem adquirido/contratado pela contratada, assim como custos com pessoal e demais serviços como: Energia elétrica, água, gás, serviços de telefonia e todos os demais custos que compõem as despesas da contratada;

Todos os custos devem estar detalhados no sistema.

O sistema deverá fornecer de forma detalhada todas as despesas que compõem a fatura da contratada, sendo que valores que não estejam devidamente descritos serão glosados.

O sistema deverá fornecer informações das aquisições/contratações, que estão em andamento pela contratada, demonstrando o valor estimado para cada aquisição/contratação. Também deverá ser fornecida uma comparação entre o valor estimado e o realizado.

O sistema deverá demonstrar que as aquisições de medicamentos estão de acordo com a Resolução SES nº 1.334/2016 e com a Resolução CMED nº 03/2009.

O sistema deverá realizar a prestação de contas anual conforme disposto no § 3º do artigo 22 da Lei Estadual nº 6.043/11.

Viabilizar o processo de credenciamento e habilitação dos leitos de Terapia Intensiva em classificação de UTI Adulto Tipo II ou III de acordo com a Portaria de Consolidação MS/GM n. 3, 2017. A documentação necessária deverá ser entregue nos órgãos competentes e na Secretaria Estadual de Saúde;

A contratada deverá entregar mensalmente em formato definido pela Secretaria Estadual de Saúde, relatório de fechamento mensal, com todos os indicadores e informações referentes ao período, identificando se a mesma alcançou os objetivos estabelecidos.

A cada 06 meses, a contratada deverá disponibilizar um backup completo de todas as bases de dados utilizadas nas unidades geridas, acompanhado de documentação completa da base de dados.

A contratada deverá sempre que solicitado, fornecer informações, que a fiscalização do contrato considere relevante para a realização de suas atribuições. O formato e método de envio desses dados serão informados pela fiscalização do contrato.

b. Laboratório

Este módulo deverá permitir o Médico registrar eletronicamente a prescrição/solicitações de Exames de Laboratório. O sistema deve gerar alertas ao médico quando exames laboratoriais estiverem com alterações fora de padrão de normalidade / aceitabilidade;

O sistema deve possibilitar a integração do sistema de prescrição médica eletrônica com plataformas de informações e conteúdo vinculados ao laboratório;

Permitir controle de tempo de coleta de exames, a partir da solicitação médica até a etapa final de disponibilização do laudo do exame;

Permitir espaço via sistema para agendamento de exames eletivos e/ou ambulatoriais quando necessário;

Permitir controle de gastos com materiais utilizados durante a execução dos serviços de coleta e análise de exames laboratoriais, vinculado ao almoxarifado.

Resultados de exames com laudos devem ficar disponíveis para consulta aos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

c. Configuração e controle de acesso

Este módulo deverá possibilitar o cadastro e controle das internações com determinação hierarquizada das estruturas de centro de custos a que

pertencem e identificação das unidades de internação, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Cadastro dos padrões de leitos vinculados a quartos, tipos de quartos (acomodação) e unidade de leito (tipo de leito), visando parametrizar o sistema para alocação dos pacientes;

Controle total da situação e da condição do leito (se ativo ou inativo; ocupado, higienizado, em manutenção, bloqueado, reservado ou fechado), a partir da recepção ou dos postos de enfermagem, liberando o mesmo para o atendimento;

Oferecer mapa de ocupação de leitos, informando os pacientes internados que estão com alta médica, com finalidade de realizar o gerenciamento de demandas espontâneas;

Informar para os setores de higienização, manutenção e hotelaria, a interdição de leitos por motivos operacionais de responsabilidades de tais setores, informando o quarto, leito, hora e responsável pelo bloqueio;

Possibilitar a identificação das especialidades médicas existentes na Unidade de Saúde e também a vinculação dos profissionais médicos com suas respectivas equipes médicas;

Permitir o cadastro dos principais formulários de termos hospitalares utilizados no momento das internações, visando à definição clara de responsabilidades entre paciente, responsável (se houver) e hospital;

No momento da admissão deve ser possível: Registro da recepção do paciente, com identificação do prontuário, tipo de internação;

No momento da admissão deve ser possível: Registro da recepção do paciente, com informe da natureza de atendimento e procedência do paciente; O sistema deverá bloquear e informar a admissão de pacientes provenientes de transferências de outras unidades;

Permitir ao setor de internação total controle de leitos/quartos e unidades para alocação do paciente, com consulta em tempo real da situação de todos os leitos;

Registro de dados do responsável pelo paciente (nome, RG, grau de parentesco, telefone de contato e endereço);

Permitir o cadastro de pacientes de dados desconhecidos, impulsionados por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;

Permitir o registro de idade aproximada de pacientes desconhecidos por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;

Deve permitir a alteração posterior de dados de pacientes desconhecidos por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;

Deverá obrigar o registro de um responsável se o paciente for menor ou maior a uma idade previamente estipulada por meio de cadastros;

Identificação do médico responsável pelo atendimento, da especialidade e da clínica (em conformidade com as exigências do SUS);

Hipótese diagnóstica e impressão do documento de atendimento;

Deve ser possível o controle de atendimentos anteriores (com checagem das datas de internação e alta/diagnósticos anteriores / médicos e convênios);

Emissão de etiquetas para identificação por meio de pulseiras de pulso para cada paciente admitido;

O sistema deve permitir o registro de guarda de quantidades e tipos de pertences do paciente;

Registro de altas hospitalares, com identificação de dados como motivo, data e hora, diagnóstico definido (CID-10), procedimento SUS vinculado (conforme determinações do DATASUS) e médico responsável;

Registro e impressão de termos de responsabilidade e cartão de acompanhante;

Emissão e preenchimento do laudo de AIH gerando automaticamente o laudo AIH, após o registro da internação;

Emissão de atestados e declaração de internação;

Solicitações de exames de imagens e laboratorial no momento da admissão por meio de ordem de serviço, informando o profissional médico solicitante e inserindo observação da solicitação;

Controle sobre as solicitações de AIH enviadas e as que retornaram com a autorização de internação e procedimento;

Transferência de leitos, com possibilidade de consulta à central de leitos; identificação de tipo de acomodações existente, registro de leito de isolamento; bloqueio do leito atual para novas internações ou reserva do leito para retorno do paciente.

d. Organização estrutural

A organização estrutural do sistema deve contemplar minimamente os elementos exigidos pela Secretaria Estadual de Saúde: cadastro de pacientes/usuários, controle de acesso, registros de prontuário eletrônico do paciente, controle de exames laboratoriais e de imagem integrados ao prontuário

eletrônico do paciente, controle de almoxarifado e farmácia, registros administrativos e financeiros, controle de faturamento, relatórios gerenciais e de gestão, indicadores estratégicos e operacionais.

e. Gestão do Cadastro de usuários

O cadastro terá permissão para registro dos dados pessoais dos usuários, incluindo opção de nome social. Permitir rastreamento dos registros por cadastro de CPF, nome, número de prontuário, número de atendimento (internação). Também deve permitir o registro de cadastro de pacientes desconhecidos, provenientes de emergências em logradouros públicos e outros. Permitir registro de idade aproximada de desconhecidos e permitir alteração posterior de dados de pacientes nestas condições de desconhecidos.

Deve vincular registro de especialidade médica junto ao atendimento do usuário, oferecendo registro em mapa de internação que permita verificar ocupação de leitos, informando pacientes internados e com alta médica, na busca por gestão de leitos aprimorada. O nome do médico responsável pela internação deve ficar vinculado ao cadastro e de acesso visual fácil nos mapas de gestão de leitos.

O sistema bloqueará e informará a admissão de pacientes provenientes de outras unidades.

Deve permitir no ato de cadastro ou a qualquer momento o registro de dados do responsável pelo paciente (nome, RG, grau de parentesco, telefone e endereço para contato). Deve ser condição de parâmetro obrigatório registro de responsável para menores de idade ou maior de idade previamente definida.

Deve permitir registro de guarda de pertences dos pacientes (tipo e quantidade).

Registro de altas hospitalares com identificação de dados como motivo, data e hora, diagnóstico definido (CID-10), procedimentos SUS vinculado (conforme determinação do DATASUS) e médico responsável.

Registro e impressão de termos de responsabilidade e cartão de acompanhante.

f. Agenda de Consultas e Exames

Este módulo deverá possibilitar a realização de agendamentos para cada tipo de exame realizado em cada recurso de atendimento, descrevendo e emitindo a equipe o preparo necessário para a realização de cada exame, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Parametrizar o tempo de realização estimado para cada exame, possibilitando a otimização da utilização de cada equipamento e profissional no momento do agendamento;

Manutenção de parâmetros específicos para cada setor de imagens existente, possibilitando a devida adequação às características de cada setor;

Controlar os tempos de atendimento realizados para cada paciente, especificando o horário de agendamento, horário de chegada, horário de atendimento e horário de finalização do exame;

Possuir módulo de elaboração de laudos padrão, com ferramentas de formatação de texto;

Parametrizar modelos de laudos para cada tipo de exame a ser realizado, em cada recurso de atendimento, atribuindo automaticamente o laudo padrão de cada exame;

Permitir indicar para cada tipo de laudo padrão a parte do corpo a que se refere este exame;

Cadastrar diversos tipos de modalidades de entrega de resultados aos pacientes;

Controlar todo o processo de atendimento, elaboração e entrega dos laudos gerenciando todo o workflow do processo, através do controle de listas ativas de pacientes em cada fase;

Controlar todos os pacientes que realizarão exames e ainda não tiveram laudos aprovados;

Permitir a criação de lista de exames e pacientes pendentes de laudos, possibilitando a organização da forma mais adequada do profissional responsável por laudar estes exames;

Permitir a integração automática do laudo do exame com o prontuário eletrônico do paciente;

Registrar a entrega de um resultado de exame indicando o responsável pela retirada, a data e horário da mesma;

Controlar a procedência dos pacientes atendidos pelos setores de imagens (Enfermarias).

g. Ambulatório

Este módulo deve permitir agendamento de consultas, monitoramento de pós operatório com os devidos retornos. A agenda deve estar personalizada para necessidade local (horários e dias), bem como permitir acesso por perfil profissional aos dados do paciente.

Deve ter vínculo com o prontuário do paciente para que médico e demais membros da equipe assistencial possa, realizar consulta aos registros em geral, incluindo laudo de exames laboratoriais e de imagem.

Deve permitir o acompanhamento do paciente ambulatorial com registro do início do acompanhamento médico, desenvolvimento das ações (tratamento) e alta médica do acompanhamento ambulatorial, incluindo documentos para registro das orientações de alta e documento para registro de contrarreferência.

h. Demanda espontânea

A demanda espontânea deve estar contemplada nos módulos de acesso, incluindo possibilidade de cadastro de protocolos de acolhimento com classificação de risco;

Ter acesso aos registros de atendimento em local próprio com descrição da avaliação dos profissionais de saúde e prescrição médica;

Ter acesso ao sistema de exames laboratoriais e de imagem;

Permitir que todos os dados correspondentes ao prontuário eletrônico também sejam dispostos para demanda espontânea.

i. Consulta do Prontuário Eletrônico do Paciente

Este módulo deverá possibilitar a realização de padronizações de exames de acordo com cada protocolo, sugerindo automaticamente ao médico os exames a serem solicitados no atendimento, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Padronização de CIDs de acordo com cada protocolo;

Padronização de medicamentos de acordo com cada protocolo;

Cadastrar de Deficiências do paciente bem como grau de gravidade das deficiências descritas;

Cadastrar alergias do paciente bem como a descrição detalhada dos seus efeitos;

Associação imagens de exames no prontuário do paciente;

Gerenciar o cadastro de horários padronizados (preferencialmente 6/6h) para que sejam ministrados os medicamentos prescritos por cada profissional nas unidades de Saúde;

Solicitação de nutrição (com possibilidade de repetir solicitações anteriores e registro dos horários de aprazamento, com hora de início/fim/intervalo e número de vezes, regime de urgência e plantão para fins de faturamento);

Solicitação de materiais e medicamentos (com possibilidade de direcionamento à farmácia ou ao almoxarifado e de repetição de solicitações anteriores, registro de data e hora da solicitação, regime de urgência, busca de produtos por descrição ou código, horário de aprazamento, com hora de início/intervalo/número de vezes e quantidade por horário);

Registro de serviços (com identificação de data e hora, quantidade, regime de urgência e plantão para fins de faturamento); registro de procedimentos (com identificação de data e horário, quantidade realizada, médico executor, regime de urgência e plantão, para fins de faturamento, estatística e custos);

Registro do uso de gases medicinais (com identificação de data, hora de início e fim do tratamento, tempo ou quantidade de uso, registro de regime de urgência e plantão, para fins de faturamento);

Possibilitar ao médico efetuar a prescrição dos cuidados ao paciente pelo sistema, com opção de repetir prescrição anterior;

Cada prescrição gerada pelo sistema deverá ter identificação numérica, data, hora, previsão de alta do paciente, médico responsável pela prescrição, funcionário do posto de enfermagem responsável pelas solicitações (nutrição, materiais, medicamentos, exames, etc.), médico responsável pela internação, registro da identificação do paciente com nome, prontuário, unidade, quarto, leito e responsável pela dispensação dos medicamentos na farmácia;

Possuir opção para que qualquer profissional da equipe que está dispensando cuidados ao paciente (médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico e outros) possa efetuar o registro da evolução mediante o tratamento realizado, compondo e coletando dados no prontuário eletrônico do paciente;

Controlar a transferência de leitos, com possibilidade de consulta à central de leitos; diferença de tipos de leito; registro de leito de isolamento; bloqueio do leito atual para novas internações ou reserva do leito para retorno do paciente;

Controlar pedidos de cuidados de enfermagem, hemoderivados, inaloterapia, equipamentos e gases;

Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como uma metodologia assistencial padronizada, entre outras; Geração de diagnósticos, utilizando a codificação da enfermagem – NANDA (coleção de diagnósticos em enfermagem que descrevem as reações dos pacientes às doenças);

Possuir a funcionalidade ou módulo de enfermagem que permita a mesma construir os planos de cuidados ao paciente, bem como a prescrição de enfermagem;

Permitir e gerenciar o processo de interconsulta, registrando a solicitação e o laudo do especialista;

O prontuário eletrônico deverá conter o modelo de classificação Clínica Apache II;

O prontuário eletrônico deverá conter o modelo de classificação Clínica Escala de Glasgow;

Permitir inserir histórico de gestação contendo minimamente as informações: DUM (data da última menstruação), Idade Gestacional, idade gestacional sugerida, quantidade de abortos por tipo (espontâneos, induzidos ou curetagem), quantidade de partos por tipo (normal, cesáreas, múltiplos), quantidade de produtos do parto (nativos, neomorto, natimortos, prematuros e doença congênita), permitir inserir informações sobre amamentação, intercorrências e observações;

Deverá permitir inserir informações sobre parâmetros de ventilação, contendo minimamente as informações sobre: volume corrente, frequência respiratória, fração inspirada de oxigênio e pressão parcial de oxigênio no sangue arterial.

j. Farmácia/Almoxarifado

Este módulo deverá possibilitar controle e gestão dos materiais com gerenciamento do estoque do almoxarifado devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Permitir os cadastros de vínculos entre medicamentos de forma a criar uma relação de interação medicamentosa, acusando o grau de reação e comentários sobre os fatores adversos em sua administração;

Permitir que o responsável farmacêutico possa retornar um item da prescrição quando este julgar necessário, para que o profissional médico realize os acertos necessários e reenvie para a solicitação;

Realizar relatório dos quantitativos presentes no estoque;

Permitir a dispensa de itens de um centro de custo armazenador em nome de pacientes em cirurgias, levando em consideração a descrição do item, código do item, quantidade solicitada, data de validade e lote por meio de leitura de código de barras por meio de equipamento ótico;

Conter visualização tipo kardex oferecendo a posição de estoque, histórico de movimentação e inventários que foram realizados por itens considerando a descrição, código, lote e validade;

Receber informe de devolução automática (logística reversa) de centro de custo de atendimento a pacientes, quando este tiver internos com alta hospitalar com tempo inferior ao da quantidade enviada por prescrição eletrônica ou de suporte de papel;

Permitir a busca rápida a todas as requisições já atendidas, com possibilidade de visualização em tela ou impressão do documento, com informe do centro de custo solicitante, descrição e código do item, lote e data de validade, nome do solicitante e nome do responsável pela entrega.

Permitir emissão de relatórios com a quantidade dos itens dispensados entre outros relatórios solicitados pela Secretaria Estadual de Saúde.

k. Faturamento

Este módulo deverá possuir todos os processos relativos ao faturamento de contas do Sistema Único de Saúde e de internação, inclusive com a geração de arquivos eletrônicos definidos pelo gestor devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Trazer automaticamente para conta do paciente, o centro de custos de acordo com as unidades em que o mesmo foi atendido;

Gerar o faturamento de forma on-line de acordo com as solicitações e procedimentos realizados pelos médicos ou outros profissionais;

Permitir a auditoria dos lançamentos realizados para cada paciente durante o atendimento;

Gerar protocolo de remessa dos documentos de cada atendimento em cada unidade para o setor de faturamento;

Gerenciar a solicitação de procedimentos de alto custo no momento da solicitação do médico;

Possibilitar o controle e atribuição obrigatória sobre o diagnóstico atribuído a cada atendimento para efeito de faturamento, com possibilidade de controlar o histórico de diagnósticos dos municípios e validando os procedimentos possíveis para cada diagnóstico de acordo com regras do SUS;

Controlar automaticamente as regras de validação do SUS para cada procedimento, possibilitando uma checagem automática no momento do fechamento da conta.

I. Relatórios gerenciais e operacionais

Este módulo deverá possibilitar o tratamento de informações que possibilite criar modelos de relatórios envolvendo grupos de informação, possibilitando ao usuário final selecionar na tela as informações que ele quer cruzar criando relatórios personalizados, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Possibilitar a montagem de relatórios em decorrência das informações de outro relatório;

Permitir que cada usuário avançado crie e personalize os seus próprios relatórios de forma independente sem que seja necessário solicitar à Licitante Vencedora;

Permitir a exportação das informações para o Excel, PDF e CSV em formato definido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Os Indicadores devem ser disponibilizados **no** módulo com ferramentas que permitam analisar as informações e transformá-las em indicadores interativos, que auxiliarão na geração de previsões e cenários futuros, permitindo o controle e otimização das receitas e custos e contribuindo na tomada de decisões, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Criação de indicadores com filtros a partir de dados assistenciais, financeiros, de produção e de suprimentos dentro de um período selecionado;

Permitir que a equipe técnica da secretaria crie seus próprios indicadores;

Possuir marcação sobre o atual estado do indicador, demonstrando se a informação contida no mesmo está dentro de padrões de normalidade, em estado de atenção ou em estado de alerta.

m. Central de Informações/Controle de Visitas

Este módulo deverá disponibilizar informações sobre a localização dos Pacientes internados devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Fornecer informações referentes aos pacientes que foram dispensados nas unidades de atendimento, demonstrando as datas de atendimento e dispensa dos mesmos;

Controlar o processo de visitas aos pacientes internados, emitindo crachás e registrando informações sobre o visitante (nome, CPF, nome do

paciente a ser visitado, leito e setor) e indicando horário de entrada e saída do mesmo;

Controlar o número máximo de visitas permitido para cada paciente;

Emitir listagem dos pacientes internados de cada enfermaria, contendo a localização do paciente na unidade, visando facilitar o processo de visita médica;

Disponibilizar dados de escala de profissionais médicos e dados de contato para orientar o serviço de telefonia e informações.

n. Controle de Prontuário Físico

Este módulo deverá possibilitar o controle dos prontuários físicos na unidade, quando houver, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Controlar os prontuários físicos existentes na unidade, controlando as saídas dos prontuários do arquivo físico;

Controlar os diversos setores de arquivos existentes na unidade, identificando os prontuários existentes em cada arquivo;

Possibilitar a localização dos prontuários físicos dos pacientes, bem como registrar as movimentações físicas dos mesmos, gerando um efetivo controle sobre os Prontuários ausentes do arquivo médico, possibilitando controlar informações referentes à data de retirada, quem retirou, o motivo, data de retorno, criando um histórico sobre a movimentação de cada Prontuário;

Permitir diversos centros de custos de controle de prontuário, atribuindo a eles diretamente os centros de custos que irão fornecer dados para armazenamentos deste controlador;

Possuir integração automática e on-line com o setor de internação, avisando o arquivo no momento da internação do paciente para que o mesmo separe o referido prontuário e encaminhe para a unidade de internação do paciente, ou abra um prontuário para um novo paciente;

Controlar os diversos volumes que compõe um prontuário físico dos pacientes, gerando etiquetas independentes para cada volume;

Permitir realizar a movimentação dos prontuários físicos via código de barras;

Permitir gerar movimentação de prontuário físico por empréstimo, controlando para quem foi emprestado, a data de saída e previsão de retorno do prontuário ao arquivo;

Permitir visualizar e controlar rapidamente todos os prontuários físicos que se encontram fora do arquivo e os locais ou funcionários que estão responsáveis pelos mesmos;

Permitir indicar a transferência dos prontuários físicos dentro das unidades e setores da Unidade de Saúde;

Controlar a entrada de documentos diversos nos prontuários dos pacientes.

9.2 Pesquisa de Satisfação

PROPOSTA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.

A pesquisa de satisfação dos usuários é um instrumento adotado pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, com o principal intuito de conhecer o grau de satisfação dos pacientes que se utilizaram de serviços em unidades de saúde sob gestão do IDEAS.

Realizar pesquisas de satisfação do usuário é uma prática que oferece, no mínimo, duas grandes vantagens para o IDEAS, porque elas estabelecem **um canal de diálogo com os usuários**, que passam a se sentir mais considerados e contemplados; e o IDEAS **ganha mais chances de acertar no oferecimento dos seus produtos e serviços**, atendendo às demandas reais dos seus pacientes.

Sabendo o que o usuário pensa e espera do IDEAS, os erros tendem a diminuir, os processos são melhores direcionados e os ajustes são realizados partindo de dados concretos sobre o que realmente deve ser aperfeiçoado.

Existe uma grande diferença entre Pesquisa de Satisfação do Usuário e Ouvidoria.

A ouvidoria trata-se de um canal receptivo aberto para reclamações dos pacientes e, também, de seus acompanhantes ou responsáveis legais. Na ouvidoria os problemas apresentados, os elogios e críticas são recebidos e solucionados de maneira individual.

O IDEAS possui canal de **ATENDIMENTO AO CIDADÃO** em sua página eletrônica que pode ser acessada pelo link <https://ouvidoria.ideas.med.br/> , além da Ouvidoria SUS.



Fonte: Imagem retirada do site www.ideas.med.br

Por outro lado, a pesquisa de satisfação do usuário é pesquisa de opinião, é proativa, porque o paciente/acompanhante/responsável legal e procurado pelo IDEAS com o objetivo de conhecer sua avaliação acerca dos serviços oferecidos em unidades sob sua gestão.

O IDEAS adota estratégia de coleta de informações por instrumento físico disponível nas recepções, entradas, áreas de espera, salas de visitas e acompanhantes e utiliza em suas unidades canal de comunicação digital entre unidade e paciente. O canal digital divide-se ainda em uso de totens digitais de fácil acesso nas entradas/saídas da unidade e por envio de e-mail e mensagem por celular com link de pesquisa para facilitar o acesso dos usuários.

Estas diferentes formas de coletar a informação de satisfação possibilitam maior adesão dos usuários ao responder o questionário. Todas as informações colhidas na pesquisa de satisfação do usuário fornecem uma base para o progresso do IDEAS, porque busca soluções a partir da opinião direta de seus usuários.

O PROCESSO DE PESQUISA

A concepção de uma pesquisa, seu processo de implementação e a análise subsequente de resultados coletados podem ser vistas a partir de uma ótica processual. De fato, o processo de realização de uma pesquisa resulta numa série de decisões que o administrador deve tomar, desde o primeiro

momento - de concepção da pesquisa - até o uso potencial dos seus resultados para processos de melhoria organizacional.

Em outras palavras, as principais etapas representadas nesta figura referem-se a decisões a serem tomadas acerca dos: a) Objetivos da pesquisa (**O quê e por que mensurar?**); b) Os instrumentos de coleta de dados e sua análise (**Como coletar e analisar os dados?**); c) Uso dos resultados da pesquisa para **subsidiar decisões** acerca de melhorias organizacionais, buscando agregar valor público.

O QUÊ E POR QUE MENSURAR?

A primeira etapa de uma pesquisa está relacionada com a especificação dos objetivos a serem alcançados com a sua aplicação ou, em outras palavras, com a resposta às perguntas: “O quê é preciso mensurar? Por que é preciso mensurar?” De fato, pesquisas podem ser utilizadas para diversas finalidades, de natureza mais tática, avaliando aspectos pontuais dos insumos, processos, serviços/produtos do IDEAS, ou de natureza mais geral, abordando percepções acerca da qualidade dos serviços prestados pelo IDEAS, ou acerca da sua imagem organizacional como um todo. Logo, antes de empreender um esforço de pesquisa, que é sempre um processo custoso e dependente de recursos internos e/ou externos à organização, é necessário ter clareza da finalidade da pesquisa e a sua relevância. Dessa forma, os resultados obtidos podem encadear um desejável processo de transformação organizacional, visando agregar valor público.

Por fim, as pesquisas devem ser utilizadas para avaliar os serviços/produtos prestados aos públicos-alvo. Várias dimensões e abordagens podem ser incluídas nesta etapa. As mais utilizadas, as pesquisas de satisfação, têm como objetivo mensurar a qualidade do serviço prestado, tendo em vista as expectativas dos cidadãos-usuários e a percepção acerca do modo como o serviço foi prestado.

COMO COLETAR E ANALISAR OS DADOS?

Experiências analisadas indicam que diversos métodos, quantitativos e qualitativos, podem ser utilizados em pesquisas orientadas para o usuário de serviços públicos. Esta diversidade perpassa as fontes de dados que podem ser utilizadas, assim como os instrumentos de coleta e as técnicas de tratamento e análise dos dados coletados.

Para decidir acerca dos métodos mais adequados de coleta e análise de dados, IDEAS leva em consideração uma série de fatores, entre os quais, destacamos:

- a) Finalidade da pesquisa;
- b) Recursos financeiros e organizacionais disponíveis;

O IDEAS usa o método de coleta de dados **QUESTIONÁRIO**, reconhecendo as seguintes características:

Instrumento	Modelo	Vantagens	Desvantagens
Questionário	Pesquisa de satisfação	Rapidez; Baixo custo por respondente; Neutralidade; Boa representatividade dos usuários; os dados podem ser coletados de diversas formas: e-mail, internet, call-center ou presencial.	Não adequado para temas mais controversos; Perguntas mal redigidas podem influenciar os dados

Os questionários sondam um grupo de usuários/acompanhantes para saber *se eles estão satisfeitos com a qualidade dos produtos e serviços à sua disposição*. Teoricamente, esse tipo de pesquisa considera o usuário como consumidor de serviços, e o convida a se manifestar a respeito da qualidade dos serviços e quanto à forma de prestação deles. A pesquisa é adotada pelo IDEAS, para conhecer a satisfação da população em relação aos serviços prestados como um todo, em unidades administradas pela entidade.

Para analisar o recurso à pesquisa de satisfação (via questionário) no âmbito do IDEAS se utiliza da métrica que avalia a média das respostas para que se tenha uma visão ampla sobre a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados em pelo Instituto.

SUBSIDIAR DECISÕES

Se não analisar os dados após a pesquisa, de nada adiantou aplicá-la!

Através das informações obtidas será possível identificar:

Oportunidades de melhoria;

Opiniões;

Nível de satisfação ou insatisfação;

Ideias para melhoria da execução dos serviços.

Com base nisso, as decisões envolvendo a gestão das unidades em saúde poderão ser subsidiadas pelas informações encontradas na Pesquisa de Satisfação do Usuário.

OBJETIVO GERAL

Oferecer aos usuários a oportunidade de opinar a respeito do atendimento e serviços prestados pelo IDEAS e avaliar a percepção que os mesmos possuem em relação ao funcionamento e a qualidades dos serviços.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Medir a satisfação do usuário em curto prazo;

Entender como o usuário avalia o serviço prestado pelo Instituto;

Prevenir usuários insatisfeitos e perda de usuários;

Melhorar a visibilidade da “marca” do serviço público, especialmente, o prestado pelo Sistema Único de Saúde;

Criar um relacionamento mais próximo com o usuário;

Investir em estratégias de processos mais assertivas;

Focar na solução dos problemas apontados pelos usuários;

ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Mensalmente deverá ser avaliada a PSU, utilizando como instrumento de pesquisa um questionário-padrão, aplicada por equipe capacitada em pacientes ou acompanhantes de pacientes, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica, dividida em quatro grupos de usuários a serem pesquisados.

Unidades para aplicação da Pesquisa de Satisfação do Usuário

Unidades	Nº	de
	PSU/mês	

Unidades para aplicação da Pesquisa de Satisfação do Usuário	
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	80
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	50
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta sem agendamento prévio	50
Pacientes ou acompanhantes de pacientes que participam de grupos educativos	20
TOTAL DE PSU POR MÊS	200

Diante disso, os questionários serão elaborados com perguntas claras e específicas ao objetivo da pesquisa, setor e público-alvo, considerando as diretrizes de cada contrato de gestão.

A quantidade de usuários a serem pesquisados pode variar conforme o contrato de gestão.

MOMENTO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	Após a utilização do serviço – consulta presencial por equipe capacitada;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	Após a utilização do serviço – consulta presencial por equipe capacitada;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta sem agendamento prévio	Após a utilização do serviço – consulta presencial por equipe capacitada;
Pacientes ou acompanhantes de	Após a utilização do serviço – consulta presencial por equipe capacitada;

pacientes que participam
de grupos educativos

PÚBLICO-ALVO

Unidades de saúde

Pacientes ou acompanhantes de pacientes;

PERIODICIDADE DA PESQUISA

Pacientes ou
acompanhantes em
atendimento para
consulta agendada

Três vezes por semana – 20 pesquisas;

Pacientes ou
acompanhantes em
atendimento para
procedimentos (curativo,
medicação, vacina...)

Três vezes por semana – 15 pesquisas;

Pacientes ou
acompanhantes em
atendimento para
consulta sem
agendamento prévio

Três vezes por semana – 15 pesquisas;

Pacientes ou
acompanhantes de
pacientes que participam
de grupos educativos

Três vezes por semana – 5 pesquisas;

Obs.: A periodicidade da pesquisa será estabelecida considerando as diretrizes de cada contrato de gestão.

HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DAS PESQUISAS

Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	Matutino, vespertino
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	Matutino, vespertino;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta sem agendamento prévio	Matutino, vespertino;
Pacientes ou acompanhantes de pacientes que participam de grupos educativos	Matutino, vespertino;

PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO

Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	Mensal;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	Mensal;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para	Mensal

consulta agendamento prévio	sem	
Pacientes acompanhantes pacientes que participam de grupos educativos	ou de	Mensal

ESCALA ADJETIVA DE AVALIAÇÃO

Alternativa	Avaliação	Peso
Ótimo	Forte evidência da qualidade investigada;	2
Bom	Boa evidência da qualidade investigada;	1
Regular	Média evidência da qualidade investigada;	0
Ruim	Pouca evidência da qualidade investigada;	1
Péssimo	Nenhuma evidência da qualidade investigada;	2

TABULAÇÃO DAS RESPOSTAS

Para obter um indicador de comparação, faça uma média ponderada do desempenho de cada item isoladamente, indicando o peso para cada alternativa da escala, conforme sistema informatizado disponibilizada pelo IDEAS às unidades.

ORIENTAÇÕES:

O resultado SATISFATÓRIO será apurado a partir da divisão do PESO TOTAL (PT) pelo PESO SATISFATÓRIO (PS).

O resultado INSATISFATÓRIO será apurado a partir da divisão do PESO TOTAL (PT) pelo PESO INSATISFATÓRIO (PI).

A alternativa REGULAR é neutra, por isso seu PESO é igual a ZERO;

Após a apuração dos resultados individuais de cada setor/item avaliado é possível estabelecer o percentual de satisfação/insatisfação de toda a unidade, a partir da construção de uma média;

Considera-se SATISFATÓRIAS as alternativas BOM e ÓTIMO.

Considera-se INSATISFATÓRIAS as alternativas RUIM e PÉSSIMO.

Observação: Nesse caso, a tabulação permite a comparação do desempenho entre os itens avaliados.

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

O IDEAS tem como compromisso manter resultado entre **100% a 90%** das PSU como satisfatórias.

DO ARQUIVAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

Considerando que a Pesquisa de Satisfação do Usuário se constitui em meta qualitativa na maioria dos contratos de gestão, é imprescindível que todo material seja conservado em arquivo pelo tempo que durar o contrato.

Os formulários deverão ser arquivados em caixas identificadas com o mês e ano da realização da pesquisa na unidade.

Juntamente com os formulários deverão ser arquivados os relatórios das pesquisas, devidamente assinada pelo Coordenador da Atividade.

Dentro da caixa os formulários deverão estar perfeitamente organizados por unidade de pesquisa.

Após a organização dos formulários dentro da caixa arquivo a mesma deverá ser lacrada e acomodada em ambiente capaz de promover a sua conservação.

PLANO DE AÇÃO

Após a análise do resultado das pesquisas as unidades devem promover:

- I. Criar um indicador para mensurar os erros e acertos da gestão. Assim é possível visualizar onde estão os principais problemas;
- II. Faça uma análise crítica das pesquisas recebidas. Análise quais são os pontos positivos e de maior atenção para os pontos negativos. Em geral os feedback negativos são os que dão ideias para melhoria dos processos;

- III. Trace um plano de ação para cada item avaliado abaixo da nota de corte estipulada por cada contrato de gestão. O 5W2H é uma ferramenta interessante para elaboração de planos de ação;
- IV. Divulgue os resultados das pesquisas para todos os envolvidos, assim todos os colaboradores (funcionários e prestadores de serviço) saberão o que precisa ser melhorado;
- V. Dê feedback, converse com os pacientes/acompanhantes explicando o que foi feito e para saber a opinião dos mesmos após as melhorias, principalmente no que se refere as pesquisas pós atendimento.

Modelo de Pesquisa de Satisfação do Usuário



☒ Sugestões:

.....

.....

.....

.....

.....

**INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO
E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IDEAS**

SEDE ADMINISTRATIVA
(48) 3091 0306

WWW.IDEAS.MED.BR
RUA SOUZA DUTRA, 145 – SALA 709 – ESTREITO –
FLORIANÓPOLIS / SC

 **IDEAS**

 **IDEAS**

Pesquisa de Satisfação

☒ Nome:

Idade: Sexo:

Escolaridade:

Recepção						Atendimento Equipe Multidisciplinar					
Cortesia e Atenção no Atendimento	☐	☐	☐	☐	☐	Cortesia e Atenção no Atendimento	☐	☐	☐	☐	☐
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado		Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado
Agilidade e Clareza nas Informações	☐	☐	☐	☐	☐	Agilidade e Clareza nas Informações	☐	☐	☐	☐	☐
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado		Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado
Estrutura e Conforto do ambiente	☐	☐	☐	☐	☐	Tempo de Espera	☐	☐	☐	☐	☐
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado		Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado
Atendimento Enfermagem						Outros Serviços					
Cortesia e Atenção no Atendimento	☐	☐	☐	☐	☐	Telefonia	☐	☐	☐	☐	☐
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado		Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado
Agilidade e Clareza nas Informações	☐	☐	☐	☐	☐	Manutenção	☐	☐	☐	☐	☐
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado		Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado
Estrutura e Conforto ambiente	☐	☐	☐	☐	☐	Setores Administrativos	☐	☐	☐	☐	☐
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado		Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado
Tempo de Espera	☐	☐	☐	☐	☐	Higiene e Organização	☐	☐	☐	☐	☐
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado		Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado
Atendimento Médico						Estrutura e Conforto ambiente					
Cortesia e Atenção no Atendimento	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado		Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado
Agilidade e Clareza nas Informações	☐	☐	☐	☐	☐	☒ Você indicaria o serviço? ☐ Sim ☐ Não					
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado	☒ No geral, você ficou satisfeito com o atendimento? ☐ Sim ☐ Não					
Estrutura e Conforto ambiente	☐	☐	☐	☐	☐						
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado						
Tempo de Espera	☐	☐	☐	☐	☐						
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não utilizado						

PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE PESQUISA DO COLABORADOR.

Objetivo Gerais

Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.

Objetivos Específicos

Disponer de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao Gerenciamento de Recursos Humanos do **IDEAS**;

Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores do **IDEAS**;

Integrar os diversos processos e áreas funcionais;

Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

Metodologia

Formulário

A aplicação do formulário garante preservação da identidade. As informações solicitadas visam exclusivamente estratificar os resultados e contribuir na elaboração dos planos de ação:

- Local;
- Categoria/Funcional;
- Tempo de Casa;
- Relação de trabalho (forma de contrato);
- Sexo.

Contendo afirmativas com desdobramento para avaliação da área de atuação e da organização, com as seguintes opções de resposta:

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim

Tratamento dos Dados

Em meio eletrônico ou físico, ambos com senha exclusiva de acesso, e armazenamento de dados para garantir a preservação da identidade dos participantes, permitindo que todos possam se expressar livremente.

Forma de Aplicação

Eletrônico – por meio acesso à internet em site por link;

Físico – postos de atendimento na Unidade de Saúde, onde os colaboradores podem esclarecer dúvidas e responder o questionário.

Análise de Dados

- Análise de dados em 5 dimensões:
- Atuação da liderança
- Valorização
- Equidade
- Motivação
- Relacionamento e Ambiente

Consolidação dos Resultados

Divulgação dos Resultados

Elaboração de relatório com apresentação quantitativa (gráficos) e qualitativa (ações)

Divulgação dos resultados para todos os participantes - colaboradores e Gestores

Formulário de Pesquisa de Clima Organizacional

Dimensão	Total de Respostas	< 45% Oportunidade de Melhoria	45% a 55% Merece Atenção	56% a 89% Nível Satisfatório	≥ 89% Pontos Fortes
1. Atuação da Liderança					
2. Valorização					
3. Equidade					
4. Motivação					
5. Relacionamento e Ambiente					

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR



	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
1. Trabalhar aqui é				
2. O Salário que recebo diria que está				
3. O acolhimento de minhas ideias e sugestões pelo hospital é				
4. O compartilhamento de informações no hospital é				
5. As condições do ambiente físico para a realização de meu trabalho são				
6. O relacionamento das pessoas da minha equipe é				
7. O reconhecimento e a valorização do meu trabalho neste hospital são				
8. As oportunidades de treinamento, cursos, capacitação profissional são				
9. Em relação à clareza e objetividade sobre as orientações dadas ao meu trabalho, avalio como				
10. Considero a preocupação com o funcionário nesta empresa como				
11. A sistemática de avaliação de meu desempenho pelo superior é				
12. A minha participação nas decisões tomadas pelo hospital				
13. Considero que a organização e o funcionamento do meu setor estão				
14. Em relação a frequência que recebo elogios quando faço um bom trabalho, considero				
15. Em relação à confiança que tenho em minha chefia imediata				
16. A visão do usuário sobre este hospital é				
17. O meu grau de satisfação com o trabalho é				
18. Quanto adequação das regras e normas estabelecidas pelo hospital				
19. A minha saúde física está				
20. A minha saúde psíquica está				
21. Quanto à liderança de minha chefia imediata				
22. O nível de respeito por minha atividade profissional é				
23. Avalio meu ritmo de trabalho como				
24. Em termos de realização profissional com o meu trabalho, sinto-me				
25. A autonomia que eu tenho para propor melhorias na execução do meu trabalho é				
26. Sua expectativa em relação ao hospital daqui a dois anos				
27. A clareza sobre os resultados esperados do meu trabalho é				
28. O relacionamento entre o superior imediato e os subordinados de minha equipe é				
29. Em relação à clareza das normas e regras, considero que está				

O Instituto IDEAS desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do TEM.

O Instituto IDEAS garantirá a contratação de profissionais qualificados para atendimento, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência. Que todos os profissionais que executam ações e/ou serviços de

saúde por ela empregados e ativos estejam devidamente cadastrados no CNES. Como também adotará valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado, para o pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e funcionários da unidade de saúde, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

Para a contratação pessoal serão utilizados critérios técnicos, inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias. Serão mantidos os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação continuada e permanente. Serão contratados serviços de terceiros para atividades de apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes e o serviço por ela prestado estar em conformidade com a legislação vigente.

Os profissionais contratados para a prestação dos serviços na unidade de saúde, deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe. Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional. E os profissionais de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem para a realização das atividades específicas de Enfermeiro(a).

Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS).

Os contratos entre a Unidade e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público. A Secretaria Estadual de Saúde poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução

dos serviços objeto do Contrato, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira.

Todos os empregados e terceiros contratados pelo Instituto IDEAS para a unidade portará identificação (crachás) e estarão devidamente uniformizados, quando estiverem no exercício de funções nas dependências da unidade. A seleção de pessoal para a unidade de saúde, será conduzida a partir de processo seletivo de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio. O Instituto IDEAS disporá de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população.

O Instituto IDEAS se responsabilizará pelo pagamento do pessoal contratado diretamente pela organização, aqueles necessários à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando o órgão gestor de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar sempre que necessário a relação dos profissionais da unidade, responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, identificando as alterações que, por ventura, ocorram. Vale observar que será mantido controle do ponto biométrico de todos os profissionais em serviço na unidade.

Na Unidade de Saúde será adotado um projeto de desenvolvimento humano, com pesquisa periódica do clima organizacional. Trata-se de uma estratégia para combater o absenteísmo e estimular a produção será a de realizar a coleta de dados para a pesquisa absenteísmo por meio de questionários. Estes questionários têm a finalidade de caracterizar o perfil dos trabalhadores, identificar gênero, tempo de serviço, faixa etária, grau de escolaridade, cargos e natureza das ausências, bem como avaliar a satisfação dos mesmos com relação ao trabalho que exercem, identificando principalmente as características indesejáveis do trabalho. Em posse destes dados cabe a administração tomar as medidas cabíveis para melhor o ambiente de trabalho.

Ressaltamos que o controle de ponto do pessoal contratado será através de Ponto Biométrico.

Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial tem por objetivo definir a forma de capacitação dos Gestores e coordenadores, aplicando um plano de desenvolvimento de forma estratégica.

Alinhar a política de Treinamento e Desenvolvimento às estratégias da empresa assegurando que em todos os treinamentos, o conteúdo ministrado esteja de acordo com às estratégias e aos valores. Introduzir na cultura organizacional e nas práticas de gestão que o ambiente de trabalho é o ambiente de aprendizagem por excelência e o gestor é o maestro do ambiente e da aprendizagem.

O Treinamento no trabalho ou on the job, é aquele que ocorre no dia a dia, com a realização de tarefas rotineiras e orientação da chefia, através de feedbacks. Adotar estratégias de Treinamento e Desenvolvimento de curto, médio e longo prazo no planejamento estratégico anual da empresa. Utilizar o treinamento e desenvolvimento como moeda de troca na Retenção de talentos. Disseminar o compromisso corporativo com o processo de desenvolvimento do Capital Humano e com a efetividade dos resultados organizacionais.

E por fim, estimular os profissionais da Organização a buscarem o autodesenvolvimento e o protagonismo na condução de sua formação e carreira.

O detalhamento do programa de trabalho apresenta as Políticas e Diretrizes institucionais de todo o processo de contratação de pessoas, bem como avaliação de desempenho. Estas regras garantem o adequado funcionamento das atividades previstas, por meio de fluxos operacionais.

Para que sejam adequadamente seguidos por todos os colaboradores dos serviços, é importante que as políticas e diretrizes sejam de acesso fácil e de conhecimentos de todos. Neste sentido é que o instituo torna pública as principais políticas norteadoras das atividades, em site próprio.

O plano de trabalho será detalhado, dividido na Políticas relativas à organização administrativa e gerencial.

Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas.

Demonstração do sistema na unidade:







IDEAS

"É PELO SUS..."

...LOGO, TODO E QUALQUER ATENDIMENTO É GRATUITO."

UPA 24h
PREFEITURA DE PALHOÇA

Denúncia Reclamação Solicitação Elogio Sugestão

O IDEAS ouve você!
Envie sua manifestação através de nosso site:
www.ideas.med.br/ouvidoria

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

IDEAS

MISSÃO
Oferecer excelência em gestão de saúde focada nas necessidades dos usuários.

VISÃO
Ser a organização social referência no Brasil, atuando por meio da melhoria contínua em processos de gestão e na promoção da melhoria do acesso à saúde pública.

VALORES
Satisfação dos Usuários
Agilidade
Integridade
Responsabilidade Social e Ambiental
Valorização do Pessoal
Segurança do Paciente

SRDS
Sistema de Registro de Dados em Saúde

META 1 - IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO USUÁRIO

1. Todo usuário deve ser identificado.
Identificar o usuário no momento da admissão na unidade pelo usuário.

2. Realizar dupla conferência com o usuário ou responsável, dos dados de identificação e da unidade antes de ficar.

3. A primeira identificação deve conter sempre dois marcadores - nome completo (sem abreviações) e data de nascimento.

4. Não é possível profissionalmente no ponto de acesso. A identificação deve seguir o seguinte padrão:

5. Realizar a identificação e fornecer sobre a importância de manter a identificação com o usuário em todo o período de atendimento na unidade.

6. A identificação de segurança, deve ser realizada obrigatoriamente por 2 profissionais, assegurando a precisão da identificação. É imprescindível o registro em prontuário, com o nome e o número da identificação, nome do paciente ou número de local de atendimento.

7. Nos casos de emergência (urgência) não é necessário, porém, deve ser realizado sempre que possível.

8. Nos casos de identificação não deve ser realizada nenhuma intervenção.

IDEAS - Foco na Segurança
Olá, pessoal!
Afinal, o que é segurança do Paciente?

É um conjunto de ações e práticas que visam evitar danos aos pacientes durante a assistência em saúde, reduzindo a probabilidade de ocorrência de erros e eventos adversos.

Engloba desde a identificação correta do paciente, comunicação segura entre profissionais e pacientes/família, higiene das mãos, prevenção de quedas e lesões por pressão, segurança na administração de medicamentos e na realização de procedimentos invasivos.

IDEAS

easy office





9.3 Políticas de Humanização

Na gestão do Hospital Regional São Vicente de Paula, a integração dos princípios do Programa Nacional de Humanização (PNH) em nossos "dispositivos" (ferramentas, processos e rotinas) assistenciais é fundamental para transformar a experiência do paciente e da equipe. O PNH, com sua ênfase na valorização dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores, e na construção de autonomia e protagonismo, oferece um norte para aprimorar a qualidade do cuidado.

Vamos detalhar como desenvolver esses "dispositivos" em áreas-chave:

Desenvolvimento dos "Dispositivos" do Programa Nacional de Humanização (PNH) no Hospital Regional São Vicente de Paula. O desenvolvimento dos dispositivos do PNH implica em traduzir os princípios da humanização em ações concretas, mensuráveis e replicáveis no dia a dia da unidade.

1. Princípios do PNH como Guia

Antes de detalhar os dispositivos, é crucial internalizar os princípios do PNH:

- **Acolhimento:** Receber o usuário de forma qualificada, com escuta atenta e resolutive.
- **Clínica Ampliada e Compartilhada:** Olhar o paciente de forma integral, considerando seu contexto e promovendo a corresponsabilização no cuidado.
- **Gestão Participativa e Cogestão:** Envolver todos os atores (usuários, trabalhadores, gestores) nas decisões e na gestão dos processos.
- **Ambiência:** Criar espaços acolhedores e confortáveis.
- **Valorização do Trabalhador:** Cuidar de quem cuida.
- **Defesa dos Direitos dos Usuários:** Garantir o acesso, a informação e o respeito.

2. Dispositivos para a Gestão de Leitos (com foco na Humanização)

A gestão de leitos em uma unidade, embora focada na rotatividade, deve ser profundamente humanizada.

Dispositivo 1: Protocolo de Comunicação Transparente sobre Leitos

Como Desenvolver: Criar um POP (Procedimento Operacional Padrão) que defina a frequência e o conteúdo da comunicação com pacientes e familiares sobre a disponibilidade de leitos (seja na unidade ou para transferência).

Conteúdo: Informar sobre a situação geral da unidade, a fila de espera (sem expor dados de outros pacientes), o tempo estimado para liberação de leitos e o processo de regulação.

Ferramentas: Painéis informativos na sala de espera, cartilha explicativa, e treinamento da equipe (médicos e enfermeiros) para serem os comunicadores-chave, utilizando linguagem clara e empática.

PNH Relacionado: Acolhimento, Clínica Ampliada (informação como parte do cuidado), Defesa dos Direitos dos Usuários.

Dispositivo 2: "Plano de Cuidados na Espera" para Pacientes em Observação Prolongada

Como Desenvolver: Elaborar um protocolo para pacientes que permanecem por longos períodos em observação aguardando leito.

Conteúdo: Incluir reavaliações clínicas periódicas (com registro), oferta de conforto (cobertores, travesseiros), auxílio para higiene pessoal, e a garantia de alimentação e hidratação adequadas.

Ferramentas: Checklist de cuidados na observação, prontuário eletrônico com alertas para tempo de permanência, e treinamento da equipe de enfermagem para a proatividade nesses cuidados.

PNH Relacionado: Acolhimento, Clínica Ampliada, Ambiência.

Dispositivo 3: "Visita Humanizada" para Familiares de Pacientes Internados/Observação

Como Desenvolver: Definir horários flexíveis (mas controlados) para visitas de familiares, reconhecendo o papel do apoio familiar na recuperação.

Conteúdo: Estabelecer regras claras de visita (número de visitantes, higiene das mãos), e orientar os visitantes sobre o ambiente da unidade.

Ferramentas: Crachás de identificação para visitantes, cartilha de orientação e treinamento da equipe de segurança e enfermagem para acolher e orientar os familiares.

PNH Relacionado: Acolhimento, Defesa dos Direitos dos Usuários, Ambiência.

Dispositivos para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) (com foco na Humanização)

O ACCR já é um dispositivo do PNH, mas pode ser aprofundado em sua dimensão humanizada.

Dispositivo 4: "Escuta Qualificada na Triagem"

Como Desenvolver: Ir além da coleta de dados para a classificação de risco, treinando os enfermeiros para uma escuta ativa e empática da queixa do paciente.

Conteúdo: Capacitação em comunicação não verbal, manejo de ansiedade e sofrimento, e validação dos sentimentos do paciente.

Ferramentas: Roteiros de escuta (não engessados), e simulações práticas para aprimorar a habilidade de escuta.

PNH Relacionado: Acolhimento, Clínica Ampliada.

Dispositivo 5: "Informação Clara e Contínua" na Sala de Espera

Como Desenvolver: Criar canais de informação que minimizem a ansiedade dos pacientes na sala de espera.

Conteúdo: Informações sobre o funcionamento da unidade, o significado das cores da classificação de risco, direitos e deveres dos usuários, e dicas de saúde.

Ferramentas: Painéis eletrônicos com informações atualizadas, vídeos educativos, cartazes, e a presença de um "orientador de fluxo" (recepcionista ou técnico de enfermagem) para tirar dúvidas e reavaliar casos de piora.

PNH Relacionado: Acolhimento, Defesa dos Direitos dos Usuários, Ambiência.

4. Outros Dispositivos do PNH

Dispositivo 6: "Rodas de Conversa" para Equipes e Usuários (Gestão Participativa)

Como Desenvolver: Instituir encontros periódicos (mensais ou bimestrais) com a equipe multiprofissional para discutir processos, dificuldades e soluções. Estender o convite a representantes de usuários (Conselho Local de Saúde, se houver).

Conteúdo: Discussão de casos complexos, análise de indicadores, sugestões de melhoria e construção coletiva de planos de ação.

Ferramentas: Metodologia de facilitação de grupos, registro das discussões e deliberações.

PNH Relacionado: Gestão Participativa e Cogestão, Valorização do Trabalhador.

Dispositivo 7: "Cuidado de Si" para a Equipe (Valorização do Trabalhador)

Como Desenvolver: Implementar ações que promovam o bem-estar físico e mental dos profissionais da unidade.

Conteúdo: Ginástica laboral, espaços de desconpressão, acesso a apoio psicológico, palestras sobre manejo de estresse e burnout.

Ferramentas: Parcerias com profissionais de educação física/psicologia, criação de uma "sala de desconpressão" com recursos simples (poltrona confortável, água, café).

PNH Relacionado: Valorização do Trabalhador.

Dispositivo 8: "Comitê de Ética e Humanização" (Defesa dos Direitos e Clínica Ampliada)

Como Desenvolver: Formalizar um comitê multidisciplinar para discutir dilemas éticos, casos complexos e propor melhorias na humanização do cuidado.

Conteúdo: Análise de reclamações e elogios, discussão de casos com conflitos de valores, elaboração de pareceres.

Ferramentas: Regimento interno do comitê, canal de comunicação para denúncias/sugestões.

PNH Relacionado: Defesa dos Direitos dos Usuários, Clínica Ampliada e Compartilhada.

Dispositivo 9: "Prontuário Compartilhado e Linguagem Acessível" (Clínica Ampliada)

Como Desenvolver: Incentivar a equipe a registrar informações de forma clara e compreensível para outros profissionais e, quando pertinente, para o próprio paciente.

Conteúdo: Treinamento em registro de prontuário, uso de linguagem menos técnica ao se comunicar com o paciente e familiares sobre seu quadro.

Ferramentas: Auditorias de prontuário, feedback sobre a clareza da comunicação.

PNH Relacionado: Clínica Ampliada e Compartilhada, Defesa dos Direitos dos Usuários.

Dispositivo 10: "Mural da Qualidade e Humanização" (Ambiência e Gestão Participativa)

Como Desenvolver: Criar um espaço físico na unidade (e talvez virtual) para divulgar as ações de qualidade e humanização, e para receber feedback.

Conteúdo: Expor indicadores de desempenho, fotos de ações humanizadas, depoimentos de pacientes e colaboradores, e um espaço para sugestões e elogios.

Ferramentas: Mural físico interativo, caixa de sugestões, QR Code para pesquisa de satisfação.

PNH Relacionado: Ambiência, Gestão Participativa, Acolhimento.

Abordagem Geral para o Desenvolvimento dos Dispositivos:

Diagnóstico Participativo: Envolver a equipe e, se possível, usuários, para identificar as maiores necessidades e oportunidades de humanização.

Definição de POPs: Formalizar cada dispositivo em um Procedimento Operacional Padrão, descrevendo o objetivo, responsáveis, fluxo de trabalho e recursos necessários.

Capacitação Contínua: Treinar e reciclar constantemente as equipes sobre os novos dispositivos e os princípios do PNH.

Monitoramento e Avaliação: Utilizar indicadores para medir o impacto dos dispositivos e realizar ajustes.

Comunicação e Feedback: Manter canais abertos para que a equipe e os usuários possam dar feedback sobre a efetividade dos dispositivos.

Liderança Humanizada: A gestão deve ser o exemplo, praticando os princípios do PNH no dia a dia.

Ao implementar esses dispositivos, o Hospital Regional São Vicente de Paula não apenas cumprirá as diretrizes do PNH, mas construirá um ambiente de cuidado mais acolhedor, seguro e eficiente para todos.

Programa de Humanização IDEAS

O presente documento tem como objetivo recomendar rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas no IDEAS, a fim de que possibilite um trabalho coeso em rede. A escolha de rol mínimo de atividades para a

humanização nas unidades gerenciadas pela IDEAS, assim como já realizado com a vigilância em saúde e a segurança do paciente, faz-se necessária para que sejam harmonizadas as práticas de uma mesma rede, o que tende a potencializar os resultados. Esta diretriz contém elementos básicos e com ela são esperados avanços práticos de tal forma que possibilite a publicação de novas diretrizes que venham contemplar ações de maior complexidade e, assim, possam gradativamente implementar todas as demais ações propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a assistência hospitalar.

Vale salientar que diversos hospitais que compõem a IDEAS já possuem trabalhos em humanização, o que favorece a implementação de ações nos demais hospitais com as trocas de experiências em rede. Por outro lado, definiu-se como necessária a adição de um documento formal a essas ricas experiências, a fim de harmonizar conceitos, definir prioridades e elevar essas instituições a uma condição mínima de adequação aos principais requisitos da PNH, promovendo ciclos virtuosos de melhoria contínua para a humanização da assistência prestada aos usuários.

A ampliação das atividades para além daqui propostas são incentivadas. As unidades têm autonomia para implementar novas ações. Desta forma, esperamos que este documento, seja orientador e motivador de mudanças para a introdução ou o aprimoramento de práticas assistenciais humanizadas, bem como possam proporcionar a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de aliar o uso das evidências científicas de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado, quando estiverem prestando seus atendimentos nas Unidades de Saúde gerenciadas pela IDEAS.

A IDEAS se inspira na Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) que busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam nossas políticas são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das

condições de trabalho dos profissionais. A desumanização da gestão e do cuidado em saúde representada por inúmeras filas, isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares durante o período de internação, práticas de gestão autoritárias e trabalhadores tratados como recursos e insumos, tem levado à perda significativa do sentido do cuidado. A PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, realizando-se pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e de coletivos.

A Humanização é uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a si próprios nesse mesmo movimento.

A humanização deve ser abrangente, deve atingir todos os setores das Unidades de Saúde. No entanto, é oportuno escolher as primeiras áreas a serem trabalhadas, assegurando ao processo um resultado impactante e sustentável. A IDEAS trabalha com a identificação dos problemas mais emergenciais, os quais devem ser objeto de priorização na elaboração dos planos de ação.

Ressalta-se que as ações pontuais de unidades específicas têm o tratamento adequado, a fim de propiciar um ambiente favorável à humanização em toda a instituição.

Todas nossas ações buscam estar em consonância com os princípios da PNH: transversalidade; indissolubilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Propõe como método a gestão participativa e cogestão, que se apresenta como um “tríplice inclusão”, incluindo sujeitos, coletivos para produzir mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão, as quais decorreriam da “produção de plano e ação comum” entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

A partir destes pressupostos, as ações da IDEAS são centradas no trabalho em equipe, na construção coletiva que garantem que o poder seja de

fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Os profissionais de saúde são orientados a trabalhar em conjunto com os usuários dos serviços, promovendo o cuidado centrado na pessoa, auxiliando assim os usuários a desenvolverem conhecimentos, aptidões e a confiança que precisam para gerenciar suas tomadas de decisões de forma mais efetiva. A assistência é coordenada e adaptada às necessidades do indivíduo.

Ações e dispositivos preconizados pela PNH adotados pela IDEAS:

1. Grupo de Trabalho de Humanização
2. Visita aberta e direito ao acompanhante
3. Sistemas de escuta qualificada
4. Desospitalização
5. Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco
6. Carta de direitos dos usuários do SUS
7. Ambiência
8. Valorização dos trabalhadores
9. Brinquedoteca
10. Grupo de Trabalho de Humanização – GTH

Um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é constituído nos hospitais gerenciados pela IDEAS, que realiza trabalho pautado nas orientações da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, na presente Diretriz e deve ser regulamentado por Regimento Interno Próprio.

O GTH é um “espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a ser uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde”.

A composição do GTH é multidisciplinar e multiprofissional, com participantes envolvidos com a ideia de humanização, considerando a sensibilidade e o comprometimento com a dignidade do ser humano, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.

O engajamento dos gestores nos GTHs revela que a humanização está sendo priorizada nos processos de construção coletiva de saúde. O grupo é conhecimento por todos os colaboradores, terceiros e fornecedores, bem como o pelo público. É preparado por treinamentos e cursos a fim de fomentar discussões específicas e transversais, além de incentivar pactuações que visem estimular os processos humanísticos na Unidade de Saúde, por meio de reuniões que permitam a participação de toda comunidade hospitalar, com atuação da gestão e trabalhadores interessados.

Em suas reuniões, estão sempre abertos a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais. As reuniões são mensais e possuem caráter aberto, ou seja, além dos membros efetivos, podem participar das reuniões quaisquer outros atores envolvidos com os processos da unidade, e deverão ser registradas em ata, incluindo os temas em pauta e as decisões tomadas. O GTH reporta-se diretamente à Diretoria da Unidade. Subgrupos podem ser constituídos temporariamente, com intuito de elaborar propostas específicas de intervenção em algum setor, além de preparar temas para serem apresentados ou divulgar trabalhos na instituição.

Ações desenvolvidas pelo GTH podem se caracterizar na realização de diagnósticos da situação hospitalar quanto aos serviços humanizados, na investigação dos principais pontos críticos para o funcionamento de cada um deles e no desenvolvimento e implantação de projetos operacionais de atividades de humanização.

Essas intervenções são significativas para possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura democrática, solidária e crítica, pondo em vista a avaliação dos projetos da unidade, de acordo com a Política Nacional de Humanização, além de difundir os princípios norteadores da PNH.

Alguns dos objetivos do GTH visam dar apoio e estímulo as ações humanitárias dentro da unidade de saúde, fomentando a gestão de participação no quesito educação permanente dos trabalhadores, o que contribui para a melhoria do atendimento e do acolhimento.

Além disso, o GTH amplia a comunicação entre a unidade, os grupos e a comunidade para que exista uma evolução nos debates, buscando o

aprimoramento dos serviços prestados, incentivando o trabalho em grupo e a qualidade na produção de saúde.

Esse incentivo gera a divulgação sobre o direito que os usuários possuem nas diversas fases dos cuidados, desde a recepção até a alta, dispondo também a respeito dos acompanhantes, oferecendo-lhes um ambiente adequado.

A intervenção para a melhora dos processos de trabalho oferece o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão para promover o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população. Dessa forma, auxilia na diminuição das filas e do tempo de espera e, por fim, viabiliza reflexões sobre a dinâmica das equipes de trabalho acerca de todo o processo de humanização.

Além disso, oferecemos e realizamos a implantação de novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar gestores, profissionais de saúde e usuários. É primordial, portanto, que seja promovida a horizontalização da gestão a fim de criar alternativas e soluções que auxiliem na melhoria do atendimento oferecido pelos serviços, incentivando a troca de experiências, conhecimentos e pesquisas.

Visita Aberta e Direito ao Acompanhante

A visita aberta e o direito ao acompanhante compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização presentes na Diretriz. Na Portaria GM/MS nº 3.39012, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNOSP), a Visita Aberta é definida como: “o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio”.

A PNOSP ainda coloca que:

“Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.”

Já o acompanhante é descrito no documento humaniza SUS como “um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde”

Humanizar é cuidar do usuário como um todo, considerando seus contextos familiar e social, respeitando seus valores e aspectos culturais, sendo assim, é possível admitir que o objetivo desse dispositivo seja ampliar as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o sujeito, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.

Buscando manter, mesmo que latente, o projeto de vida do sujeito durante o tempo de internação. Uma vez que cada usuário faz parte de sistemas complexos e interconectados, a presença de amigos e da família (da rede social) durante a internação mantém a interação com esse meio, podendo favorecer a prestação do cuidado, uma vez que fortalece na pessoa hospitalizada sua identidade pessoal e sua autoestima.

A presença desses atores permite o levantamento de dados a respeito do estilo de vida do usuário, os quais podem ter contribuído para o surgimento da patologia. Com isso, são suscitados hábitos a serem modificados para recuperação e manutenção da saúde da pessoa internada e de sua família.

Amigos e familiares que acompanham todo o processo de cuidados da pessoa internada podem aumentar a autonomia do usuário. Os membros da família são orientados, pela equipe de saúde, quanto ao papel de cuidadores, contribuindo assim para a continuidade do cuidado em casa.

Visitantes e acompanhantes colaboram na observação das alterações do quadro clínico do usuário, comunicando-os à equipe multiprofissional. Pessoas internadas menores de 18 anos de idade, tem assegurado o direito a um acompanhante, pais ou responsável, pelo artigo 12 da lei nº 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente. O direito ao acompanhante também é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) internados, pelo artigo 16 da lei nº 10.741/03 - Estatuto do idoso. Parturientes têm direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais

públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05, de 07 de abril de 2005/16.

O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante o processo. Evidências científicas demonstram que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, reduzindo a necessidade de cesáreas, a ocorrência de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a depressão pós-parto e a utilização de analgésicos.

À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, em tempo integral, de acordo com a Lei 13.146, de 06 de julho de 2017. Outro ponto que deve ser ressaltado é o presente na lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura nos hospitais da rede pública ou privada o atendimento religioso aos internados, em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso dos sujeitos que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

A Unidade de Saúde como um espaço de construção da autonomia do autocuidado: O espaço hospitalar conduzido por profissionais que valorizam o cuidado centrado no paciente, tem o potencial de induzir o usuário e, assim como a seus familiares, a reproduzirem as atitudes e os comportamentos recomendados pela equipe de saúde. Essa atitude também orienta a família a transformar a residência em um ambiente ajustado à situação do usuário.

As necessidades apresentadas reforçam a importância da rede social para a recuperação e continuidade da saúde do indivíduo. Com a inserção da família e do grupo social no cuidado, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao usuário.

A volta para casa, em muitos casos, acontecerá naturalmente, em alguns casos pode até mesmo tornar desnecessárias as medidas de “reinserção social”.

Visitantes e Acompanhantes

A demanda de visitantes e de acompanhantes não será estimada apenas pela equipe de saúde. Quando exequível, a autorização de visitas e

acompanhantes irá respeitar o desejo do usuário e seguir as necessidades específicas de cada contexto familiar.

Usuários inconscientes também sentem a presença de amigos e familiares, sendo assim, convidamos as nossas lideranças e equipes de saúde para que reflitam a respeito dos horários de visita estabelecidos em unidades de cuidados a pacientes críticos.

Indígenas hospitalizados, com frequência, necessitam de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais, que envolvem significados etnomédicos e também religiosos. Para os usuários em condições de locomoção deve ser verificada a possibilidade de receber os visitantes fora do leito, assim como, conferida a adequação do espaço para a inclusão do acompanhante.

Cabe ressaltar que, no momento da visita, um integrante da equipe responsável pelo usuário deve estar presente, visto que a presença de visitantes e acompanhantes não pode comprometer a segurança do paciente e nem mesmo atravessar os limites éticos ou legais. Sendo assim, o processo de implantação e implementação desse dispositivo exige planejamento e monitoramento, para que os profissionais estejam preparados para receber e orientar os visitantes e acompanhantes.

Escuta Qualificada

As unidades da IDEAS possuem sistemas de escuta qualificada para seus usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados.

A Ouvidoria é uma forma de sistema escuta qualificada, visto que Ouvidoria em Saúde se constitui em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos aos serviços prestados.

Essa visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do SUS. É fundamental que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação,

visando garantir aos usuários a humanização do atendimento e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Para isso, faz-se necessário possuir esse sistema com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos, sendo eficaz na busca de soluções, preservando a imagem da unidade e reduzindo a exposição ao litígio.

Outra forma de sistema de escuta qualificada é a pesquisa de satisfação, amplamente utilizada pela IDEAS em unidades por ela gerenciadas. A satisfação do usuário é uma avaliação positiva individual, que considera as percepções do sujeito em relação às suas expectativas, valores e desejos.

Com vistas a avaliar a qualidade em saúde e contribuir na implementação da Política Nacional de Humanização, faz-se necessário realizar o levantamento do nível de satisfação no trabalho, a partir da percepção do usuário interno e externo, por meio da pesquisa e análise de aspectos significativos, tais como: seu posicionamento em relação às condições de trabalho, qualidade do atendimento e o nível de satisfação do usuário interno e externo.

O período de coleta de dados acontece periodicamente, com o objetivo de garantir a participação dos usuários na elaboração e implementação de ações que visem a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e que estejam em conformidade com o que preconiza os princípios do SUS e, sobretudo, avaliar sistematicamente de forma organizada o nível de satisfação dessa população em relação aos serviços prestados e as condições de trabalho.

A pesquisa de satisfação, bem como as denúncias e elogios recebidos pela Ouvidoria revelam falhas nos processos da Unidade que se caracterizam como risco à segurança do paciente. Um trabalho coeso e complementar entre a Ouvidoria e o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente permite implementar ações para a melhoria da qualidade assistencial de forma mais efetiva e eficiente.

Desospitalização

A Política Nacional de Humanização preconiza o acesso e a atenção integral à população. A integralidade da assistência é conceituada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade implica em ações realizadas de forma pactuada entre os pontos de atenção à saúde e com integração multiprofissional exigindo, portanto, estruturação de linha de cuidado.

A transferência do cuidado é uma ferramenta da linha de cuidado, que estabelece fluxograma, procedimentos e orientações no período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, por meio de referência e contrarreferência. Instituímos um canal de comunicação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de favorecer o acesso do usuário ao serviço e a continuidade dos cuidados.

É importante desenvolver na Unidade de Saúde, um protocolo de transferência de cuidado, estabelecendo projeto terapêutico, modelo de relatório de encaminhamento para as contrarreferências e fluxo de comunicação com as unidades básicas de saúde que acompanharão os usuários egressos.

O projeto terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir da avaliação das condições de saúde do usuário e da definição das linhas de intervenção dos profissionais envolvidos no cuidado, com base na discussão da equipe multiprofissional.

Para a elaboração do projeto terapêutico singular, procedemos a uma avaliação física, psicológica e social, que possibilite um diagnóstico dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Após a etapa de diagnóstico, são definidas metas de curto, médio e longo prazo, que são acordadas com o usuário, estabelecendo-se responsáveis por cada tarefa.

O projeto deve ser reavaliado periodicamente, com discussão da evolução do usuário pela equipe multiprofissional e averiguação da necessidade de correções de rumo. Por este motivo, implantamos e mantemos a visita multidisciplinar integrada as reuniões de equipe para planejamento. É necessário que cada usuário tenha sua equipe de referência na unidade.

Para o bom andamento dessas ações, é fundamental que o prontuário integrado (único), conforme critérios previstos nos protocolos (lista de

problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução).

É importante também divulgar o projeto de integração com a rede básica, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis pelo acompanhamento do usuário, além de articular vínculo com o sistema de urgência/emergência loco-regional.

Idealmente, o usuário deve ter alta da unidade de saúde com consulta de seguimento já agendada na rede, assim como os procedimentos e exames que forem necessários após a saída da unidade de saúde. Os projetos terapêuticos são conduzidos em parceria com a atenção básica, para assegurar a continuidade do cuidado.

Acolhimento em Função de Vulnerabilidade/Risco

Acolhimento é a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados, com o objetivo de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

É uma forma de realizar os processos de trabalho em saúde, com prestação de atendimento eficiente, com uma escuta ativa e com respostas apropriadas para as questões do cidadão. A escuta permite o acesso oportuno dos usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Ela assegura que todos sejam atendidos com prioridades estabelecidas a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. É fundamental que haja acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso – pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia.

É elaborado projeto terapêutico individual e, idealmente, coletivo com horizontalização por linhas de cuidado, e quando for o caso, o usuário deve ser encaminhado para a continuidade da assistência em outros serviços, o que requer a articulação da rede para garantir o seguimento.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui

numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Os hospitais devem fazer um projeto de acolhimento, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. Para que o acolhimento seja apropriado, consideramos importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a reorganização dos processos de trabalho; a governabilidade das equipes locais; e a multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Os serviços de urgência e emergência sob gestão do IDEAS implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. O acolhimento com classificação de risco proporciona a redução de filas e do tempo de espera.

Os serviços são reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; o trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; deve ser pactuada com o usuário a resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

Todos os profissionais de saúde do IDEAS são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as “portas de entrada”, podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde.

A classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, busca garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o usuário que não corre risco imediato e o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; e estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Os casos não agudos devem ser encaminhados para consulta eletiva e já devem sair com agendamento. Os hospitais devem elaborar um protocolo de classificação de risco. O protocolo de classificação é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento e deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado.

Recomendamos que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação (exemplo: vermelho, amarelo, verde, azul).

Carta De Direitos dos Usuários do Sus

As discussões em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) são amplas e crescentes, envolvendo gestores, trabalhadores, assim como a necessidade de articular a sociedade e os usuários em geral, no intuito de construir políticas públicas mais efetivas e resolutivas.

Um SUS humanizado convoca a todos para que, em todas as suas instâncias, programas e projetos, exista o comprometimento com a humanização, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. A Carta é regida pelos seguintes princípios:

- a) 1º Princípio: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, isto é, acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovidos pelo Sistema Único de Saúde;
- b) 2º Princípio: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. É direito dos cidadãos terem atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário;
- c) 3º Princípio: todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer

discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência;

d) 4º Princípio: todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;

e) 5º Princípio: todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;

f) 6º Princípio: todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos, portanto, todos os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, de acordo com a PNH e cada instituição de saúde deve incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as etapas do cuidado. Sendo assim, é imprescindível que as unidades de saúde definam e divulguem as diretrizes que protegem e asseguram os direitos e responsabilidades dos usuários e de seus familiares.

Ambiência

De acordo com o Ministério da Saúde a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Esse espaço visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários. Visando isso, a IDEAS obedece a legislação e considera necessário dispor de estratégias como: assegurar a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, propiciando um ambiente de privacidade.

Em caso de espaço físico reduzido e com poucos recursos, a privacidade pode ser favorecida com a utilização de biombos ou cortinas. É interessante providenciar de um espaço que possibilite o encontro entre os profissionais e os acompanhantes, podendo ser um ambiente pequeno, desde que calmo, restrito,

com boa aparência, no qual o profissional terá a oportunidade de fornecer informações sobre os usuários, aos seus familiares/acompanhantes, sem interrupções e de maneira singular.

Vale ressaltar que, ao construir ambiências, cuidamos em conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando para assim contribuir na promoção do bem-estar e desfazer o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil.

Se o espaço em questão for o de pediatria, a criança, além de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, encontra-se afastada de seu ambiente familiar, escolar, do seu cotidiano como um todo e, por isso é importante proporcionar um ambiente mais favorável, com intuito de não oferecer uma experiência de hospitalização traumatizante. Alguns pontos a serem observados são:

- Condições de infraestrutura necessárias ao funcionamento dos equipamentos médicos hospitalares de forma adequada;
- A quantidade e a qualidade da iluminação dentro dos diversos ambientes hospitalares;
- A temperatura: adaptação das pessoas às condições climáticas nos locais nos quais estão inseridos;
- A cor dos revestimentos dos ambientes e a sensação provocada por estes.

É importante destacar que, ao se desenvolver projetos de ambiência, estes devem estar alinhados com as áreas afins, como infraestrutura e segurança do paciente. O espaço deve ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Valorização dos Trabalhadores

De acordo com a Cartilha da PNH “Trabalho e Redes de saúde”, o processo de trabalho em saúde tem ressaltado que as instituições devem ser espaços de valorização do potencial de seus trabalhadores.

A IDEAS considera fundamental promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, dando visibilidade às

experiências dos trabalhadores e incluindo-os na tomada de decisão, acreditando na capacidade desses de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Os trabalhadores potencializados facilitam a interlocução com os gestores e usuários, desfazendo a divisão técnica e social do trabalho em suas especialidades, propiciando um ambiente mais equilibrado. Uma forma de valorização do trabalhador é promover a educação permanente.

A instituição deve dispor de um Plano de Educação Permanente para os trabalhadores com base nos princípios da humanização, que deve ser alinhado com a Divisão de Gestão de Pessoas. No Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores é importante que esteja presente o levantamento atualizado sobre a necessidade de capacitação de recursos humanos, assim como a agenda de educação permanente da instituição.

Ressalta-se a relevância da existência de uma biblioteca (virtual ou física), com material científico atualizado e relacionado ao contexto do serviço. Destaca-se também a relevância da realização de eventos e atividades de educação permanente internas e externas.

Cabe realçar que o favorecimento de oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade hospitalar, favorece a autoestima dos profissionais.

Além disso, destaca-se a necessidade da existência de estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias. É importante criar estratégias de forma a reconhecer o trabalho, o empenho, a dedicação dos profissionais, como a iniciativa de oferecimento de placas de menção honrosa, demonstrando a significância do trabalhador para a Instituição.

Devem ser desenvolvidas ações com enfoque na Saúde do Trabalhador, direcionadas para a promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho, como a ação “Cuidando do Cuidador”, que objetiva o cuidado dos profissionais de saúde nas instituições nas quais atuam.

Brinquedoteca

A importância do brincar, como direito de qualquer criança independe do ambiente onde ela se encontre. De acordo com a Resolução nº 41, de outubro de 1995, do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente:

“Toda criança e adolescente hospitalizado tem direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para saúde e acompanhamento de currículo escolar, durante a sua permanência no ambiente hospitalar”

Aliada a essa Resolução, está a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que torna obrigatória a existência de brinquedotecas hospitalares, fazendo-se cumprir o atendimento integral à criança.

Partindo desse princípio e buscando minimizar as intercorrências do processo de hospitalização no desenvolvimento da criança, o IDEAS atrai da manutenção do lúdico em seu cotidiano. A criança se encontra submetida a uma situação em que tudo é diferente, desde as rotinas até as pessoas com as quais passa a conviver, estando, ao mesmo tempo, afastada de seus brinquedos e de sua rede social. Nesse sentido, o IDEAS desenvolverá atividades lúdicas e pedagógicas com seus pequenos usuários, contribuindo para a aceitação ao tratamento, propiciando maior interação com a equipe de saúde.

Cabe ressaltar que, os hospitais que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação devem, obrigatoriamente, contar com brinquedoteca em suas dependências. Ademais, o trabalho das brinquedotecas será tema de documento específico será tratado com maior detalhamento em documentos futuros.

Monitoramento e Avaliação

No âmbito da gestão dos serviços de saúde, a informação estratégica, que abrange as diferentes dimensões da qualidade, é capaz de apoiar a tomada de decisão. Os dados que emergem da estrutura, do processo e do resultado na produção de saúde têm o potencial de mobilizar as equipes em torno das metas e objetivos traçados, levando os funcionários a refletirem sobre o fazer cotidiano,

norteando a prática do trabalho, fomentando autonomia e protagonismo coletivos.

O ideal é que ocorram reuniões de diferentes profissionais, com diferentes saberes, durante a análise dos dados, em uma configuração multiprofissional, atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado, propiciando aprendizagens coletivas. A avaliação como dispositivo da Política Nacional de Humanização engloba a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidade primordial a prestação de serviços e a produção de sujeitos.

Os indicadores escolhidos para monitoramento das ações sobre humanização devem estar relacionados às dimensões da saúde e à satisfação dos usuários. A presença de indicadores que representem a realidade do trabalho em saúde, demonstra o princípio de indissolubilidade entre atenção e gestão.

Observa-se que a avaliação impulsiona as mudanças nos serviços, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos nos processos. O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de ações, tomando-se como base o que um projeto estabelece como metas de sua implementação.

Refere-se ao acompanhamento do alcance de objetivos e metas por meio de uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É realizado cotidianamente nas unidades gerenciadas pelo IDEAS, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Os indicadores representam medidas que contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho dos serviços.

São instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas, variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obtendo uma medida inicial para a avaliação, no momento da mensuração ou em uma comparação posterior. Ressalta-se que “uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo”.

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, com isso, destaca-se a complexidade do monitoramento e avaliação da

Humanização, levando à necessidade de incorporação de indicadores capazes de quantificar mudanças não somente no quadro saúde doença, mas também de representações e realizações dos sujeitos.

Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem representar os processos instalados e/ou produtos obtidos. Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos. O IDEAS trabalhará os indicadores presentes no documento emitido pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização intitulado “Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência” .

Diante do grande número de indicadores apresentados nesse documento e da complexidade do monitoramento dos dispositivos de humanização, os quais alcançam diferentes níveis de organização nas instituições, seguindo o princípio da transversalidade da Política de Humanização, foi construído um indicador composto ou índice.

Esse Índice tem o intuito de acompanhar a implantação e implementação dos dispositivos presentes na Política Nacional de Humanização, sobretudo os explicitados por essa Diretriz, sendo composto por 7 variáveis:

1. Grupo de Trabalho de Humanização implantado, com regimento interno próprio, publicado em Portaria Institucional, que inclua os participantes;
2. Atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização na implantação e implementação dos dispositivos da PNH;
3. Sistemas de escuta qualificada em funcionamento;

4. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;
5. Realização de Campanhas em Prol da Humanização;
6. Número de dispositivos/projetos, presentes na Diretriz IDEAS de Humanização, implantados e com atividades em desenvolvimento;
7. Presença de outros dispositivos/projetos preconizados pela PNH, implementados na Unidade de Saúde. Além do Índice IDEAS sobre Humanização, recomenda-se que sejam monitorados, em todos os HUF, nos casos aplicáveis, os seguintes indicadores:
 - I. Protocolo de acompanhamento de doentes terminais elaborado e implementado na instituição; Diretriz (Externo)
 - II. Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização;
 - III. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços, para divulgação da Carta de Direitos dos Usuário do SUS;
 - IV. Casa da gestante, bebê e puérpera em funcionamento;
 - V. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço;
 - VI. Acompanhante permitido para todas as gestantes na sala de parto;
 - VII. Presença de espaço que garanta a privacidade da usuária durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Todos os projetos apresentados como Incremento de Atividade á resposta ao Edital de Chamamento Público como meta principal a SUSTENTABILIDADE. Nosso papel principal se dá através da orientação técnica, visitas, reuniões e possivelmente oficinas relacionadas às atividades.

Resultados Esperados: - através da Rede Intersetorial Transdisciplinar incentivar adoção de estilo de vida sadio, pautado nas práticas de atividade física, alimentação saudável e bem-estar coletivo, contribuindo para redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, preservando o meio ambiente para o futuro da população da região da unidade de saúde com isso melhorar os Indicadores e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

QUALIDADE TÉCNICA**10. Experiência Anterior**

O instituto apresenta no **ANEXO XII** todos os contratos públicos firmados para gestão de unidades de saúde dos mais diversos níveis de atenção, atenção primária, secundária, terciária e especializada, garantindo a capacidade técnica para gerenciamento da unidade.

10.1 Contrato de Gestão com o poder público de unidades hospitalares

Item	Serviços
Atestados em Serviços Gerais em Saúde	Complexo Estadual de Saúde Alberto Torres, Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro – Município de São Gonçalo/RJ. Período de vigência 28/09/2020 até a presente data. (4 anos)
	Fundação Hospital Centenário. Município de São Leopoldo/RS – Período 10/06/2020 até 20/09/2024 (4 anos e 3 meses)
	Hospital Estadual Roberto Chabo. Município de Araruama/RJ – Período 09/11/2021 até a presente data (3 anos e 7 meses)
	Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer. Município do Rio de Janeiro/RJ – Período 11/02/2022 até a presente data (3 anos e 4 meses)
	Maternidade Mariana Bulhões. Município de Nova Iguaçu/RJ – Período 13/03/2023 até a presente data (1 ano e 6 meses)
	Hospital Regional de Toledo. Município de Toledo/PR – Período 21/06/2023 até a presente data (1 ano e 3 meses)

Item	Serviços
Atestados em Serviços Gerais em Saúde	Hospital Geral Dr. Luiz Pinto. Município de Rio das Flores/RJ – Período 03/07/2023 até a presente data (1 ano e 2 meses)
	Hospital de Olhos de Santa Catarina. Município de Palhoça/SC – Período 01/09/2023 até a presente data (1 ano)
	Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças e Unidade de Pronto Atendimento 24h – Município de São Francisco do Sul/SC - Período de Vigência 11/04/2017 até 11 /04/ 2018. (1ano)
	Hospital Santo Antônio. Município de Itapema/SC – Período 13/04/2017 até 13/04/2018 (1 ano)
	Hospital de Caridade de Jaguaruna. Município de Jaguaruna/SC – Período 06/06/2017 até a presente data (8 anos)
	Hospital Regional Deputado Afonso Ghizzo, Município de Araranguá/SC – Período 18/12/2017 até 07/11/2018 (11 meses)
	Hospital Florianópolis, Município de Florianópolis/SC – Período 22/02/2018 até 22/08/2018 (6 meses)
	Complexo Estadual de Saúde Alberto Torres, Hospital Estadual Alberto Torres – Município de São Gonçalo/RJ. Período de vigência 28/09/2020 até a presente data. (4 anos e 9 meses)
	Hospital Materno Infantil de Santa Catarina, Município de Criciúma/SC – Período 06/01/2017 até a presente data. (8 anos e 5 meses)

Item	Serviços
Atestados em Serviços Gerais em Saúde	Hospital Regional Médio Paraíba Zilda Arns Neumann. Município de Volta Redonda – Período 28/09/2020 até a presente data (4 anos e 9 meses)
	Fundação Hospital Centenário. Município de São Leopoldo/RS – Período 24/11/2022 até a presente data (11 meses)
	Hospital Estadual Ricardo Cruz. Município de Nova Iguaçu – Período de 01/04/2021 até 04/10/2023 (2 anos e 6 meses)

10.2 comprova experiência prévia na condição de mantenedora de hospital filantrópico, em conformidade com a Portaria nº 2.567/2016 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para hospitais integrantes da rede filantrópica do SUS

O instituto é gestor e mantenedor do Hospital de Caridade de Jaguaruna, sendo sua matriz CEBAS. Os serviços de gestão no hospital são desempenhados desde 06/06/2017 até a presente data, conforme contrato e atestado anexo ao chamamento público.

Item	Serviços
Mantenedora de Hospital Filantrópico	Hospital de Caridade de Jaguaruna. Município de Jaguaruna/SC – Período 06/06/2017 até a presente data (8 anos)

10.3 Unidade de Pronto Atendimento experiencia em gestão de UPA

Item	Serviços
Atestado em serviços de Pronto Socorro, UPA	UPA 24h Forquilha. Município de São José/SC – Período 11 de dezembro de 2017 até dezembro de 2025 (8 anos)
	UPA 24h Canoinhas Município de Canoinhas/SC – Período 01 de dezembro de 2023 até a presente data (1 ano e seis meses)
	UPA 24h Guajuviras. Município de Canoas/RS – Período 01/08/2019 até 01/02/2020 (6 meses)
	UPA 24h São Gonçalo I, Colubandê. Município de São Gonçalo/RJ – Período 28/09/2020 até a presente data (4 anos e 3 meses)
	UPA 24h Moradas do Vale. Município de Gravataí/RS - Período 09/11/2020 até 09/11/2021 (1 ano)
	UPA 24h COHAB C. Município de Gravataí/RS - Período 17/11/2020 até 17/11/2021 (1 ano)
	UPA 24h Bela Vista. Município de Palhoça/SC – Período 20 de abril de 2021 até a presente data (4 anos e 3 meses)
	Pronto Socorro do Hospital Geral de Taipas. Município de São Paulo/SP. Período 28 de dezembro de 2022 até a presente data. (1 ano e 9 meses)
	Pronto Atendimento 24h Jetel Mendes. Município de Balneário Barra do Sul/SC – Período 15/09/2017 até 09/04/2018 (7 meses)

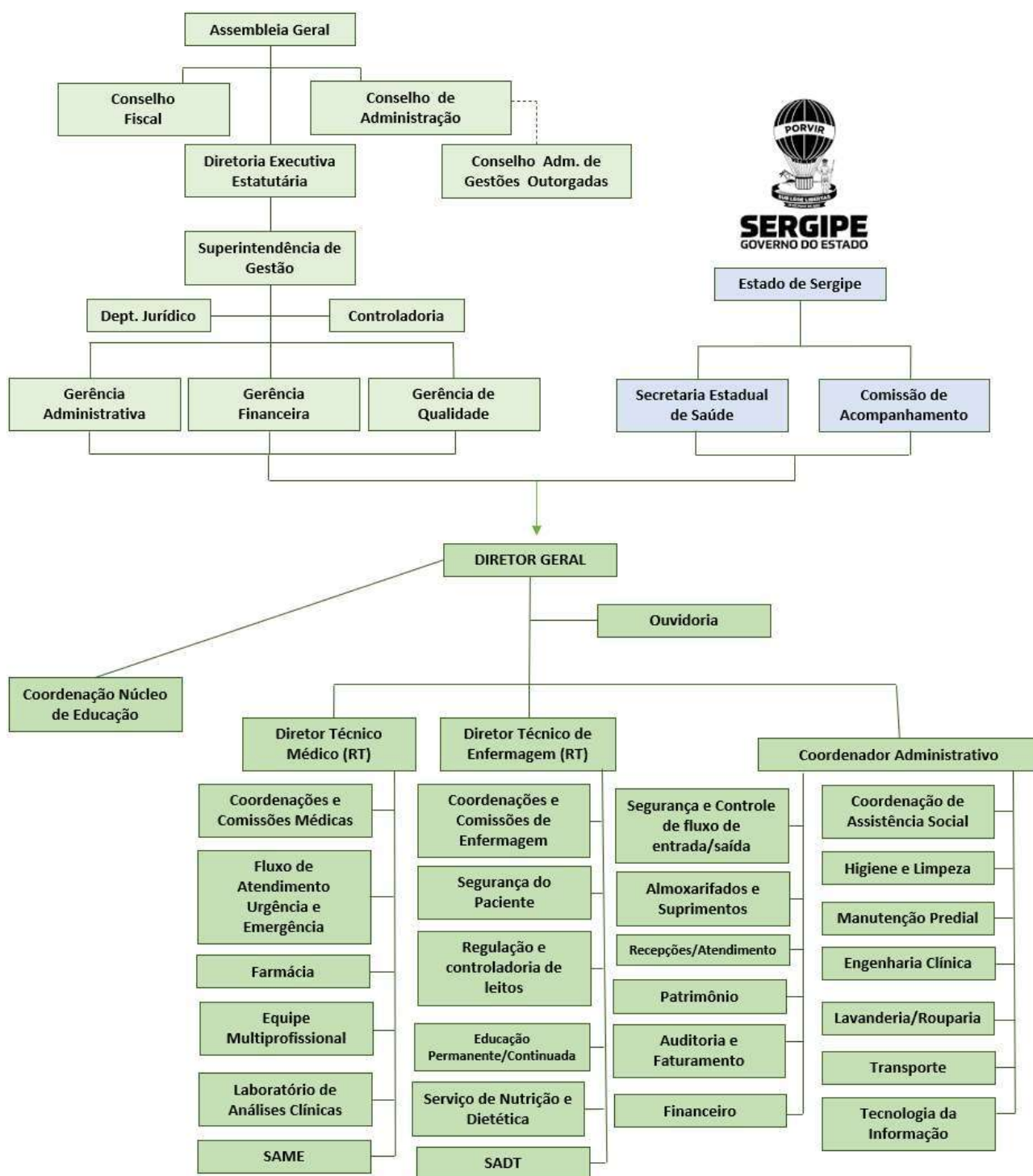
	UPA 24h Frederico Westphalen. Município Frederico Westphalen – Período 29/12/202 até 02/04/2022 (1 ano e 4 meses) UPA 24h Antônio Lorenzetti. Município de Lençóis Paulista – Período 10/04/2024 até a presente data (1 ano e 2 meses) UPA 24h Zona Norte. Município de São Leopoldo – Período 18/02/2023 até a presente data (2 anos e 4 meses) UPA 24h Jagurussu. Município de Fortaleza -Período 01/01/2024 até a presente data (1 ano e 6 meses) UPA 24h Itaperi. Município de Fortaleza -Período 01/01/2024 até a presente data (1 ano e 6 meses) UPA 24h Edson Queiroz. Município de Fortaleza -Período 01/01/2024 até a presente data (1 ano e 6 meses)

11. Estrutura Diretiva da Unidade

11.1 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. Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto

O instituto apresenta em seu **ANEXO XXII** todos os profissionais que atendem aos critérios de pontuação estabelecidos no certame, com a demonstração da titulação pretendida.

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



DIRETOR GERAL:

- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde do órgão gestor, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Conhecer o perfil epidemiológico e demográfico da região atendida;
- Planejar, coordenar e supervisionar a equipe sob sua responsabilidade;
- Participar do planejamento das ações municipais de saúde relativas à Rede de Atenção à Urgência/Emergência;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pelo órgão gestor;
- Organizar e coordenar reuniões técnico administrativo, periodicamente, com as equipes sob sua supervisão;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Participar de reuniões técnico administrativo, no órgão gestor ou outro local designado, para discussão de problemas gerais e específicos;
- Elaborar documentos relativos a sua área de atuação;
- Elaborar escala dos serviços de apoio: recepção, limpeza e motoristas;
- Avaliar periodicamente os dados de produção e indicadores epidemiológicos;
- Controlar o cumprimento de horário, assinatura de ponto, licenças e férias dos funcionários sob sua supervisão;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Verificar cumprimento dos prazos para entrega de documentação ao órgão gestor e demais setores;
- Manter atualizada a Licença de Funcionamento da respectiva Unidade de Saúde;
- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Elaborar e revisar as Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP; e
- Executar tarefas afins.

COORDENADOR MÉDICO - RT:

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde do órgão gestor, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Coordenar, avaliar, supervisionar e controlar as atividades técnico/administrativas relativas ao atendimento médico;
- Elaborar e fazer cumprir protocolos clínicos de atendimento;
- Identificar a necessidade de treinamentos da equipe. Propor, articular, executar e/ou participar dos treinamentos;
- Participar de reuniões técnico administrativas, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Elaborar escalas de plantões médicos para atendimento médico na unidade de saúde e remoções/transferências intermunicipais;
- Assumir o atendimento médico na falta de plantonista;
- Participar do planejamento das ações de saúde relativas à Rede de Atenção às Urgências/Emergências;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pelo órgão gestor;
- Executar tarefas afins.

COORDENADOR DE ENFERMAGEM - RT:

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer sua equipe de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde da região;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Cumprir e fazer cumprir as normas de Segurança do Trabalho, instruindo servidores sob sua supervisão quanto às precauções no sentido de prevenir a ocorrência de acidente de trabalho ou doenças ocupacionais;

- Prestar assistência de enfermagem conforme protocolo da Unidade;
- Supervisionar e ser corresponsável pelo correto preenchimento dos prontuários e impressos padronizados, de acordo com as normas estabelecidas;
- Checar os equipamentos de forma sistemática e periódica, no que diz respeito ao seu funcionamento, uso, limpeza, desinfecção, acondicionamento e manutenção conforme manual de normas e procedimento dos equipamentos e de enfermagem;
- Controlar a entrada e saída dos materiais e equipamentos da unidade, assumindo juntamente com os demais membros da equipe a responsabilidade pelos mesmos;
- Participar da elaboração e revisão das Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP;
- Controlar o uso e reposição de psicotrópicos e entorpecentes, mediante receita médica, contendo carimbo, assinatura e CRM nos receituários;
- Receber e passar o plantão ao próximo supervisor, registrando todas as intercorrências do plantão;
- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos pacientes em observação em período superior a 2 (duas) horas;
- Participar em ações de Vigilância em Saúde;
- Realizar as atividades inerentes ao enfermeiro, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Supervisionar a organização, limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos e mobiliários, realizar essas atividades sempre que necessário;
- Participar de reuniões técnicas administrativas, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem sob sua supervisão;
- Identificar a necessidade de treinamentos da equipe. Propor, articular, executar e/ou participar dos treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores; e

- Executar tarefas afins.

COORDENADOR ADMINISTRATIVO:

- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde do órgão gestor, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Conhecer o perfil epidemiológico e demográfico da região;
- Planejar, coordenar e supervisionar a equipe sob sua responsabilidade;
- Participar do planejamento das ações municipais de saúde relativas à Rede de Atenção à Urgência/Emergência;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pelo órgão gestor;
- Organizar e coordenar reuniões técnico administrativo, periodicamente, com as equipes sob sua supervisão;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Participar de reuniões técnico administrativo, no órgão gestor ou outro local designado, para discussão de problemas gerais e específicos;
- Elaborar documentos relativos a sua área de atuação;
- Elaborar escala dos serviços de apoio: recepção, limpeza e motoristas;
- Avaliar periodicamente os dados de produção e indicadores epidemiológicos;
- Controlar o cumprimento de horário, assinatura de ponto, licenças e férias dos funcionários sob sua supervisão;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Verificar cumprimento dos prazos para entrega de documentação ao órgão gestor e demais setores;
- Manter atualizada a Licença de Funcionamento da respectiva Unidade de Saúde;
- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

- Elaborar e revisar as Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP; e
- Executar tarefas afins.

DIRETORIA CLÍNICA:

- Propor a admissão de novos médicos;
- Organizar e manter atualizado o cadastro dos médicos da unidade de saúde;
- Propor ao Diretor Técnico nomes para as funções de Coordenadores das Clínicas Básicas e Especializadas;
- Coordenar e harmonizar todas as atividades médicas da unidade de saúde, em colaboração com a Comissão de Ética Médica e o Conselho Técnico Médico;
- Representar o Corpo Médico junto à Administração da unidade de saúde;
- Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;
- Prestar contas de seus atos na Assembleia Geral do corpo médico;
- Mediar os possíveis conflitos que envolvam os médicos da unidade de saúde, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;
- Empenhar-se para que os componentes do Corpo Médico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, as ordens internas da unidade de saúde e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;
- Cooperar com a Administração da unidade de saúde;
- Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;
- Transmitir o seu cargo ao Vice Diretor Clínico em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;
- Nomear, quando pertinente, os membros médicos das Comissões, Estatutárias e Não-Estatutárias, valendo-se da colaboração do Diretor Técnico da unidade de saúde;
- Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo Médico e as Reuniões específicas;
- Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado.

CORPO CLÍNICO

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer o funcionamento dos serviços de saúde da região;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Realizar o atendimento dos pacientes que procurarem o serviço através de exames clínicos, diagnósticos e tratamento médico, prescrever medicamentos (conforme REMUME) e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidade, bem como intervenções de pequenas cirurgias, aplicando recursos da medicina preventiva ou curativa;
- Requisitar, analisar e interpretar resultados de exames complementares solicitados para apoio diagnóstico sendo que, a solicitação de exames deverá ser exclusivamente para elucidação do caso em atendimento;
- Cumprir protocolos clínicos, normas e rotinas estabelecidas pelo órgão gestor;
- Encaminhar aos outros níveis de atenção, quando necessário, conforme protocolos vigentes;
- Preencher documento de Contrarreferência para os pacientes que necessitarem de continuidade de tratamento/acompanhamento na Atenção Básica;
- Participar das ações de vigilância em saúde;
- Emitir atestados de óbitos por determinações legais;
- Cumprir escala de trabalho;
- Acompanhar pacientes em remoção, quando necessário; e
- Executar tarefas afins.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO/RECEPCIONISTA

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer o funcionamento dos serviços de saúde da região;

- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Atender ao público interno/externo prestando informações/orientações rotineiras;
- Efetuar o atendimento telefônico, prestando informações, localizando o destinatário da ligação, anotando e transmitindo recados;
- Cadastrar e atualizar dados de pacientes nos sistemas padronizados pelo órgão gestor, emitir Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), registrar e encaminhar o paciente para atendimento;
- Organizar as fichas de atendimento por ordem numérica e digitar em programa próprio para gerar o faturamento;
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao recepcionista, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e
- Executar tarefas afins.

FARMACÊUTICO

- Controlar as atividades da farmácia;
- Supervisionar a atividade de seu pessoal durante o serviço;
- Identificar problemas na atividade da farmácia;
- Verificar se os protocolos para armazenamento de medicamentos são adequados;
- Solicitar em tempo hábil ao setor de logística a aquisição de medicamentos ou de material permanente que atinjam limite de reposição do estoque;
- Responsabilizar pela segurança patrimonial dos bens de consumo e permanentes sob seu controle;
- Notificar os desvios de padrão de consumo de medicamentos a sua chefia imediata.

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Executar trabalho rotineiro de limpeza em geral conforme manual de procedimentos;
- Fazer e distribuir o café, chá, sucos, etc.;
- Cuidar do processamento das roupas utilizadas na Unidade de Saúde, conforme manual de procedimentos;
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Zelar pela conservação dos materiais, mobiliário e instalação física da Unidade de Saúde;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao serviço de servente, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e
- Executar tarefas afins.

PORTEIROS/VIGILANTES/CONTROLADORES DE ACESSO

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Zelar pela ordem da unidade de saúde;
- Zelar pela segurança dos funcionários e usuários;
- Auxiliar na contenção de pacientes, quando necessário;
- Acionar a Guarda Municipal ou Polícia, sempre que necessário
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao serviço de motorista, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e
- Executar tarefas afins.

ENFERMEIRO

- Planejar, executar e supervisionar as ações de enfermagem de sua equipe;
- Conhecer o perfil epidemiológico da região;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Cumprir e fazer cumprir as normas de Segurança do Trabalho, instruindo servidores sob sua supervisão quanto às precauções no sentido de prevenir a ocorrência de acidente de trabalho ou doenças ocupacionais;
- Prestar assistência de enfermagem conforme protocolo da Unidade;
- Participar de trabalhos de grupo e reuniões de equipe;
- Supervisionar e ser corresponsável pelo correto preenchimento dos prontuários e impressos padronizados, de acordo com as normas estabelecidas;
- Checar os equipamentos de forma sistemática e periódica, no que diz respeito ao seu funcionamento, uso, limpeza, desinfecção, acondicionamento e manutenção conforme manual de normas e procedimento dos equipamentos e de enfermagem;
- Controlar a entrada e saída dos materiais e equipamentos da unidade, assumindo em companhia de os demais membros da equipe a responsabilidade pelos mesmos;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acompanhantes e sobretudo os pacientes;
- Participar de todos os treinamentos propostos;
- Participar de reuniões técnico administrativas, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Supervisionar a organização, limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos e mobiliários, realizar essas atividades sempre que necessário;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;

- Participar em ações de Vigilância em Saúde, e
- Realizar as atividades inerentes ao enfermeiro, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas;

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Receber, conferir, distribuir e remeter a correspondência interna e externa da Unidade de Saúde;
- Executar tarefas de arquivamento em geral de documentos, formulários, fichas e afins;
- Auxiliar no atendimento ao público interno/externo prestando informações/orientações rotineiras;
- Efetuar o atendimento telefônico, prestando informações, localizando o destinatário da ligação, anotando e transmitindo recados e afins.
- Agendar retornos de consultas e exames;
- Cadastrar e atualizar dados de pacientes nos sistemas padronizados pelo órgão gestor;
- Digitar os procedimentos realizados nos sistemas padronizados e enviar ao órgão gestor, conforme cronogramas preestabelecidos;
- Abrir, arquivar, organizar e transferir prontuários;
- Receber, conferir, armazenar e dispensar materiais e insumos;
- Participar de reuniões de equipe;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes, e
- Realizar outras atividades inerentes ao auxiliar administrativo, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas.

ATENDENTE EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

- Auxiliar nos serviços de recepção, arquivo, consultórios, laboratórios, digitação de documentos, controle de prontuários;
- Cumprir a carga horária para qual foi contratado;
- Preencher os documentos necessários para comprovação de seus serviços;
- Obedecer a ordens de seu superior hierárquico;

- Efetuar telefonemas, atender telefone e transferir chamadas telefônicas;
- Auxiliar nos serviços administrativos, balcão de atendimento, preenchimento de cadastros, informações;
- Prestar atendimento ao público, facilitando a busca de informações;
- Executar serviços gerais de escritório;
- Receber e enviar correspondências, via malote;
- Organizar e controlar os documentos enviados e recebidos, via malote;
- Arquivar documentos;
- Realizar cópias de documentos;
- Zelar pela guarda e conservação dos materiais e equipamentos utilizados no trabalho;
- Atender às normas de medicina, higiene e segurança no trabalho;
- Realizar outras atividades correlatas.

ZELADOR

- Higienizar e desinfetar as áreas e equipamentos sob sua responsabilidade;
- Cuidar das condições de acondicionamento e destino do lixo, conforme normas da vigilância sanitária;
- Mudar a posição dos móveis e equipamentos, colocando-os nos locais designados;
- Realizar pequenos reparos quando necessários e solicitados.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Acolher os usuários com escuta qualificada;
- Participar de todos os treinamentos propostos;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes, e
 - Realizar as atividades inerentes ao técnico de enfermagem, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas
 - Executar tarefas afins.

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

- Preparar materiais e equipamentos para exames e radioterapia;
- Operar aparelhos médicos e odontológicos para produzir imagens e gráficos funcionais como recurso auxiliar ao diagnóstico e terapia;
- Preparar pacientes e realizam exames e radioterapia;
- Prestar atendimento aos pacientes fora da sala de exame, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança e código de conduta.

ASSISTENTE SOCIAL

- Cumprir normas e rotinas estabelecidas;
- Desenvolver atividades de educação em saúde pública, junto com o paciente e a comunidade;
- Realizar visita e atendimento domiciliar, quando necessário;
- Participar das reuniões de equipe, treinamentos, discussão de casos e elaboração de Projeto Terapêutico Individualizado;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Atuar como Profissional de Referência;
- Realizar acolhimento e triagem;
- Realizar estudo social;
- Realizar grupo de Orientação e Apoio às Famílias; Grupos de Direito e Cidadania e Grupos de Atualidades; Realizar atendimentos individuais e encaminhamentos, quando necessário;
- Fazer a articulação com a Rede de Proteção Social (Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, CREAS e CRAS) e outras parcerias (Senac, Senai, Previdência Social, IFE, Escolas Municipais e Estaduais, Secretaria de Desenvolvimento Social e Família, Cartório de Registro Civil Municipal, entre outros);
- Coordenar o grupo de família; e
- Executar tarefas afins

NUTRIÇÃO

- Fazer o levantamento de prescrições dietéticas, nos prontuários dos pacientes para elaborar o mapa de dietas;
- Supervisionar a distribuição de toda alimentação dos pacientes;
- Visitar diariamente os pacientes para inteirar-se da aceitação da refeição servida;
- Documentar no prontuário dos pacientes a evolução dietética para acompanhamento médico;
- Informar aos médicos sobre os hábitos alimentares dos pacientes, disponibilidade, viabilidade da execução da dieta etc.;
- Pesquisar a disponibilidade de alimentos dietéticos que possam ser usados na unidade de saúde;
- Aplicar novas dietas e acompanhar os casos apresentando resultados e acompanhando o comportamento psicossomático do paciente submetido a determinadas dietas;
- Informar aos pacientes sobre a importância da dieta em sua recuperação, bem como acompanhar a satisfação dos usuários com o Serviço em geral;
- Elaborar relatórios sobre o grau de satisfação das refeições servidas pela unidade de saúde;
- Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão (Programas da Qualidade);
- Participar e Incentivar a participação dos colaboradores nas atividades oferecidas pelo Serviço de Gestão de Pessoas, que venham qualificar e motivar a equipe no ambiente de trabalho; e
- Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual de Gestão, Procedimentos de Gestão, Instruções de Trabalho e Manual do Colaborador.

12. Organização dos Serviços Assistenciais

12.1 Descrição da organização das diferentes clínicas

Estrutura Organizacional Macrossistêmica

A organização do hospital é dividida em três grandes diretorias, subordinadas à Diretoria Geral, que é responsável pela gestão estratégica, representação institucional e resultados globais da unidade.

Diretoria Geral

É o ápice estratégico do hospital. Responsável por definir as diretrizes, gerenciar o orçamento, articular-se com as Secretarias de Saúde (Estadual e Municipal) e garantir que a missão do hospital seja cumprida. Subordinados a esta diretoria estão os núcleos estratégicos:

Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS): Responsável pela capacitação contínua de todos os colaboradores.

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP): Encarregado de implementar e monitorar os protocolos de segurança, gerenciar riscos e conduzir auditorias internas.

Ouvidoria: Canal de comunicação direto com os pacientes e a comunidade para receber críticas, sugestões e elogios.

Diretoria Clínica (Técnica)

Sob a responsabilidade de um médico, esta diretoria é o coração da atividade assistencial. É responsável por garantir a qualidade técnica e ética de todos os serviços médicos e pela organização das diferentes clínicas e unidades especializadas.

A. Clínicas e Unidades de Internação

Clínica Médica: Focada no diagnóstico e tratamento de pacientes adultos com patologias não cirúrgicas. É a maior unidade de internação e o principal destino de pacientes vindos do Pronto-Socorro.

Clínica Cirúrgica: Responsável pelo cuidado pré e pós-operatório dos pacientes submetidos a procedimentos no Centro Cirúrgico. Trabalha em estreita colaboração com as equipes de cirurgia geral, ortopedia e ginecologia.

Clínica Obstétrica (Maternidade): Unidade especializada no cuidado de gestantes, parturientes e puérperas. Opera no modelo de Alojamento Conjunto, onde o recém-nascido saudável permanece ao lado da mãe em tempo integral para fortalecer o vínculo e o aleitamento.

Clínica Pediátrica: Destinada à internação de crianças, desde recém-nascidos até adolescentes, com infraestrutura e equipe especializadas para este público.

B. Unidades de Pacientes Críticos e de Apoio Diagnóstico

Pronto-Socorro (Urgência e Emergência): Porta de entrada para casos agudos. Organizado por um sistema de Classificação de Risco por cores, garantindo que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Destinada ao cuidado de pacientes críticos que necessitam de suporte avançado à vida e monitoramento contínuo.

Centro Cirúrgico e Obstétrico: Unidade de acesso controlado, composta por salas cirúrgicas para procedimentos eletivos e de urgência, e salas para partos (normais e cesarianas). Anexa a esta unidade está a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT):

Laboratório de Análises Clínicas: Realização de exames de sangue, urina e outros fluidos biológicos.

Serviço de Radiologia e Imagem: Oferece exames de Raio-X e Ultrassonografia.

Fisioterapia: Atua de forma transversal em todo o hospital, desde a UTI até as enfermarias, na reabilitação respiratória e motora dos pacientes.

Diretoria Administrativa

Esta diretoria provê todo o suporte necessário para que a atividade-fim (o cuidado ao paciente) aconteça de forma ininterrupta e eficiente.

Setor de Recursos Humanos (RH): Responsável pela gestão de pessoas, incluindo contratação, folha de pagamento e desenvolvimento de carreira.

Setor Financeiro e de Faturamento: Gerencia as finanças, os custos hospitalares e o faturamento dos procedimentos realizados via SUS.

Setor de Compras e Almoxarifado: Responsável pela aquisição e armazenamento de todos os insumos, desde medicamentos e materiais médicos até material de escritório.

Serviço de Nutrição e Dietética (SND): Planeja e produz todas as refeições para pacientes (dietas específicas) e colaboradores.

Setor de Hotelaria Hospitalar: Inclui os serviços de Higienização e Limpeza, Lavanderia e Manutenção Predial, essenciais para a segurança e o conforto dos pacientes e para o controle de infecções.

Setor de Tecnologia da Informação (TI): Gerencia os sistemas de informação do hospital, incluindo o prontuário eletrônico, a rede de computadores e a telecomunicação.

Diretoria de Enfermagem

Liderada por um enfermeiro, esta diretoria é responsável pela gestão de todo o corpo de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que representa o maior contingente de profissionais do hospital.

Coordenação de Enfermagem por Setor: Cada grande unidade (UTI, Centro Cirúrgico, Enfermarias, Pronto-Socorro) possui um enfermeiro coordenador que responde a esta diretoria.

Central de Material e Esterilização (CME): Setor técnico, sob responsabilidade do enfermeiro, que realiza a limpeza, preparo, esterilização e distribuição de todos os materiais reutilizáveis do hospital. É um pilar fundamental para a prevenção de infecções.

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH): Composto por uma equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, farmacêutico), este serviço é responsável pela vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e pela definição de normas e protocolos para sua prevenção.

Esta estrutura organizacional visa criar linhas claras de responsabilidade, promover a comunicação eficiente entre os setores e garantir que todas as operações do hospital estejam alinhadas com o objetivo principal: oferecer um atendimento seguro e de alta qualidade para a população de Propriá e região.

No contexto da organização do Hospital Regional São Vicente de Paula, a definição clara das atividades de cada especialidade é crucial para garantir um atendimento integrado, eficiente e de alta qualidade. A seguir, detalha-se o escopo de atuação das principais especialidades clínicas e cirúrgicas da instituição.

Ortopedia e Traumatologia

Esta especialidade é responsável pelo diagnóstico e tratamento das doenças e lesões do sistema musculoesquelético, que inclui ossos, articulações, ligamentos, tendões, músculos e nervos.

Atividades na Urgência e Emergência:

Atendimento inicial ao paciente politraumatizado, com foco na estabilização de fraturas e luxações.

Realização de reduções incruentas (colocar o osso "no lugar" sem cirurgia) e imobilizações provisórias (talas gessadas).

Avaliação de lesões agudas como entorses, contusões e ferimentos com comprometimento musculoesquelético.

Indicação e condução de cirurgias de urgência para fraturas expostas, lesões vasculares associadas e síndromes compartimentais.

Atividades no Centro Cirúrgico:

Realização de cirurgias eletivas para correção de deformidades e tratamento de doenças degenerativas (ex: artroses, em um nível de complexidade compatível com o hospital).

Osteossínteses: tratamento cirúrgico de fraturas com uso de placas, parafusos, hastes e fixadores externos.

Artroplastias: substituição de articulações (próteses), a depender da capacidade e dos equipamentos do hospital.

Atividades na Unidade de Internação (Enfermaria):

Acompanhamento clínico diário de pacientes internados por traumas ou no pós-operatório.

Prescrição de tratamento para dor, profilaxia de trombose e antibioticoterapia.

Planejamento de reabilitação em conjunto com a fisioterapia.

Cirurgia Geral

É a especialidade com a mais ampla área de atuação cirúrgica, tratando doenças de órgãos abdominais (trato digestivo), hérnias e traumas. Serve como base para diversas outras especialidades cirúrgicas.

Atividades na Urgência e Emergência:

Diagnóstico e tratamento de quadros de abdome agudo (apendicite, colecistite, úlcera perforada, obstrução intestinal).

Atendimento ao paciente politraumatizado, realizando laparotomias exploradoras para controle de hemorragias e tratamento de lesões de órgãos.

Realização de procedimentos de menor porte, como drenagem de abscessos e suturas complexas.

Atividades no Centro Cirúrgico:

Realização de cirurgias eletivas como hernioplastias (correção de hérnias), colecistectomias (retirada da vesícula), e cirurgias do trato gastrointestinal de média complexidade.

Realização de biópsias e procedimentos para diagnóstico.

Atividades na Unidade de Internação:

Acompanhamento pré e pós-operatório dos pacientes.

Manejo de complicações cirúrgicas, como infecções de ferida operatória e fístulas.

Cuidado nutricional do paciente cirúrgico, incluindo a indicação de nutrição parenteral ou enteral.

Clínica Geral (ou Clínica Médica)

É a especialidade responsável pela visão integral do paciente adulto. Atua no diagnóstico e tratamento não cirúrgico de uma vasta gama de doenças, sendo a espinha dorsal do cuidado na enfermaria.

Atividades na Urgência e Emergência:

Primeiro atendimento e estabilização de pacientes com condições agudas: crises hipertensivas, infarto agudo do miocárdio, insuficiência respiratória, cetoacidose diabética, sepse, etc.

Realização do diagnóstico diferencial de sintomas inespecíficos.

Decisão sobre a necessidade de internação ou encaminhamento para outras especialidades.

Atividades na Unidade de Internação:

Condução do tratamento de pacientes internados com patologias diversas (cardiológicas, respiratórias, renais, infecciosas, etc.).

Solicitação e interpretação de exames.

Gerenciamento de pacientes com múltiplas comorbidades, ajustando medicações e planos terapêuticos.

Atuação como parecerista, avaliando as condições clínicas de pacientes internados por outras especialidades (ex: avaliação de risco cirúrgico).

Neonatologia

Área de atuação da Pediatria dedicada ao cuidado do recém-nascido, desde o nascimento até os 28 dias de vida. É fundamental para a saúde materno-infantil.

Atividades na Sala de Parto:

Assistência ao recém-nascido imediatamente após o nascimento.

Realização de manobras de reanimação neonatal em casos de asfixia ou outras complicações.

Avaliação da vitalidade (escala de Apgar) e primeiro exame físico.

Atividades no Alojamento Conjunto:

Acompanhamento diário dos recém-nascidos saudáveis, monitorando peso, icterícia (amarelão) e adaptação à vida extrauterina.

Estímulo e apoio ao aleitamento materno.

Realização de triagens neonatais (teste do olhinho, coraçãozinho, linguinha) e orientação aos pais sobre os primeiros cuidados.

Atividades na UTI Neonatal (se houver):

Cuidado intensivo a recém-nascidos prematuros, com baixo peso ou portadores de malformações e doenças graves (infecções, síndromes respiratórias).

Obstetrícia Clínica e Cirúrgica

Embora divididas para fins de descrição, estas atividades fazem parte de uma única especialidade: Ginecologia e Obstetrícia. Elas se complementam no cuidado integral à gestante.

Obstetrícia Clínica:

Acompanhamento de gestantes em trabalho de parto de baixo risco.

Diagnóstico e manejo de intercorrências clínicas durante a gestação que requerem internação (ex: trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional descompensada).

Condução do parto normal sem distócias.

Cuidados no puerpério (pós-parto), monitorando sangramentos, involução uterina e risco de infecções.

Atuação no Pronto-Socorro Obstétrico, avaliando queixas de gestantes (dores, sangramentos, perda de líquido).

Obstetrícia Cirúrgica:

Realização de partos por cesariana, tanto eletivas quanto de urgência.

Realização de fórceps ou extrator a vácuo em partos vaginais que necessitem de intervenção.

Tratamento cirúrgico de complicações, como hemorragias pós-parto que não respondem ao tratamento clínico (requerendo histerectomia, por exemplo).

Correção de lacerações perineais complexas.

Tratamento cirúrgico da gravidez ectópica.

Pediatria Clínica

Especialidade focada na saúde e no tratamento de doenças em crianças e adolescentes (de 29 dias de vida até a adolescência).

Atividades na Urgência e Emergência:

Atendimento de quadros agudos comuns na infância: crises de asma, gastroenterites com desidratação, convulsões febris, infecções respiratórias, traumas.

Avaliação e manejo inicial de doenças graves, como meningite e sepse.

Atividades na Unidade de Internação:

Acompanhamento de crianças internadas com as mais diversas patologias.

Cálculo e prescrição de medicações com base no peso e idade.

Manejo de distúrbios hidroeletrolíticos e nutricionais.

Comunicação constante com os pais ou responsáveis, envolvendo-os no plano de cuidados.

Diagnóstico e tratamento de doenças infectocontagiosas prevalentes na infância.

Organização da Urgência e Emergência:

A Organização das "Diferentes Clínicas" no Hospital Regional São Vicente de Paula, a estruturação dos atendimentos na unidade é crucial para a eficiência do pronto atendimento. A unidade opera com várias frentes de atuação, buscando o diagnóstico rápido, a estabilização do paciente e a conduta adequada (alta, observação ou transferência para outro nível de atenção).

A seguir, detalhamos a organização das especialidades médicas que atuam na unidade:

1. Clínica Médica (Geral) e Medicina de Emergência

Esta é a espinha dorsal do atendimento na unidade e o principal ponto de contato para a maioria dos pacientes.

Atuação: Responsável pelo atendimento de todas as idades (adultos, idosos e, em muitos casos, crianças, especialmente quando não há pediatra dedicado) com uma vasta gama de condições agudas e descompensações. Isso inclui dores (abdominal, torácica, cefaleia), febres, infecções, problemas respiratórios, reações alérgicas, descompensações de doenças crônicas (hipertensão, diabetes), traumas de menor complexidade, entre outros.

Profissionais: Principalmente Médicos Clínicos Gerais e, idealmente, Médicos Emergencistas.

Médicos Clínicos Gerais: Essenciais para a avaliação inicial e manejo de uma ampla gama de emergências.

Médicos Emergencistas: Profissionais com formação específica em Medicina de Emergência, altamente capacitados para o manejo de pacientes críticos, tomadas de decisão rápidas, e coordenação de equipes em cenários de alta complexidade. Sua presença eleva significativamente a qualidade e a resolutividade da unidade.

Fluxo: Pacientes que passaram pela Classificação de Risco (cores Amarelo, Verde ou Azul) são direcionados aos consultórios para avaliação. Casos Laranja ou Vermelho são imediatamente conduzidos à Sala de Reanimação, onde a equipe de emergencistas ou clínicos mais experientes assume a liderança.

Estrutura: Múltiplos consultórios médicos, flexíveis para o uso pelos clínicos gerais e emergencistas, além da crucial Sala de Reanimação.

2. Clínica Pediátrica

Especializada no atendimento de urgências e emergências para a população infantil.

Atuação: Atendimento de crianças desde o nascimento até a adolescência. Lida com febres, infecções respiratórias, desidratação, vômitos, diarreia, reações alérgicas, pequenos traumas, entre outras emergências pediátricas.

Profissionais: Pediatras. Em unidades de menor porte ou em horários de menor demanda pediátrica, Médicos Emergencistas ou Clínicos Gerais com experiência em pediatria podem atuar. Contudo, a presença de pediatras dedicados é a ideal para a especificidade do cuidado infantil.

Fluxo: Crianças são acolhidas na triagem e, conforme a classificação de risco, encaminhadas para consultórios específicos de pediatria ou para a Sala de Reanimação se for um caso grave.

Estrutura: Consultórios pediátricos dedicados, projetados para um ambiente mais acolhedor para crianças e seus pais.

3. Áreas de Atendimento de Urgência/Emergência (Componentes Cruciais da unidade)

Estas são as áreas físicas onde as ações de urgência e emergência são executadas, independentemente da especialidade principal do paciente.

Sala de Reanimação (Sala Vermelha):

Atuação: Atendimento e estabilização de pacientes em condição crítica e com risco iminente de morte (Parada Cardiorrespiratória - PCR, choque, trauma grave, insuficiência respiratória aguda grave, AVC, IAM). É o ambiente de maior complexidade e prioridade da unidade.

Profissionais: Equipe multiprofissional altamente treinada em Suporte Avançado de Vida (ACLS, PALS, ATLS), liderada por Médicos Emergencistas ou Clínicos Gerais com vasta experiência em emergência. A equipe é composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Estrutura: Equipada com desfibrilador, monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos, materiais para intubação, acesso venoso central, medicações de emergência e carrinho de parada completo.

Sala de Observação:

Atuação: Monitoramento e estabilização de pacientes que necessitam de algumas horas de acompanhamento, hidratação, medicação endovenosa, ou que aguardam resultados de exames ou vaga para internação. Pode ter áreas separadas para curta e longa duração, dependendo da demanda.

Profissionais: Equipe de enfermagem dedicada e médicos responsáveis pelas reavaliações, evoluções e decisões de alta/transferência.

Estrutura: Leitos com pontos de oxigênio e vácuo, monitores básicos, acesso a sanitários.

Sala de Procedimentos:

Atuação: Realização de pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, suturas, imobilizações de fraturas, drenagens de abscessos, retirada de corpos estranhos, entre outros.

Profissionais: Médicos (clínicos ou emergencistas) e enfermeiros capacitados para a execução desses procedimentos.

Estrutura: Mesa cirúrgica menor, foco cirúrgico, material estéril para procedimentos, carrinho de curativos e materiais para imobilização.

Considerações Gerais sobre a Organização Interna:

Flexibilidade Operacional: A unidade é projetada para ser altamente flexível, permitindo que os consultórios sejam utilizados pela equipe disponível conforme a demanda (ex: um consultório de clínica médica pode ser usado para pediatria em caso de alta demanda infantil).

Comunicação Integrada: É fundamental que haja uma comunicação constante e eficaz entre todas as áreas e equipes, garantindo a troca de informações clínicas e a coordenação do cuidado.

Protocolos Padronizados: Adoção rigorosa de protocolos clínicos padronizados em todas as "clínicas" e áreas de atendimento para assegurar a qualidade, segurança e previsibilidade do cuidado.

Essa organização otimiza o atendimento de urgência e emergência, garantindo que o paciente seja direcionado para o recurso mais adequado à sua necessidade, com a expertise de profissionais dedicados e, idealmente, especializados em emergências, dentro do escopo de atuação da unidade.

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

Como gestor do Hospital Regional São Vicente de Paula, a estrutura de chefia e o dimensionamento das equipes médicas por "clínica" (ou seja, por área de atuação ou especialidade de plantão), juntamente com o tipo de vínculo, são aspectos cruciais para a governança e o bom funcionamento da unidade.

É importante reforçar que, da unidade, as "clínicas" não são departamentos estanques como em um hospital, mas sim áreas de atuação e especialidades de plantão que trabalham de forma integrada no atendimento de urgência e emergência.

Estrutura de Chefia, Dimensionamento de Equipe e Vínculo na unidade

1. Estrutura de Chefia Geral

A gestão da unidade segue uma hierarquia clara para garantir a coordenação e a qualidade dos serviços:

Diretor(a) Geral:

Função: Responsável pela gestão estratégica, administrativa e assistencial de toda a unidade. Garante o cumprimento das metas, a integração com a rede de saúde e a qualidade dos serviços.

Vínculo: Geralmente um cargo de confiança ou contrato de gestão, com dedicação exclusiva.

Coordenador(a) Médico(a):

Função: Liderança técnica da equipe médica, responsável pela escala, protocolos clínicos, educação continuada e gestão de intercorrências médicas.

Vínculo: Geralmente um médico com experiência em emergência, em cargo de confiança ou contrato de gestão.

Coordenador(a) de Enfermagem:

Função: Liderança técnica da equipe de enfermagem, responsável pela escala, protocolos de enfermagem, gestão de insumos e qualidade do cuidado de enfermagem.

Vínculo: Enfermeiro(a) com experiência em emergência, em cargo de confiança ou contrato de gestão.

Coordenador(a) Administrativo(a):

Função: Responsável pela gestão de suprimentos, manutenção, recursos humanos (não assistenciais), limpeza, segurança e finanças da unidade.

Vínculo: Profissional de administração ou área correlata, em cargo de confiança ou contrato de gestão.

2. Estrutura por "Clínica" (Área de Atuação / Especialidade de Plantão)

As equipes são dimensionadas para garantir cobertura 24 horas, com uma liderança técnica por turno.

a) Clínica Médica / Medicina de Emergência
Chefia (por Plantão):

Médico(a) Plantonista Líder / Supervisor(a) de Sala Vermelha: Em cada turno (diurno/noturno), um médico (preferencialmente emergencista ou clínico com maior experiência) é designado para liderar o plantão, coordenar a Sala Vermelha e dar suporte aos demais plantonistas.

Vínculo: Médico plantonista, com designação de função extra por turno ou por período.

Número de Pessoas (por Plantão de 12 horas):

Médicos: O número varia conforme o porte e a demanda da unidade.

Enfermeiros: 2-3 enfermeiros por plantão (um para triagem/coordenação de fluxo, outro para Sala de Observação/Procedimentos, e um para Sala Vermelha/apoio geral).

Técnicos de Enfermagem: 6-10 técnicos de enfermagem por plantão, distribuídos entre triagem, consultórios, Sala de Observação e Sala Vermelha.

Tipo de Vínculo:

Contrato CLT: Contratação direta pela instituição gestora (prefeitura, OS, fundação).

Pessoa Jurídica (PJ): Contrato de prestação de serviços com a pessoa jurídica do médico ou empresa de plantões.

Estatutário: Se a unidade for gerida diretamente por órgão público e os profissionais forem concursados.

Na unidade, buscaremos um mix de CLT e PJ para flexibilidade e atração de talentos, priorizando a estabilidade da equipe principal via CLT.

b) Clínica Pediátrica (se houver plantonista exclusivo)

Chefia (por Plantão): O pediatra de plantão é o responsável técnico pela área pediátrica no seu turno.

Número de Pessoas (por Plantão de 12 horas):

Médicos: 1 pediatras por plantão, dependendo da demanda pediátrica da unidade.

Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem: Os enfermeiros e técnicos da equipe geral da unidade são capacitados para atuar também na área pediátrica, com apoio e supervisão do pediatra.

Tipo de Vínculo: Geralmente CLT ou PJ.

3. Tipo de Vínculo com a Unidade (Geral)

Os vínculos dos profissionais com a unidade podem variar, mas os mais comuns em serviços de urgência e emergência no Brasil são:

Contrato CLT (Consolidação das Leis do Trabalho): Profissionais contratados diretamente pela entidade gestora da unidade (prefeitura, organização social, etc.), com todos os direitos trabalhistas (férias, 13º salário, FGTS). Oferece maior estabilidade e engajamento a longo prazo.

Pessoa Jurídica (PJ): Profissionais que prestam serviços através de uma empresa própria (CNPJ). Recebem por serviço prestado (plantão, por exemplo) e não possuem vínculo empregatício direto. Oferece flexibilidade para o profissional e para a gestão, mas exige maior controle de escala e qualidade.

Estatutário (Concursado): Profissionais que ingressaram no serviço público através de concurso. Possuem estabilidade e carreira. Comum em unidade s geridas diretamente por municípios ou estados.

Contrato Temporário: Contratação por tempo determinado para atender a necessidades específicas (ex: licenças, aumento de demanda).

Na unidade, a estratégia será buscar um equilíbrio entre esses tipos de vínculo, priorizando a qualidade e a continuidade do atendimento. A equipe de plantonistas (clínicos gerais, emergencistas, enfermeiros e técnicos) será majoritariamente PJ para garantir a estabilidade e o desenvolvimento institucional.

Esta estrutura visa otimizar a gestão de pessoas, garantir a expertise necessária em cada área e manter a unidade funcionando com excelência 24 horas por dia.

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

Horários de Atividade e Cobertura Médica na unidade. A unidade opera em regime de 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo que a população tenha acesso a atendimento médico de urgência a qualquer momento. A cobertura médica é organizada da seguinte forma:

1. Médicos com Presença Física (Plantão no Local)

Estes são os profissionais que estão fisicamente presentes na unidade durante todo o seu turno, atendendo diretamente os pacientes.

Médicos Clínicos Gerais / Emergencistas:

Horário de Atividade: 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Função: São a espinha dorsal do atendimento da unidade. Realizam a avaliação clínica, diagnóstico, estabilização e tratamento dos pacientes que chegam à unidade. Atuam nos consultórios, na sala de observação e, principalmente, na Sala de Reanimação (Sala Vermelha) para os casos mais graves. Sua presença é contínua e ininterrupta. A proporção de médicos emergencistas em relação a clínicos gerais pode variar conforme o dimensionamento da equipe e a demanda, mas a liderança da emergência sempre estará garantida.

Médicos Pediatras:

Horário de Atividade: 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Função: Atendimento exclusivo e especializado para crianças, garantindo um cuidado adequado às particularidades da faixa etária.

Médico Horizontal:

Horário de Atividade: 12 horas por dia, todos os dias da semana.

Função: Atendimento e controle de fluxos entre turnos, medico de cobertura para eventualidades e atendimento em consultórios.

2. Médicos em Regime de Sobreaviso (Atendimento a Chamadas)

Estes são médicos especialistas que não estão fisicamente na unidade, mas permanecem disponíveis para serem acionados em caso de necessidade de avaliação especializada, parecer, ou procedimento que necessite de sua

expertise específica. Eles devem ter um tempo de resposta máximo para chegar à unidade ou prestar o suporte remoto necessário.

Especialidades Comuns em Sobreaviso:

Ortopedia e Traumatologia: Essencial para avaliação e conduta inicial em fraturas complexas, luxações e traumas musculoesqueléticos que possam necessitar de manobras específicas ou direcionamento para cirurgia.

Cirurgia Geral: Para avaliação de abdome agudo cirúrgico, traumas graves que possam necessitar de intervenção cirúrgica imediata, ou outras urgências cirúrgicas.

Neurocirurgia: Para casos de traumatismo cranioencefálico (TCE) grave, acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico, ou outras emergências neurológicas que demandem intervenção especializada.

Cardiologia: Para pareceres em casos complexos de síndrome coronariana aguda (SCA) ou arritmias graves, além de suporte na regulação para unidades coronarianas.

Outras Especialidades: Ginecologia/Obstetrícia (para gestantes com urgência), Anestesiologia (para auxiliar em vias aéreas difíceis ou sedações), etc., conforme a pactuação com a rede hospitalar de referência.

Horário de Atividade: por acionamento via demanda.

Acionamento: O médico plantonista da unidade (clínico geral ou emergencista) aciona o especialista em sobreaviso via telefone, rádio ou sistema de comunicação específico quando a condição do paciente excede a capacidade resolutive da unidade ou exige um parecer especializado para a decisão de tratamento ou transferência.

Tempo de Resposta: O Contrato de Gestão ou pactuação regional estabelecerá um tempo máximo de resposta para que o especialista chegue à unidade ou forneça o parecer necessário (ex: 30 minutos a 1 hora para chegada física, ou minutos para parecer telefônico).

Função: Oferecer suporte especializado, auxiliar no diagnóstico, indicar a melhor conduta, e preparar o paciente para uma eventual transferência para um hospital que ofereça o recurso definitivo.

Essa organização garante que a unidade esteja sempre pronta para atender emergências, com a capacidade de estabilização imediata e o suporte especializado necessário para os casos que demandam maior complexidade.

12.4 Especialmente descrever as unidades de salas de Cirurgia; Urgências e Ambulatórios.

Unidade do Centro Cirúrgico e Obstétrico

Descrição: É uma área de acesso restrito, alta complexidade e tecnologia, projetada para a realização de procedimentos cirúrgicos e obstétricos de forma segura e asséptica. Funciona em integração direta com a Central de Material e Esterilização (CME), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e as Enfermarias.

Estrutura Física (Proposta):

Total de Salas: 3 salas cirúrgicas multifuncionais e 1 sala dedicada ao parto (Centro de Parto Normal e Cesárea).

Sala Cirúrgica 1 (Eletiva): Destinada preferencialmente a cirurgias agendadas (Cirurgia Geral, Ortopedia Eletiva, Ginecologia).

Sala Cirúrgica 2 (Urgência/Emergência): Equipada e permanentemente pronta para atender a procedimentos de emergência vindos do Pronto-Socorro (Trauma, Apendicite, Abdome Agudo).

Sala Cirúrgica 3 (Multiuso/Ortopedia): Equipada com foco em Ortopedia (mesa radiotransparente, arco cirúrgico). Pode ser usada para outras especialidades conforme a demanda.

Centro Obstétrico: Contém 1 sala para parto cirúrgico (cesárea) e áreas adjacentes para a assistência ao parto normal, além de berçário de cuidados imediatos.

Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA): Com capacidade para 4 leitos, equipada com monitores e pontos de oxigênio para a recuperação segura do paciente no pós-operatório imediato.

Funcionamento:

Fluxo de Paciente: O paciente é admitido no Centro Cirúrgico, passa pela checagem de segurança (protocolo Sign In), é encaminhado para a sala operatória e, após o procedimento, é levado à SRPA. Da SRPA, dependendo da sua condição, tem como destino a UTI ou a Enfermaria de Clínica Cirúrgica.

Gestão de Pauta: A marcação das cirurgias eletivas é gerenciada por uma Central de Agendamento, que otimiza o uso das salas e dos recursos. A pauta cirúrgica é divulgada diariamente para todas as equipes envolvidas.

Equipe: A equipe mínima por sala inclui o cirurgião, um ou dois auxiliares, o médico anestesiológico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem instrumentador/circulante.

Unidade de Urgência e Emergência (Pronto-Socorro)

Descrição: É a principal porta de entrada para pacientes com condições agudas, graves ou com risco de vida. Funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, e é organizada para garantir que o atendimento seja rápido e priorizado pela gravidade clínica, não pela ordem de chegada.

Estrutura Física e Fluxo:

Recepção e Acolhimento: Primeiro contato do paciente, onde é realizado o cadastro e a identificação inicial.

Sala de Classificação de Risco: Um enfermeiro qualificado realiza a triagem dos pacientes com base no Protocolo de Manchester (Sistema de Cores), que define a prioridade do atendimento:

Vermelho (Emergência): Atendimento imediato. Risco iminente de morte. (Ex: Parada cardiorrespiratória, politrauma grave).

Laranja (Muito Urgente): Atendimento em até 10 minutos. Risco significativo de morte. (Ex: Infarto, AVC, trauma moderado).

Amarelo (Urgente): Atendimento em até 60 minutos. Condição que exige avaliação, mas sem risco imediato. (Ex: Crise hipertensiva, fraturas sem risco vascular).

Verde (Pouco Urgente): Atendimento em até 120 minutos. Casos de menor gravidade que poderiam ser resolvidos em uma UBS. (Ex: Resfriados, dores crônicas).

Azul (Não Urgente): Atendimento em até 240 minutos. Casos que devem ser direcionados à Atenção Primária.

Consultórios Médicos: Áreas para a avaliação dos pacientes classificados como Amarelo, Verde e Azul.

Sala Vermelha (Sala de Emergência): Equipada com monitores, ventiladores mecânicos, desfibrilador e medicamentos para o atendimento de pacientes críticos (classificação Vermelha e Laranja). É o coração da unidade.

Sala de Observação: Leitos destinados a pacientes que necessitam de monitoramento por algumas horas, reidratação, medicação ou aguardam o resultado de exames ou a definição de internação. Dividida em Observação Masculina, Feminina e Pediátrica.

Sala de Procedimentos: Para realização de suturas, imobilizações gessadas e outros procedimentos menores.

Funcionamento:

Equipe: Composta por médicos clínicos gerais e cirurgiões de plantão, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe de apoio (maqueiros, recepcionistas).

Decisão de Destino: Após a avaliação, o médico define o destino do paciente: alta com orientações, encaminhamento para internação (enfermaria ou UTI) ou transferência para um hospital de maior complexidade, via regulação estadual.

Unidade de Ambulatórios de Especialidades

Descrição: É a unidade responsável pelo atendimento agendado de pacientes que necessitam de acompanhamento com especialistas. Funciona como um elo entre a Atenção Primária (UBS) e o ambiente hospitalar, tratando de casos que não podem ser resolvidos na UBS, mas não exigem internação.

Estrutura Física:

Recepção Centralizada: Para agendamento, confirmação de consultas e orientação dos pacientes.

Consultórios Médicos: Salas de consulta padronizadas para cada especialidade.

Sala de Pequenos Procedimentos: Para realização de biópsias de pele, retirada de pontos, curativos especiais, etc.

Consultório de Ginecologia: Equipado com maca ginecológica para exames preventivos e de rotina.

Sala de Gesso: Para confecção e retirada de aparelhos gessados em pacientes ortopédicos de acompanhamento.

Especialidades Ofertadas e Funcionamento:

O acesso ao ambulatório é exclusivamente via regulação. O paciente passa primeiro pela UBS, e, se o médico generalista identificar a necessidade, ele o encaminha através do sistema de regulação do SUS.

Ambulatório de Cirurgia Geral: Para avaliação pré-operatória de cirurgias eletivas (hérnias, vesícula) e acompanhamento pós-operatório.

Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia: Acompanhamento de pacientes com fraturas já tratadas, doenças degenerativas (artrose) e outras condições ortopédicas.

Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco): Acompanhamento de gestantes com condições que aumentam o risco da gravidez (hipertensão, diabetes gestacional), encaminhadas pela Atenção Primária.

Ambulatório de Pediatria: Acompanhamento de casos pediátricos mais complexos que necessitam da avaliação do especialista hospitalar.

Ambulatório de Avaliação Pré-Anestésica (APA): Consulta obrigatória com o médico anesthesiologista para todos os pacientes com cirurgia eletiva agendada, para avaliação de risco e planejamento da anestesia.

12.5 Descrição da organização das unidades de Internação (enfermaria).

Missão da Unidade de Internação

Acolher os pacientes em um ambiente seguro e terapêutico, fornecendo cuidado multiprofissional de excelência focado na recuperação da saúde e na preparação para um retorno seguro ao lar, em comunicação constante com a rede de atenção primária.

A. Estrutura e Organização das Enfermarias

Para otimizar o cuidado e a especialização da equipe, as enfermarias serão setorizadas por linha de cuidado:

Enfermaria de Clínica Médica: Destinada a pacientes com patologias clínicas, como doenças cardiorrespiratórias, metabólicas e infecciosas. Será o principal destino de pacientes admitidos pelo Pronto-Socorro.

Enfermaria de Clínica Cirúrgica: Acolherá pacientes no pré e, principalmente, no pós-operatório, garantindo a continuidade do cuidado iniciado no Centro Cirúrgico.

Enfermaria Pediátrica: Ambiente lúdico e adaptado para o cuidado de crianças, com leitos para acompanhantes em tempo integral e foco em doenças sazonais e infecciosas comuns na infância.

Enfermaria Obstétrica (Alojamento Conjunto): Focada no cuidado de puérperas e recém-nascidos, promovendo o vínculo mãe-bebê, o aleitamento materno e oferecendo orientações para os primeiros cuidados em casa.

B. Modelo de Cuidado: O Paciente no Centro

O cuidado será gerenciado por uma equipe multiprofissional coesa, que trabalha de forma integrada.

Equipe de Referência:

Médico Hospitalista (Diarista): Em cada enfermaria clínica, haverá um médico responsável por conduzir os casos do início ao fim da internação. Este profissional realizará a visita diária, definirá o plano terapêutico e será o ponto de contato principal para a equipe e a família, garantindo a continuidade do cuidado.

Enfermeiro Gestor do Cuidado: O enfermeiro será o principal responsável por gerenciar o plano de cuidados de um grupo de pacientes, desde a administração de medicamentos e curativos até o planejamento da alta.

Equipe Multiprofissional: Fisioterapeutas (com foco na reabilitação motora e respiratória), nutricionistas (avaliando e prescrevendo a dieta adequada), técnicos de enfermagem, farmacêutico clínico (atuando na segurança da medicação) e assistente social (avaliando o contexto social e planejando a desospitalização segura).

C. A Jornada do Paciente: Rotinas e Protocolos

A jornada do paciente será padronizada para maximizar a segurança e a eficiência.

Admissão Segura:

Toda admissão (vinda do PS, CC ou UTI) será acompanhada de um handover estruturado, utilizando a ferramenta SBAR (Situação, Breve Histórico, Avaliação, Recomendação) para garantir que nenhuma informação crítica seja perdida.

O paciente será recebido pela equipe de enfermagem, que fará a conferência da identificação (pulseira com nome completo e data de nascimento), avaliação inicial e orientação sobre o funcionamento da unidade.

Plano Terapêutico e Rotina Diária:

Round Diário: O médico hospitalista, junto com o enfermeiro, conduzirá a visita à beira-leito, discutindo a evolução, ajustando o plano e estabelecendo metas diárias.

Horários Estruturados: Haverá horários definidos para administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, fisioterapia e avaliação nutricional, criando uma rotina previsível e organizada.

Segurança do Paciente: Serão implementados protocolos rigorosos:

Prevenção de Quedas: Todos os pacientes serão avaliados quanto ao risco de queda na admissão, e medidas preventivas (grades elevadas, leito baixo, campainha acessível) serão aplicadas.

Prevenção de Lesão por Pressão: Avaliação de risco (Escala de Braden) e implementação de cuidados como mudança de decúbito e uso de superfícies de alívio de pressão.

Segurança na Medicação: A farmácia clínica fará a reconciliação medicamentosa (comparar medicamentos de casa com os prescritos) e a equipe seguirá à risca os 5 Certos (Paciente Certo, Medicamento Certo, Dose Certa, Via Certa, Hora Certa).

D. Planejamento da Alta: Começa na Admissão

A alta hospitalar é um processo, não um evento. O objetivo é garantir que o paciente retorne para casa com segurança e com todo o suporte necessário.

Plano de Alta Multiprofissional: Desde o primeiro dia, a equipe começará a planejar os critérios para a alta. O assistente social avaliará a necessidade de suporte familiar ou social.

Orientações Claras: Antes da alta, o paciente e sua família receberão orientações detalhadas, por escrito e verbalmente, sobre:

Receitas e como tomar os medicamentos.

Cuidados com curativos ou dispositivos.

Sinais de alerta que indicam a necessidade de procurar um serviço de saúde.

Agendamento de consultas de retorno.

Contrarreferência (elo com a Atenção Primária): O hospital enviará um Relatório de Alta para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem do paciente. Esse documento informará o diagnóstico, o tratamento realizado e o plano de acompanhamento, garantindo que o cuidado continue na comunidade.

E. Humanização e Experiência do Paciente

Política de Visitas e Acompanhantes: Será estabelecida uma política de visitas flexível, reconhecendo a importância do apoio familiar na recuperação. Será garantido o direito a acompanhante para crianças, idosos e pessoas com necessidades especiais, conforme a legislação.

Comunicação Efetiva: A equipe será treinada para se comunicar de forma clara, empática e respeitosa, mantendo paciente e família sempre informados sobre o plano de cuidados.

Gestão de leitos: A Central de Regulação Interna fará a gestão ativa dos leitos, otimizando o fluxo de pacientes, reduzindo o tempo de espera no pronto-socorro e garantindo que cada paciente esteja na enfermaria adequada à sua necessidade.

Ao estruturar as enfermarias com base nesses pilares, o Hospital Regional São Vicente de Paula não apenas tratará doenças, mas cuidará de pessoas, assegurando uma recuperação digna e uma transição segura de volta para suas vidas.

12.6 Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

Com a proposta de trabalho para o Hospital Regional São Vicente de Paula (HRSVP) detalhada, é imperativo demonstrar sua total compatibilidade e alinhamento com as diretrizes estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE).

Este plano de gestão não foi concebido de forma isolada, mas sim como uma ferramenta de execução tática das políticas estaduais de saúde, posicionando o HRSVP como um protagonista na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na região do Baixo São Francisco.

A seguir, apresento a compatibilização da proposta de trabalho com os principais eixos estratégicos da SES/SE.

1. Alinhamento com a Política de Regionalização e Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Diretriz da SES/SE: Organizar os serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, garantindo que o cidadão tenha acesso ao serviço certo, no local certo e no tempo certo. Otimizar o papel dos hospitais regionais como referências para suas respectivas microrregiões.

Ações da Proposta de Trabalho do HRSVP:

Ambulatório Regulado: A proposta estabelece que o acesso aos ambulatórios de especialidades será exclusivamente via regulação, a partir de encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS). Isso fortalece a UBS como porta de entrada preferencial e organiza o fluxo de pacientes, evitando a sobrecarga do hospital com demandas que poderiam ser resolvidas na rede básica.

Protocolo de Contrarreferência: O plano de alta hospitalar inclui o envio obrigatório de um relatório detalhado para a UBS de origem do paciente. Esta ação garante a continuidade do cuidado na comunidade, um pilar da RAS.

Definição do Portfólio de Serviços: A clara definição das especialidades e dos procedimentos realizados no HRSVP (cirurgia geral, ortopedia de média complexidade, obstetrícia) solidifica seu papel como hospital de referência regional, permitindo que a regulação estadual direcione os casos de alta complexidade para as unidades adequadas em Aracaju, otimizando o uso dos leitos em toda a rede.

2. Compatibilização com a Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Diretriz da SES/SE: Qualificar o atendimento de urgência e emergência, organizando os pontos de atenção e garantindo um atendimento rápido, humanizado e resolutivo aos pacientes em situações críticas.

Ações da Proposta de Trabalho do HRSVP:

Acolhimento com Classificação de Risco: A implementação do Protocolo de Manchester no Pronto-Socorro é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e da RUE. Nossa proposta organiza o fluxo de entrada, priorizando a gravidade clínica sobre a ordem de chegada, o que está em total conformidade com a política estadual.

Estruturação da Sala Vermelha: A proposta detalha a organização de uma Sala de Emergência equipada para o atendimento de pacientes críticos, garantindo a estabilização necessária antes de uma possível internação na UTI ou transferência, cumprindo o papel do hospital como um ponto de atenção qualificado da RUE.

Linha de Cuidado do Trauma: A definição da Ortopedia e da Cirurgia Geral como especialidades de plantão garante a capacidade do hospital de ser a primeira resposta qualificada para pacientes traumatizados na região.

3. Consolidação da Rede Cegonha

Diretriz da SES/SE: Assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Ações da Proposta de Trabalho do HRSVP:

Centro Obstétrico e Parto Humanizado: A estrutura proposta para o Centro Obstétrico, com áreas dedicadas ao parto normal e à presença de acompanhantes, alinha-se diretamente aos princípios do parto humanizado defendidos pela Rede Cegonha.

Alojamento Conjunto: A organização da enfermaria obstétrica no modelo de Alojamento Conjunto é uma exigência da Rede Cegonha. A proposta não apenas adota este modelo, mas o fortalece com o apoio da equipe de enfermagem no estímulo ao aleitamento materno.

Assistência Neonatal na Sala de Parto: A presença obrigatória de um pediatra/neonatalogista na sala de parto para assistência ao recém-nascido é um componente crítico para a redução da mortalidade neonatal, um dos principais objetivos da Rede Cegonha.

Pré-natal de Alto Risco: O ambulatório de obstetrícia para gestantes de alto risco, encaminhadas pela rede básica, posiciona o HRSVP como a referência técnica para os casos mais complexos da região, exatamente como preconiza a Rede Cegonha.

4. Alinhamento com a Política de Atenção Hospitalar e Segurança do Paciente

Diretriz da SES/SE: Melhorar a qualidade do cuidado nos hospitais da rede, otimizando a gestão de leitos, implementando protocolos de segurança do paciente e qualificando a gestão clínica.

Ações da Proposta de Trabalho do HRSVP:

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP): A criação deste núcleo na estrutura organizacional do hospital é uma ação central para implementar as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que são adotadas pela SES/SE.

Implementação de Protocolos Obrigatórios: A proposta detalha a aplicação de protocolos internacionais como o Checklist de Cirurgia Segura da OMS, os bundles de prevenção de infecção na UTI e os protocolos de prevenção de quedas e lesão por pressão nas enfermarias.

Modelo do Médico Hospitalista: A adoção do médico diarista na enfermaria de Clínica Médica visa melhorar os desfechos clínicos, reduzir o tempo de permanência e otimizar o giro de leitos, contribuindo diretamente para as metas estaduais de eficiência hospitalar.

Central de Regulação Interna: A gestão ativa dos leitos por uma central interna é uma estratégia moderna de gestão que visa otimizar a capacidade instalada do hospital, reduzindo o tempo de espera no pronto-socorro e garantindo o uso racional dos recursos públicos.

A proposta de trabalho e organização para o Hospital Regional São Vicente de Paula é, em sua essência, a materialização das diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe para a região. O plano transforma políticas estratégicas em processos assistenciais e gerenciais claros, com foco na segurança, eficiência e humanização, consolidando o hospital como um ativo fundamental para a saúde pública sergipana.

12.7 Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra-Referência com a Atenção Primária e com outros hospitais

A efetivação de um sistema de Referência e Contra-Referência é a pedra angular para a integração do Hospital Regional São Vicente de Paula (HRSVP) na Rede de Atenção à Saúde. Sem um fluxo de comunicação claro e funcional, o cuidado ao paciente torna-se fragmentado, ineficiente e inseguro.

Nosso plano de gestão implementará um sistema robusto de contra-referência, garantindo que a jornada do paciente seja um ciclo contínuo de cuidado, e não uma série de eventos isolados. A seguir, descrevemos como este sistema será estabelecido com os três principais componentes da rede: Atenção Primária, Unidades de Pronto Atendimento e outros hospitais.

1. Contra-Referência para a Atenção Primária à Saúde (APS)

Objetivo: Garantir a continuidade do cuidado na comunidade. A alta hospitalar não é o fim do tratamento, mas a transição da responsabilidade do cuidado para a equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) do paciente.

Mecanismo e Ferramentas:

Relatório de Alta Multiprofissional (Sumário de Alta): Este será o principal instrumento de comunicação. Será um documento padronizado, claro e completo, gerado ao final de cada internação.

Conteúdo Obrigatório:

Diagnóstico principal e secundários.

Resumo da evolução do paciente durante a internação.

Procedimentos realizados (cirúrgicos, diagnósticos).

Plano Terapêutico Pós-Alta: Receituário legível com nomes, doses e horários dos medicamentos.

Orientações Claras: Cuidados com feridas, dieta, restrições de atividade e sinais de alerta que exigem retorno ao serviço de saúde.

Plano de Acompanhamento: Indicação explícita da necessidade de retorno ao ambulatório do hospital (se houver) e, fundamentalmente, a recomendação para procurar a UBS em um prazo determinado (ex: "Procurar a UBS de referência em 7 dias para reavaliação").

Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Serviço Social: O Serviço Social do hospital atuará como um elo ativo. Antes da alta de pacientes com alta vulnerabilidade social ou clínica, o assistente social fará contato direto com a equipe da UBS de referência para comunicar a desospitalização e discutir o plano de cuidados domiciliares.

Processo:

Identificação da Rede: Na admissão do paciente, o cadastro registrará obrigatoriamente qual é a sua UBS de referência.

Planejamento da Alta: O planejamento da alta começa no momento da internação, liderado pela equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, assistente social).

Entrega e Orientação: No momento da alta, o Relatório de Alta será entregue em duas vias (uma para o paciente e uma para o prontuário). A equipe de enfermagem fará a orientação verbal detalhada ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a importância de levar o documento à sua UBS.

Fluxo Digital (Meta Futura): Trabalharemos com a Secretaria de Estado da Saúde para integrar o sistema de prontuário eletrônico do hospital ao sistema e-SUS da Atenção Primária, permitindo que o Relatório de Alta seja enviado eletronicamente, garantindo a chegada da informação.

Contra-Referência para Unidades de Pronto Atendimento (unidade s)

Objetivo: Otimizar o uso dos recursos da rede de urgência, garantindo que o paciente seja cuidado no local com a densidade tecnológica adequada à sua necessidade atual, evitando internações hospitalares desnecessárias ou prolongadas.

Mecanismo e Ferramentas:

Comunicação Direta Médico-a-Médico: A transferência de responsabilidade de um paciente entre o hospital e a unidade será sempre precedida por contato telefônico direto entre as equipes médicas.

Relatório de Transferência: Documento similar ao Relatório de Alta, mas focado na condição aguda do paciente, no tratamento já realizado e no plano de cuidados imediatos.

Central de Regulação: Toda transferência, seja do hospital para a unidade (downgrading) ou da unidade para o hospital (referência), será oficialmente registrada e autorizada pela Central de Regulação de Urgências.

Processo:

Cenário de Contra-Referência (Downgrading):

Situação: Um paciente que foi internado no HRSVP por uma condição aguda (ex: pneumonia) melhora clinicamente, mas ainda necessita de algumas horas de antibioticoterapia intravenosa ou observação antes da alta segura para casa.

Ação: Para liberar o leito hospitalar para um paciente mais grave, a equipe médica do HRSVP contata a equipe da unidade.

Acordo: Se a unidade tiver capacidade e a condição do paciente for compatível com sua estrutura, a transferência é acordada.

Formalização: O HRSVP aciona a Central de Regulação, preenche o Relatório de Transferência e encaminha o paciente de forma segura.

Contra-Referência com Outros Hospitais

Objetivo: Garantir o fluxo de pacientes entre unidades de diferentes complexidades, permitindo que o HRSVP receba pacientes para reabilitação e cuidados de menor complexidade (liberando leitos de alta complexidade na capital) e transfira casos que excedam sua capacidade resolutiva.

Mecanismo e Ferramentas:

Central Estadual de Regulação de Leitos: Este é o único e exclusivo gestor do fluxo de pacientes entre hospitais. Nenhuma transferência ocorrerá sem a autorização da Central.

Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HRSVP: Nossa equipe do NIR será a porta de entrada e saída do hospital.

Manterá os dados sobre a disponibilidade de leitos do HRSVP atualizados em tempo real no sistema da Central.

Analizará todos os pedidos de transferência (tanto para receber quanto para enviar pacientes), garantindo a compatibilidade clínica e a segurança do processo.

Processo:

Recebendo Pacientes (Contra-Referência da Alta Complexidade):

Situação: Um paciente de Propriá realiza uma cirurgia cardíaca em um hospital de alta complexidade em Aracaju. Após a fase crítica, ele está estável, mas ainda precisa de cuidados hospitalares antes de ir para casa.

Ação: O hospital de Aracaju solicita à Central de Regulação um leito de "retaguarda" em um hospital da região de origem do paciente.

Análise e Aceite: A Central oferece o caso ao NIR do HRSVP. Nossa equipe avalia o relatório clínico e, se tivermos a capacidade técnica para continuar o cuidado (leito, equipe, recursos), o aceite é formalizado no sistema.

Recepção: O paciente é transferido e nossa equipe assume o cuidado com base nas informações recebidas, iniciando o planejamento para a alta e a contra-referência para a Atenção Primária.

Enviando Pacientes (Referência para Maior Complexidade):

Situação: Um paciente chega ao HRSVP com um quadro de AVC agudo que necessita de trombólise ou neurocirurgia, procedimentos que não realizamos.

Ação: Após a estabilização inicial, nossa equipe insere o caso no sistema da Central de Regulação, solicitando uma vaga em um hospital com capacidade para o tratamento definitivo.

Acompanhamento: O NIR monitora ativamente o pedido até que a Central encontre a vaga e autorize a transferência, que será realizada de forma segura.

Este sistema integrado garantirá que o HRSVP não seja uma ilha, mas um componente vital e comunicativo da rede de saúde, assegurando a cada paciente o cuidado certo, no lugar certo e no tempo certo.

13. Organização dos serviços administrativos

13.1 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.

Com a estrutura assistencial do Hospital Regional São Vicente de Paula (HRSVP) devidamente planejada, a organização dos serviços de apoio administrativo, financeiro e gerais é o alicerce que garantirá a sustentabilidade, eficiência e o funcionamento ininterrupto das atividades-fim.

Estes serviços, subordinados à Diretoria Administrativa, operam de forma integrada para prover os recursos, a infraestrutura e a logística necessários ao cuidado do paciente. A seguir, detalha-se a organização de cada um desses setores.

Serviço de Gestão de Pessoas (Recursos Humanos)

Descrição de Funcionamento: Responsável por todo o ciclo de vida do colaborador, desde o recrutamento e seleção (concursos e processos seletivos) até o desligamento. Gerencia a folha de pagamento, benefícios, controle de frequência, saúde ocupacional e, em parceria com o Núcleo de Educação Permanente (NEP), promove a capacitação contínua das equipes.

Horário de Trabalho: 08:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira.

Serviço de Gestão Financeira e Faturamento SUS

Descrição de Funcionamento: O setor financeiro gerencia o orçamento, executa pagamentos a fornecedores, controla o fluxo de caixa e presta contas aos órgãos de controle. A área de Faturamento é vital para a receita do hospital, sendo responsável por codificar todos os procedimentos realizados (internações via AIH, procedimentos ambulatoriais via APAC) e enviá-los para ressarcimento pelo SUS.

Horário de Trabalho: 08:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira.

Setor de Compras, Almoxarifado e Farmácia

Descrição de Funcionamento: O setor de Compras realiza os processos licitatórios para aquisição de todos os insumos (medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de escritório). O Almoxarifado é responsável pelo recebimento, armazenamento e distribuição interna desses materiais. A Farmácia Hospitalar gerencia o estoque e a dispensação de medicamentos para as unidades de internação e urgência, garantindo o uso racional e seguro.

Horário de Trabalho:

Compras: 08:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira.

Almoxarifado e Farmácia: Funcionamento 24 horas (equipes em turnos) para atender às demandas hospitalares.

Serviço de Manutenção Predial e de Equipamentos

Descrição de Funcionamento: Garante a funcionalidade e segurança da infraestrutura hospitalar. A equipe realiza manutenções preventivas e corretivas nas redes elétrica, hidráulica e de gases medicinais. É também responsável pela manutenção e calibração dos equipamentos médico-hospitalares (monitores, ventiladores, bombas de infusão), em conjunto com a engenharia clínica.

Horário de Trabalho: Equipe diurna das 07:00 às 19:00 e equipe de plantão (sobreaviso) 24 horas para chamados de emergência.

Serviço de Hotelaria Hospitalar (Higienização e Lavanderia)

Descrição de Funcionamento: Este serviço é essencial para o controle de infecções e o bem-estar dos pacientes. A Higienização segue cronogramas rigorosos de limpeza terminal e concorrente em todas as áreas do hospital. A Lavanderia processa toda a roupa hospitalar, com fluxos separados para roupa suja/contaminada e roupa limpa.

Horário de Trabalho: Funcionamento 24 horas, com equipes distribuídas em turnos.

Serviço de Nutrição e Dietética (SND)

Descrição de Funcionamento: Responsável pelo planejamento e produção de todas as refeições. As nutricionistas clínicas avaliam os pacientes internados e prescrevem dietas específicas para suas necessidades. A cozinha industrial prepara as refeições para pacientes e funcionários, seguindo rigorosos padrões de segurança alimentar.

Horário de Trabalho: 06:00 às 20:00, todos os dias da semana.

Setor de Tecnologia da Informação (TI)

Descrição de Funcionamento: Garante o funcionamento da infraestrutura de tecnologia, incluindo a rede de computadores, sistemas de prontuário eletrônico, telefonia e internet. Presta suporte técnico aos usuários e gerencia a segurança da informação e dos dados dos pacientes.

Horário de Trabalho: 08:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, com plantão (sobreaviso) para emergências.

14. Responsabilidade Social

14.1 Ações de responsabilidade social desenvolvidas pelo preponente

Além da estruturação das metas e serviços o instituto irá implantar projetos assistenciais e de cunho humanístico para proporcionar ao ambiente hospitalar (para fins dos projetos o IDEAS considera o ambiente hospitalar toda a extensão dos serviços de saúde, incluindo todos os níveis de atenção em saúde) a plena integração com a população atendida. O processo de humanização e de atendimento de excelência deve ser estruturado como uma cultura de atendimento, passando, necessariamente, pela familiarização da população com a equipe alocada na unidade.

Mais do que proporcionar saúde o IDEAS busca a imersão da gestão com valores a serem transmitidos aos profissionais, usuários e pacientes da Unidade de Saúde, para tanto estabelecemos os seguintes projetos modelo:

Proposta: Promover saúde através da Promoção da Saúde, Educação Inovação e Empreendedorismo, Bem- Estar com Sustentabilidade Intersetorialidade buscar o estabelecimento de parcerias entre diferentes instituições no sentido de trabalharem juntos para o alcance de objetivos e metas comuns.

Consiste na obtenção de certa unidade, apesar das diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos, tentando estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização. É a articulação entre sujeitos de setores sociais vontades diversos.

PROJETOS DE INCREMENTO DE ATIVIDADES

1. Saúde Para Todos
2. Oficina de trabalho experimentais
3. Cooperação técnica com Iniciativa Privada
4. Projeto Cuidando de Você
5. Projeto Amor

Introdução e Justificativa:

Promover saúde através da integração de ações das Promoção da Saúde, Educação, Assistência Social, Desenvolvimento Inovação e Empreendedorismo, Comunicação, sustentabilidade na unidade de saúde.

As grandes mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nos últimos 50 anos tem por fundamento o envelhecimento populacional, a rápida urbanização e a globalização de estilos de vida pouco saudáveis.

Nesse cenário, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são mais prevalentes do que as doenças infecciosas como a principal causa de morbidade e mortalidade, com sobrepeso e obesidade figurando como importantes fatores de risco (BRASIL, 2014).

Neste contexto, há evidente preocupação quanto à mudança dos hábitos de vida da população brasileira nas últimas décadas, de modo que reduza a vulnerabilidade em adoecer, as incapacidades crônicas e a morte prematura dos indivíduos.

A saúde da população é o resultado dos modos de organização da sociedade na qual está inserida (Brasil, 2006).

De acordo com Silva et al (2014) “A promoção da saúde como dimensão de uma política de saúde compõe discursos ideológicos desde a década de 1970, ganhando forma e expressão em 1986 na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá (nov,1986).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os programas, as políticas e as atividades que são executados baseando-se nos princípios de concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade como características da promoção de saúde em 1998”.

Esse grande desafio envolve arranjos intersetoriais na gestão pública, empoderamento da população, desenvolvimento de competências e habilidades, capacitação, acesso à informação, estímulo à cidadania ativa, entre outros, para que a população reconheça seus problemas e suas causas, a fim de que ela possa advogar por políticas públicas saudáveis.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como tema prioritário a construção de políticas públicas estimulando a prática de atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida.

Importante ressaltar que os benefícios para a saúde podem ser conseguidos com uma alimentação saudável e balanceada aliada a níveis moderados de atividade física: 30 minutos diários, na maioria dos dias da semana.

Os movimentos corporais da vida diária, como caminhar para o trabalho, subir escadas e dançar, bem como atividades de lazer e esportes recreativos, contribuem significativamente para nosso bem-estar e promoção da saúde. (INSTITUCIONAIS, 2002) Em setembro de 2015, mais de 150 líderes mundiais reunidos na sede da ONU, adotaram formalmente uma nova agenda de desenvolvimento sustentável.

Potencialidades

- Apoio da gestão do IDEAS na unidade de saúde
- Reconhecimento pela Iniciativa privada e população atendida
- Profissionais capacitados
- Participação popular
- Propaganda boca-a-boca
- Crescente articulação intersetorial
- Uso de tecnologias leves de cuidado, como o acolhimento, a escuta, valorizando a relação entre os sujeitos e o vínculo.

Objetivos

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades;

Assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos;

Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas;

Assegurar a disponibilidade e inclusão de indivíduos com limitações cognitivas, que frequentam a unidade de saúde, tenham oportunidade de empregabilidade.

Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos;

Reduzir a desigualdade dentro da unidade de saúde, capacitando os mais vulneráveis para atividades laborais dignas;

Tomar medidas urgentes para combater a obesidade, desemprego e acesso a saúde;

Desenvolvimento

O incentivo para uma alimentação saudável e balanceada e a prática de atividades físicas é prioridade do Governo Federal. No Brasil, 33,5% das crianças, de cinco a menores de nove anos, apresentam excesso de peso, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares, POF 2008-2009 (BRASIL, 2017).

O mesmo percentual atinge os adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos com sobrepeso (33,5%), sendo que 8,4% estão obesos, segundo o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (COSTA, 2015).

Já a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) aponta que, em 10 anos, a prevalência da obesidade passou de 11,8%, em 2006, para 18,9% em 2016, atingindo quase um em cada cinco brasileiros.

Excesso de peso também cresceu entre a população. Passou de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016, estando presente em mais da metade dos adultos que residem em capitais do país. (BRASIL, 2017).

Os dados mais recentes da VIGITEL (BRASIL, 2017) revelam que, no conjunto dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, a frequência de excesso de peso foi de 50,8% na população, sendo maior entre homens (54,7%) do que entre mulheres (47,4%).

Já em relação à obesidade, 17,5% dos indivíduos encontravam-se nessa situação, não diferindo entre os sexos. Pela primeira vez, os dados de excesso de peso e obesidade mantiveram-se estáveis no país, interrompendo o aumento de aproximadamente 1,3% ao ano desde 2006, quando 42,6% dos indivíduos apresentavam excesso de peso e 11,8% obesidade.

Dentro deste contexto torna-se fundamental intensificar ações e estratégias de promoção da saúde, inclusão social e uso de alternativas naturais para manutenção da saúde e interação da comunidade. As ações educativas permeiam todas as práticas desenvolvidas, estando presentes em todas as relações do profissional de saúde com os usuários, tanto na consulta individual, atividades em grupos no universo escolar.

Estas ações são necessárias e complementares na busca da qualidade do cuidado em saúde. Estamos falando, portanto, de diálogo, conversa a dois ou conversa coletiva. O papel do profissional não é de somente repassar

informações, mas sim de estimular a problematização, o "saber pensar" criticamente, fazendo com que o cidadão se torne o sujeito da ação, ou seja, um ser autônomo com seu próprio conhecimento.

Nesta perspectiva torna-se imprescindível a união dos saberes dos diversos atores, que compõem a rede intersetorial, na construção de ações efetivas e sustentáveis para a unidade de saúde.

Público – Alvo:

Pessoas de todos os ciclos de vida, desde o recém-nascido até o idoso, moradores da região da unidade de saúde.

Objetivo geral:

Promover a saúde e bem-estar com sustentabilidade, pautado na educação continuada transformadora, de forma intersetorial e transdisciplinar, integrando ações da Secretaria Estadual de Saúde, afim de superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Atividades Desenvolvidas:

1) **Saúde Para Todos:** Programa de integração institucional da população da região da unidade de saúde, visando o desenvolvimento de workshops, palestras e realização de mutirões de saúde para melhoria da qualidade de vida da população. O IDEAS utilizará a estrutura dos serviços públicos para disponibilização de profissionais qualificados, com parceria com a rede privada, no que tange o oferecimento de profissionais de Educação Física, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas e Enfermeiros, bem como a inclusão de estagiários de Universidades locais para acompanhamento e realização das atividades. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde.

Trata-se da integração entre o sistema de saúde primária e os atendimentos de saúde secundária e terciária disponibilizados na unidade hospitalar, conforme

consabido a integração da saúde deve ser elemento central no desenvolvimento de políticas públicas efetivas.

2) Oficina de trabalhos experimentais: com a contribuição da iniciativa privada, a rede de saúde pode proporcionar a toda a população, em especial aos usuários e pacientes da região, cursos livres e oficinas nas áreas de Tecnologia, Educação e Marketing. Estes grupos de educação em saúde com temas relacionados a empregabilidade podem atrair os participantes e dar início a uma nova jornada. A participação da iniciativa privada tem como meta a absorção de mão de obra qualificada pela própria iniciativa da comunidade.

3) Cooperação Técnica Junto à Iniciativa Privada: o instituto buscará o apoio da iniciativa privada da região da unidade de saúde para fornecimento de cursos de formação e de oficinas para a ampliação do conhecimento da saúde. A maior arma contra os males de saúde é o desenvolvimento intelectual e instrução geral da população.

PROJETO CUIDANDO DE VOCÊ.

O Instituto de Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS pensando nos colaboradores tem como objetivo a humanização que melhora a qualidade de vida no trabalho promovendo atividades que propiciem bem estar, integração, valorização, reconhecimento da subjetividade estabelecida de diálogo.

Nós acreditamos que na sociedade humana todos os talentos são indispensáveis para o bem-estar do todo. Na natureza, a diversidade é a fonte da força. Interdependência é essencial para a sobrevivência. É assim que acontece na natureza. Cada célula de nosso corpo é diferenciada para desempenhar uma função especializada que contribui para o todo. Isso é tão verdadeiro para as famílias como o é para as organizações. Pessoas diferentes são necessárias, porque pessoas diferentes veem e fazem coisas de forma distinta. Nós precisamos da contribuição de talentos diversos, personalidades distintas e perspectivas diferentes para encontrar soluções criativas e inovadoras para atender às nossas necessidades.

O projeto “Cuidando de Você” tem como objetivo disponibilizar para as equipes da saúde, um espaço seguro, através da utilização dos processos circulares para falar e ser ouvido, para refinar relacionamentos, para busca de soluções positivas e prospectivas para o coletivo. O termo “saúde” designa muito mais do que “ausência de doenças”, promover saúde e proporcionar qualidade de vida e um olhar atento para todas as questões que circundam os seres humanos, para além do físico. É um consenso que somos fruto das interações sociais para muito além de nossa construção biológica.

Os profissionais que lidam com a promoção de saúde e prevenção, seja ela psíquica ou física, merecem um olhar atento de toda a sociedade, visto que para promover o cuidado com o outro se faz necessário que esse esteja saudável de maneira global, ou que pelo menos tenha a consciência do que lhe adoece e de tudo aquilo que fere suas esferas bio-psico-sociais.

O mais importante é a busca pelo equilíbrio e a separação do que alheio, do que é próprio e do que é do grupo. Os profissionais de saúde lidam diariamente com a dor, e essa dor se entranha nas mais diversas faces da construção pessoal de cada um. Ter a chance de poder ser ouvido, com uma escuta de qualidade e sobretudo a oportunidade de encontrar, em consonância com o grupo, ferramentas que busquem soluções para as questões diárias daquele ambiente é, sem dúvida, a chave para a consolidação da promoção de saúde para a equipe, como profissionais e como seres humanos.

Para que o trabalho de um profissional seja eficiente e ao mesmo tempo humanizado é necessário conhecimento, aperfeiçoamento, qualidade técnica e de inter-relação humana. A oferta de qualidade exige o desenvolvimento de conhecimento para lidar com os aspectos emocionais do paciente, isto é, precisa desenvolver atitudes eficientes e humanas em sua tarefa assistencial. É necessário repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionadas. Pois o cuidador será lembrado sempre por um paciente, seja nas pequenas situações vivenciadas, como, ações e palavras positivas. Essas atitudes podem parecer corriqueiras, mas é uma demonstração de respeito para quem está sendo cuidado.

Pensando sempre no bem estar do colaborador o Instituto de Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS terá como diferencial atividades diárias desenvolvidas por profissionais qualificados tais como:

- Palestras mensais para aperfeiçoamento, qualificação técnica, treinamento e desenvolvimento de pessoas;
- Atividades com acompanhamento de um profissional fisioterapeuta;
- Acompanhamento e apoio de profissional psico-social;
- Aniversariante do mês valorizando o colaborador sempre na última sexta feira do mês;

PROJETO AMOR.

No Instituto de Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS a humanização na saúde é um conceito construído por relacionamentos interpessoais de qualidade, questões estruturais e éticas. Ela parte de um olhar diferenciado em direção ao paciente, enxergando-o como um ser humano completo e que necessita de acolhimento para alcançar uma recuperação satisfatória.

Atualmente, a humanização é uma prática, que deve ser prestada de maneira especial aos serviços destinados ao atendimento de urgência e emergência (MORI et al., 2014).

Nos últimos anos, o setor da saúde passou por diversas mudanças tecnológicas. Novos exames, ferramentas, insumos e instrumentos foram aperfeiçoados na busca por diagnósticos e tratamentos mais precisos. No entanto, ao passo que as tecnologias evoluíram, as relações interpessoais, a comunicação e os vínculos foram deixados de lado, e são exatamente esses comportamentos que caracterizam o atendimento humanizado — uma das principais razões para garantir a satisfação dos pacientes. Oferecer um atendimento humanizado é tão essencial quanto investir em tecnologia e sistemas de gestão de atendimento. Por meio dele é possível proporcionar uma melhor forma de cuidado e alcançar mais resultados nos tratamentos.

Na maioria das vezes, ao buscar uma instituição de saúde, o paciente encontra-se fragilizado e inseguro. Desse modo, a forma como ele é acolhido no atendimento, desde o primeiro contato, faz toda diferença. Nesse sentido, o atendimento humanizado é aquele que considera a integralidade do cuidado, isto é, prevê a união entre a qualidade técnica do tratamento e do relacionamento desenvolvido entre o paciente, a família e a equipe. Ele busca a constante melhoria da comunicação entre o profissional e o paciente, considerando ambos como sujeitos do processo terapêutico, estabelecendo uma relação mais próxima, que preze pelo respeito, atenção e ética.

Pontos em destaque do PROJETO AMOR voltado a humanização para com o paciente:

- Entender o sofrimento do paciente;
- Satisfação dos pacientes;
- Ética profissional;
- Tratamento individualizado;
- Cuidado realizado com empatia;
- Respeito à intimidade e às diferenças;
- Infraestrutura adequada;
- Oferecer vários canais de atendimento;
- Treinar constantemente a equipe de atendimento;
- Reduzir filas e tempo de espera;
- Permitir o acompanhamento dos familiares;
- Garantir que os direitos dos pacientes sejam assegurados;
- Facilitar e ampliar o acesso à informação para os pacientes;
- Promover a comunicação clara com os colaboradores;
- Busca por melhorias constantes;
- Equipe mais satisfeita e engajada;

- Imagem do local;
- Eficácia do tratamento;
- Acolhimento dos familiares psicossocial;
- Doutores da alegria focado na pediatria;

A cultura de humanização para com o paciente proposta no projeto amor do Instituto de Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS a relação paciente-família e equipe é tão importante quanto a qualidade do tratamento técnico que é oferecido. Por essas e outras razões que o atendimento humanizado deve estar sempre presente tanto para com o paciente como para com os colaboradores.

ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

15. Organização dos Recursos Humanos

O Instituto IDEAS desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do TEM.

O Instituto IDEAS garantirá a contratação de profissionais qualificados para atendimento, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência. Que todos os profissionais que executam ações e/ou serviços de saúde por ela empregados e ativos estejam devidamente cadastrados no CNES. Como também adotará valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado, para o pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e funcionários da unidade de saúde, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

Para a contratação pessoal serão utilizados critérios técnicos, inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias. Serão mantidos os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação continuada e permanente. Serão contratados serviços de terceiros para atividades de apoio, sempre que

necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes e o serviço por ela prestado estar em conformidade com a legislação vigente.

Os profissionais contratados para a prestação dos serviços a unidade de saúde, deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe. Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional. E os profissionais de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem para a realização das atividades específicas de Enfermeiro(a).

Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS).

Os contratos entre a Unidade e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público. A Secretaria Estadual de Saúde de Goiás poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços objeto do Contrato, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira.

Todos os empregados e terceiros contratados pelo Instituto IDEAS para a unidade portará identificação (crachás) e estarão devidamente uniformizados, quando estiverem no exercício de funções nas dependências da unidade. A seleção de pessoal para a unidade de saúde, será conduzida a partir de processo seletivo de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio. O Instituto IDEAS disporá de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população.

O Instituto IDEAS se responsabilizará pelo pagamento do pessoal contratado diretamente pela organização, aqueles necessários à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar sempre que necessário a relação dos profissionais da unidade, responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, identificando as alterações que, por ventura, ocorram.

Vale observar que será mantido controle do ponto biométrico de todos os profissionais em serviço na unidade.

Na unidade de saúde será adotado um projeto de desenvolvimento humano, com pesquisa periódica do clima organizacional. Trata-se de uma estratégia para combater o absenteísmo e estimular a produção será a de realizar a coleta de dados para a pesquisa absenteísmo por meio de questionários. Estes questionários têm a finalidade de caracterizar o perfil dos trabalhadores, identificar gênero, tempo de serviço, faixa etária, grau de escolaridade, cargos e natureza das ausências, bem como avaliar a satisfação dos mesmos com relação ao trabalho que exercem, identificando principalmente as características indesejáveis do trabalho. Em posse destes dados cabe a administração tomar as medidas cabíveis para melhor o ambiente de trabalho. Ressaltamos que o controle de ponto do pessoal contratado será através de Ponto Biométrico.

Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial tem por objetivo definir a forma de capacitação dos Gestores e coordenadores, aplicando um plano de desenvolvimento de forma estratégica.

Alinhar a política de Treinamento e Desenvolvimento às estratégias da empresa assegurando que em todos os treinamentos, o conteúdo ministrado esteja de acordo com às estratégias e aos valores. Introduzir na cultura organizacional e nas práticas de gestão que o ambiente de trabalho é o ambiente de aprendizagem por excelência e o gestor é o maestro do ambiente e da aprendizagem.

O Treinamento no trabalho ou on the job, é aquele que ocorre no dia a dia, com a realização de tarefas rotineiras e orientação da chefia, através de feedbacks. Adotar estratégias de Treinamento e Desenvolvimento de curto, médio e longo prazo no planejamento estratégico anual da empresa. Utilizar o treinamento e desenvolvimento como moeda de troca na Retenção de talentos. Disseminar o compromisso corporativo com o processo de desenvolvimento do Capital Humano e com a efetividade dos resultados organizacionais.

E por fim, estimular os profissionais da Organização a buscarem o autodesenvolvimento e o protagonismo na condução de sua formação e carreira.

O detalhamento do programa de trabalho apresenta as Políticas e Diretrizes institucionais de todo o processo de contratação de pessoas, bem como avaliação de desempenho. Estas regras garantem o adequado funcionamento das atividades previstas, por meio de fluxos operacionais.

Para que sejam adequadamente seguidos por todos os colaboradores dos serviços, é importante que as políticas e diretrizes sejam de acesso fácil e

de conhecimentos de todos. Neste sentido é que o instituo torna pública as principais políticas norteadoras das atividades, em site próprio.

O plano de trabalho será detalhado, dividido na Políticas relativas à organização administrativa e gerencial.

Abaixo disponibilizamos links para acesso aos documentos no site do IDEAS, bem como estão no ANEXO III as cópias na íntegra de todas as Políticas citadas:

Link Política de Gestão de Pessoas – Banco de Talentos:

<https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/01/Politica-de-Edital-de-Banco-de-Talentos-Pr%C3%A3o-IDEAS.pdf>



Link Política de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção:

<https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/01/Politica-de-Recrutamento-e-Sele%C3%A7%C3%A3o-Pr%C3%A3o-IDEAS.pdf>



Link Política de Gestão de Pessoas – Avaliação de Desempenho:
<https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2021/02/POLITICA-DE-AVALIACAO-DE-DESEMPENHO-IDEAS-2021.pdf>



Disponibilizamos links para acesso aos documentos no site do IDEAS, de acesso a Edital de Seleção Simplificada de Pessoal de determinado contrato de gestão celebrado anteriormente com ente governamental.

Link do processo de seleção simplificada de pessoal da unidade

<https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2022/01/ABERTURA-DE-EDITAL-023.2022--ade.pdf>



A seguir demonstra-se como acessar todos os processos no Site do IDEAS.

Acesso: <https://www.ideas.med.br/chamamentospublicos/>

Campo “Trabalhe Conosco”



Forneça para o Ideias
Veja abaixo as oportunidades nos nossos editais.

Acompanhe abaixo os editais de chamamento público das nossas unidades, clicando sobre a unidade você terá acesso aos editais de cada uma delas.

Ficou em dúvida? Entre em contato conosco clicando aqui!

Item “Editais Abertos” ficam listados todos os editais abertos.



Trabalhe Conosco
Veja abaixo as oportunidades nos nossos editais e acompanhe os resultados.

Acompanhe abaixo os processos seletivos para contratação de colaboradores na listagem de editais em aberto, em execução e concluídos. Esta é a forma para fazer parte da equipe das unidades administradas pelo IDEAS.

Clique aqui e conheça nosso programa de seleção de PCD!

Editais Abertos

17 de fevereiro de 2023
EDITAL Nº062/2023 – CAPTAÇÃO DE TALENTOS PARA – AUXILIAR DE FARMÁCIA – HMISC – SC

Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas.

Estão no ANEXO III as Políticas de Gestão de Pessoas do IDEAS:

- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção;
- Política de Gestão de Pessoas – Banco de Talentos;
- Política de Gestão de Pessoas – Avaliação de Desempenho;
- Política de Gestão de Pessoas – Gestão de Cargos e Salários;
- Política de Gestão de Pessoas – Plano de Fortalecimento da Saúde do Trabalhador

Apresentação de Modelo de Avaliação de Desempenho com Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

PROGRAMA DE CONTROLE DE ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE

Introdução

O absenteísmo é um problema para a empresa, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, luto ou por motivos de ordem legal). O médico do trabalho, o gestor de pessoas (RH), a diretoria da empresa, as chefias e encarregados devem tomar todas as medidas a seu alcance para inibir a falta ao trabalho, seja justificada ou não. Cabe a chefia ou encarregado na suspeita de doença ou queixa em relação à limitação funcional ao trabalho desenvolvido pelo funcionário encaminhar este funcionário para avaliação médica ou odontológica com a finalidade de dirimir dúvidas. De preferência, orientar para marcar consulta.

Tipos de absenteísmo

São três os tipos de absenteísmo, a saber:

1) Absenteísmo por motivo de saúde:

a) Ocupacional: acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e do trabalho, por exemplo.

b) Assistencial: doenças comuns, sazonais, doenças cirúrgicas não ocupacionais, parto, acidentes domésticos e de trânsito, por exemplo.

2) Absenteísmo por motivos que não de saúde.

Causas do absenteísmo

Abaixo estão listadas as situações potenciais para faltas ou perda de tempo de trabalho, principalmente por motivos de não saúde:

a) por cúmplices pessoais internos: chefes e encarregados que não monitoram a presença ou ausência de seus subordinados no local onde deveriam estar, “pulso fraco” ou “laisse a faire”, agenda do ambulatório da empresa não dá prioridade a quem está em serviço e aguardando consulta.

b) por cúmplices pessoais externos: chefias que justificam a ausência ou falta do funcionário ao setor por tempo maior que o necessário; médicos ou odontólogos que emitem atestados para outros fins que não sejam saúde; doação de sangue durante expediente de trabalho.

d) por cúmplices ambientais internos: presença de cantina, cafezinhos, serviços médicos assistenciais cúmplices, refeições demoradas.

e) por cúmplices ambientais externos: festas típicas, cultos religiosos, catástrofes, por exemplo.

f) por problemas sócio-econômicos: baixos salários, ausência de plano de carreira.

g) por problemas pessoais no trabalho: desavenças com chefes e encarregados, desentendimentos com colegas, ambiente psicopatológico de trabalho.

Nos casos de falta por motivos de saúde ocupacional ou assistencial tanto o médico coordenador do PCMSO como o setor responsável pela gestão de pessoas (RH) tem a função de tomar medidas de ordem legal de acordo com

os limites previstos na CLT, código de ética profissional, dissídio coletivo ou acordo entre empresa e sindicato, por exemplo, para inibir as ausências ao trabalho, justificadas ou não.

Assim, a orientação aos funcionários através de comunicações escritas acerca de regras de conduta frente às ausências ao serviço deve ser feita regulamente, seja para esclarecimento ou para lembrança. No combate aos motivos que se agregam como “não saúde” é importante a ação do encarregado ao fiscalizar as atividades de seus subordinados quanto à produtividade no trabalho. Além disso, deve-se esperar que o encarregado encaminhe ao ambulatório da empresa aquele funcionário com baixa produtividade cuja suspeita seja por doença comum, ocupacional ou do trabalho.

O serviço de segurança e saúde do trabalho (SST) deve informar periodicamente a diretoria da empresa, através da Gestão de Pessoas, os níveis e causas do absenteísmo para que medidas administrativas possam ser tomadas.

Programas auxiliares

São programas que visam diminuir a incidência de acidentes ou doenças do trabalho:

a) PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e

b) Programa de Trabalho Restrito O PCMSO é de caráter obrigatório. Ele tem o objetivo de promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Tem caráter preventivo, de rastreamento e diagnóstico dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além de constatar e atuar nos casos ocorrência de doenças profissionais.

O Programa de Trabalho Restrito corresponde a um conjunto de normas e instruções para que o funcionário exerça atividade laborativa, de modo parcial ou suave, quando sua dispensa teria como destino sua residência. A proposta é que permaneça no local de trabalho, ou outro, executando atividade de seu conhecimento e experiência sem estar submetido a risco de agravamento do

problema específico de saúde que apresenta e sem estar submetido à situação de constrangimento perante os colegas de trabalho devido à limitação de saúde apresentado. O agravamento ou problema de saúde também não deve ensejar risco adicional de acidente ou agravamento do estado de saúde presente ou que sua atividade restrita não coloque em risco a segurança dos demais colegas de trabalho. Em todos os casos haverá necessidade de avaliação médica prévia com indicação das restrições e limites de atuação deste funcionário na atividade laborativa, com pronunciamento da chefia sobre a existência dessa atividade em conformidade com as limitações apontadas pelo médico.

Cálculo da taxa de absenteísmo

As taxas são calculadas conforme a fórmula abaixo, dividindo-se os índices pelos seguintes critérios:

a) Por saúde, englobando afastamento por saúde ocupacional ou assistencial.

b) Por não saúde, onde os dados para cálculo devem ser fornecidos também pelo setor de gestão de RH.

$$\text{Índice Absenteísmo} = \left(\frac{\text{Número Total Faltas} \times 100}{\text{Número Funcionários} \times \text{Número Dias Úteis}} \right)$$
 O absenteísmo total pode ser calculado pela fórmula:
Absenteísmo Saúde + Absenteísmo Não Saúde

Índices de absenteísmo

Menor ou igual a 1,5%

De 1,51% a 1,80%

De 1,81% a 2,10%

Igual ou maior de 2,11%

20 pontos

15 pontos

10 pontos

00 pontos

Critérios para aceitabilidade de atestados

1. O atestado que contém o tempo de dispensa, diagnóstico codificado da doença (CID-10), assinatura do médico ou odontólogo sobre o carimbo, do qual conste o nome completo, número de registro profissional, a priori, deve ser aceito pela empresa.

2. Atestados médicos ou odontológicos fornecidos pelo SUS para abonar faltas são aceitos por decisão jurisprudencial trabalhista

3. Atestados são aceitos quando houver decisão favorável da gerência ou diretoria. As declarações de comparecimento aos serviços médicos ou de saúde oficiais ou privados não podem ser confundidos com atestados médicos por quem quer que seja. O mesmo se aplica as receitas médicas ou odontológicas, que não são justificativas de falta ao trabalho.

Os critérios para invalidar atestados são:

1. Atestados emitidos sem assinatura ou sem carimbo ou por profissionais não médicos ou não dentistas (falta prova legal e resolução CFM 1548/99);

2. Atestados pré-datados e pós-datados;

3. Atestado com tempo de dispensa incompatível com a evolução normal da doença em questão, seja para mais ou para menos;

4. Atestado médico emitido por odontólogo ou vice-versa (resolução CFM 1548/99);

5. Atestados falsos ou falsificados ou duvidosos.

Os atestados duvidosos devem ser avaliados pelo médico e pelo RH antes do seu abono para efeitos de justificativa de ausência ao trabalho. Os requisitos para abono de atestado pelo médico do trabalho (médico coordenador do PCMSO ou médico executor) ou pela empresa (gestão de pessoas) para faltas consideradas de não saúde, são:

1. Aviso de intenção de falta ao setor competente ou chefia imediata, antes do início do turno de trabalho para situações de saúde consideradas de urgência ou emergência;

2. Comunicação com antecedência de um dia, pelo menos, da falta para consultas médicas agendadas ou cirurgias ou para tratamento de saúde em ambiente hospitalar ou ambulatorial programado.

3. Comunicação com antecedência ao setor competente para dispensa para doação de sangue, cuja data de afastamento deve ser mutuamente

acertada, exceto em casos de necessidade de doação por falta de estoques suficientes no banco de sangue.

4. Aviso ao setor de gestão de pessoas quando uma ausência se fizer necessária por motivos de gala, luto, judicial, militar ou outra motivação.

Obrigações

a) Médicos, Dentistas e serviços conveniados, quando existentes. Evitar dar atestados de afastamento do trabalho, procurando emitir CTR – Comunicação de Trabalho Restrito;

b) Encarregados Colaborar ao extremo com as solicitações médicas de trabalho restrito para evitar o afastamento total ou parcial do trabalho, tudo de acordo com o PTR – Programa de Trabalho Restrito.

c) Gerência da Empresa de RH Afixar em local da empresa um placar de indicação do absenteísmo dos funcionários para que os absentes costumazes tornem-se públicos para a empresa e as medidas previstas na CLT possam ser aplicadas. No caso do absenteísmo por doenças, devem ser tomadas todas as providências para corrigir o problema de saúde do funcionário para que volte a produzir normalmente. Se o absenteísmo for por doença ocupacional, doença do trabalho ou acidente do trabalho deve-se recomendar reunião extraordinária à CIPA para estudos e providências para eliminação dos fatores causais

Avaliação do absenteísmo individual

Os limites para considerar o funcionário normal, pré-absenta e absenta costumaz, são:

Normal:

a) entre 18 e 45 anos de idade: até 4,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para homens e 5,0 visitas para mulheres;

b) abaixo de 18 anos e acima de 45 anos de idade: até 6,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

Pré-absenta:

a) entre 18 e 45 anos de idade: acima de 4,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para homens e acima de 5,0 visitas para mulheres até o limite de 7,0 visitas médicas ou odontológicas;

b) abaixo de 18 anos e acima de 45 anos de idade: acima de 6,0 e abaixo de 8,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos

Absenta costumaz:

a) entre 18 e 45 anos de idade: acima de 7,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos;

b) abaixo de 18 e acima de 45 anos de idade: acima de 8,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

Estratégia de abordagem do absenteísmo

A estratégia de abordagem do absenteísmo pode ser dividida em três fases:

Primeira fase:

a) fazer medições padrão por grupos (áreas ou setores ou ocupações) como, por exemplo, índices de frequência, de gravidade, percentagem de tempo pedido e taxa de frequência.

b) montar o perfil do absenta a partir de dados obtidos no item anterior como escolaridade, grau de hierarquia, turno de trabalho e outros.

c) Levantar os custos/prejuízos causados pelo absenteísmo, especialmente com avaliação de hora/homem/trabalhada x queda de produção/lucro.

Segunda fase:

a) dividir o absenteísmo em níveis:

1. pequeno absenteísmo: falta de 1 dia

2. médio absenteísmo: falta de 2 a 4 dias

3. grande absenteísmo: falta de 5 a 15 dias 4. severo absenteísmo: falta superior a 15 dias

b) não incluir as faltas de ordem legal, como férias, feriados oficiais, dispensas por ato administrativo da empresa, licença maternidade, auxílio-doença do INSS.

Terceira fase: Fazer palestras ou distribuir comunicado ou folders explicativos mostrando as regras dentro da empresa de modo muito claro como:

1. critérios para entrar no placar
2. critérios para sair do placar
3. critérios para avaliar atestados
4. fluxograma para avaliação de atestados
5. critérios para negociação de faltas programadas diretamente com a chefia imediata, de preferência.

Ações contra envolvidos

As ações devem ser contra:

- a) os funcionários absentes, cúmplices pessoais, ambientais;
- b) médicos e dentistas anti-éticos e atestados falsos;
- c) tentativas de resolver problemas diversos, como:
 1. problemas sócio-econômicos
 2. problemas pessoais no trabalho
 3. problemas de desadaptação ao trabalho
 4. problemas pessoais no lar
 5. problemas de abuso de drogas

Funcionários pré-absentes

Aquele que se torna pré-absente por motivo puramente de saúde deve ser encaminhado ao serviço médico para análise de seus motivos de dispensa, podendo o analisador solicitar pareceres de outros especialistas, antes de dar um parecer de falta justificada ou não. O funcionário que se torna pré-absente por motivos mistos deverá ser avaliado em conjunto pelo setor responsável pela gestão de pessoas (RH) e pelo serviço médico.

O beneficiado por atestado falso, falsificado ou inidôneo também comete crime doloso, ou seja, tem intenção deliberada de prejudicar a empresa. Os que se tornam pré-absentes por motivos puramente não de saúde são encaminhados ao setor responsável pela gestão de pessoas (RH) para análise de suas faltas antes de sua justificativa ou não. Em todos os casos, deve-se afixar um “placar” de absenteísmo para que os próprios possam ser vistos, como para que os

outros possam também policiar suas faltas. Contra os cúmplices pessoais internos É de senso geral que quando chefes e encarregados perdem o controle da presença e da produtividade de seus subordinados começa a “doença” do local de trabalho.

Ali também se encontram os bons funcionários que certamente estarão sobrecarregados de trabalho, e causando até doenças por estresse ocupacional ou por problemas físicos. Outros do mesmo setor, na verdade, se tornam “parasitas da empresa”, absentes costumazes e frequentadores assíduos do serviço médico da empresa, grudando-se em cantinas, entretendo-se em longos bate-papos para enrolar no trabalho, além de infundáveis idas ao banheiro, trocas de serviço, tudo sob o olhar cúmplice de seus chefes. É importante que a gerência de pessoas (RH) implante ou controle um sistema de medição de produtividade. Contra os cúmplices pessoais externos. Os cúmplices pessoais externos em geral atuam na forma de atestar por prazo maior que o necessário para tratamento do problema de saúde ou na emissão de atestado de forma fraudulenta.

A gerência de RH, em contato com o Serviço Médico, deverá verificar a frequência das dispensas, enviando ofícios da empresa para o órgão onde está atuando o cúmplice externo ou diretamente ao médico ou odontólogo envolvidos.

Bases Legais

Segundo entendimento do CFM – Conselho Federal de Medicina, parecer CFM 02/86, a emissão de atestado de doença é um ato exclusivo da profissão médica, sendo vedada a outros profissionais da saúde. O Código Penal pune o profissional médico com pena de detenção quando há emissão de atestado falso ou fazer uso de papéis falsificados ou alterados, inclusive com aplicação de multa se o crime for cometido com o fim de obtenção de lucro (art. 302 e 304). A Resolução CFM 1658/02 em seu art. 6º, § 1º diz que os médicos devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no CRM – Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogo, estes no estrito âmbito de sua profissão.

O médico poderá, se necessário, valer-se de opinião de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado. É vedado ao médico firmar atestados sem praticar os atos profissionais que os justifiquem, segundo o Decreto-Lei 20.931/32 e art. 110 e 116 do Código de Ética Médica.

O médico só poderá fornecer atestados ou relatórios de exames ou tratamentos realizados revelando assim o diagnóstico ou tratamento desde que obtenha expressa autorização do paciente ou seu responsável (Resolução 1219/85).

A Portaria 3291 do Ministério da Previdência de 1984, que exige atestado médico para fins de justificativa de falta ao trabalho, impõe o uso do diagnóstico codificado de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID).

Tal exigência evita transtornos ao funcionário que porventura seja encaminhado para perícia médica oficial para obtenção de auxílio-doença previdenciário ou acidentário. A Previdência Social orienta que o início do afastamento seja coincidente com o dia do atendimento.

Embora esta norma possa prejudicar o empregado que não conseguiu assistência médica imediata, o médico não pode atestar doença em dia(s) anterior(es) ao atendimento, pois, efetivamente, não há como comprovar doença.

O médico também não está impedido de atestar para pessoa de sua família se efetivamente praticou o ato médico ou tratamento que o justifique, exceto nos casos de perícia médica judicial, doença grave ou toxicomania e outras situações previstas na legislação. Por fim, está o médico obrigado a manter o sigilo médico, de acordo com o Código de Ética Médica (art 105), inclusive revelar informações confidenciais quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos trabalhadores ou da comunidade.

Critérios para avaliação de atestado de dispensa

Tendo a empresa serviço médico próprio ou conveniado, o funcionário deverá dirigir-se em eventual necessidade. Se assim não procedeu, e por qualquer razão procurou outro serviço para ser atendido, deverá levar imediatamente o atestado ao serviço médico, que o homologará ou não. Não tendo a empresa tal serviço, o atestado com até quinze (15) dias será aceito pela empresa e aquele cujo período for maior a empresa encaminhará seu funcionário para avaliação pericial junto ao INSS.

Uma das grandes preocupações das organizações é como evitar que os profissionais falem, já que o absenteísmo (ausência no ambiente de trabalho) prejudica não apenas a um único colaborador, mas também aos efeitos significativos sobre o desempenho de uma equipe. Vale ressaltar que cada empresa pode utilizar uma "fórmula" para calcular o percentual de absenteísmo,

de acordo com sua realidade. Mas, o que pode ser feito para reduzir os índices de absenteísmo? Abaixo listo algumas ações que podem auxiliar as organizações a diminuir os percentuais de falta dos colaboradores.

1 – LIMPEZA: Não há nada mais desagradável para uma pessoa do que conviver em um ambiente que não tenha as mínimas condições de limpeza. É notório que um local que oferece higiene, evita que as pessoas adquiram alguns problemas de saúde como viroses, dermatites, comprometimento das vias respiratórias, entre outros. Por isso, quando a empresa mantém um constante processo de manutenção que assegure a limpeza, muitos afastamentos por licença-médica podem ser evitados. Dentre algumas ações simples, podemos destacar: revisão no ar condicionado; banheiro e refeitórios limpos; lixo devidamente acondicionado.

2 – CONHECIMENTO: Durante eventos comemorativos, aproveitando a oportunidade dos profissionais estarem em um momento de integração, a companhia tem a alternativa de promover ações voltadas à qualidade de vida do trabalhador. Isso inclui desde palestras ministradas por profissionais da área de saúde que foquem suas apresentações em temáticas direcionadas de combate ao alcoolismo, ao tabagismo, às doenças cardiovasculares, bem como estímulo à mudança para hábitos alimentares saudáveis. Quando a pessoa cuida da própria saúde, o reflexo positivo é sentido no dia a dia corporativo.

3 – LER E DORT: Não são poucos os casos de afastamentos por licenças médicas em decorrência de doenças provocadas pelo esforço repetitivo. Tendinites, bursites são apenas alguns dos problemas que podem acometer qualquer trabalhador. Empresas conscientes desse problema estimulam seus funcionários a praticarem exercícios laborais que a princípio podem ser conduzidos por educadores especializados. Depois que os profissionais abraçam a ideia, após serem treinados alguns funcionários podem assumir o papel de agentes disseminadores, estimulando os pares a participarem de aulas de ginástica laboral. Há empresas que conseguiram reduzir o percentual de absenteísmo, depois de implantarem ações dessa natureza.

4 – CONSCIÊNCIA: A promoção de campanhas de conscientização sobre a importância do trabalho de cada um colaborador faz um diferencial significativo. Isso porque o profissional passa a entender a importâncias que as atividades que ele desenvolve têm, de fato, valor para a companhia. Isso, por

sua vez, pode estimulá-lo trabalhar novas competências técnicas e comportamentais.

5 – NÃO A LÍDERES TIRANOS: A presença de gestores despreparados ou, então, de pessoas que chegam ao extremo de usar a autoridade para humilhar os liderados, é um dos fatores que levam profissionais a se ausentarem do trabalho ou mesmo procurar outra oportunidade no mercado. Dizer "Não" aos líderes tiranos é dizer "SIM" para uma equipe motivada.

6 – UNIÃO: A concepção de individualismo já não faz parte da cultura de uma empresa globalizada e que deseja sobreviver à concorrência. Nesse sentido, a gestão deve focar ações específicas para o estímulo ao espírito de equipe. Quando se atua em uma companhia, onde as pessoas entendem que unidas vão "mais longe", a vontade de atender às expectativas da empresa aumenta.

7 – TRANSPORTE: Muitos profissionais chegam atrasados ao expediente porque enfrentam diariamente o trânsito caótico dos centros urbanos. Existe também quem perca horas de trabalho (considerando-se o período de seis meses, por exemplo), porque a empresa atual é de difícil acesso. Seja pela carência de transporte coletivo ou devido à região onde a companhia instalou-se, quando a organização tem recursos para investir no transporte dos colaboradores, observa que esse investimento vale à pena quando é realizado um levantamento das horas de ausência versus a manutenção do veículo.

8 – RECURSOS HUMANOS ESTRATÉGICO: A presença do profissional de Recursos Humanos em todos os departamentos da companhia serve de termômetro para avaliar o clima, identificar falhas gestão e encontrar soluções, antes que a empresa sofra algum tipo de prejuízo.

9 – PESQUISAS E AVALIAÇÕES: A adoção de ferramentas como pesquisa de clima organizacional ou mesmo de avaliação de desempenho, permite que a organização identifique os pontos fortes e fracos que precisam ser trabalhados no profissional. Quando isso ocorre, é possível dar um feedback ao colaborador e ele, por sua vez, entenderá que a empresa não o vê apenas como um "número" a ser adicionado à folha de pagamento.

10 – COMUNICAÇÃO: Sem uma política de comunicação interna clara, os funcionários ficam sujeitos a receberem informações distorcidas como, por exemplo, demissão em massa, corte de benefícios etc. Através dos canais de comunicação, a empresa passa tranquilidade aos profissionais e esses conseguem cumprir suas responsabilidades com mais eficácia. As chances de profissionais conscientes se ausentarem do trabalho caem significativamente.

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

Florianópolis/SC, 06 de outubro de 2023.

354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78

CAPÍTULO I – FINALIDADE

Art. 1º. O presente regulamento tem como objetivo estabelecer as diretrizes para todas as Unidades/Projetos administradas pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS ao executarem ações relacionadas à aquisição de bens e produtos, bem como a contratação de obras e serviços.

Art. 2º. Todas as despesas realizadas pelo IDEAS devem estar em observância com o núcleo essencial dos princípios da administração pública – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Art. 3º. Para efeito deste Regulamento considera-se:

I. **Obra:** Toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação realizada por execução direta ou indireta;

II. **Serviço:** Toda a atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse ao IDEAS, a exemplo de: conserto, instalação, montagem, conservação, reparação, manutenção, transporte, publicidade, seguro, trabalhos técnico-profissionais;

III. **Produto:** Bens duráveis ou não para atendimento de uma necessidade do IDEAS, a exemplo de: medicamentos, equipamentos, móveis, materiais médicos;

IV. **Locação de Bens Móveis:** Ação que visa obter disponibilidade de bens móveis para atendimento de necessidades do IDEAS, que será realizada por pessoa jurídica;

V. **Locação de Imóveis:** Ação que visa obter disponibilidade de bens imóveis para atendimento de necessidades do IDEAS, que poderá ser realizada por pessoa física ou jurídica;

VI. **Comodato:** Tipo de contrato em que ocorre o empréstimo gratuito de “coisas” que deve ser restituído ao cedente no tempo convencionado entre as partes nas mesmas condições que recebeu.

VII. **Fornecedor:** Toda pessoa jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

VIII. **Banco de Dados de Potenciais Fornecedores:** Potenciais fornecedores, ou seja, que podem fornecer os produtos e serviços necessários para as operações do IDEAS.

Art. 4º. Todo o processo de compras/contratação de serviços deve ser documentado de modo físico ou digital.

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br | protocolo@ideas.med.br
Página 2 de 8
354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78

CAPÍTULO II – DA SELEÇÃO DE PROPOSTAS

Art. 5º. A aquisição de materiais de consumo e bens, a contratação de obras e serviços serão efetuadas a partir da coleta de preços, sendo dispensável a mesma nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 6º. A coleta de Preços, modalidade de seleção de propostas IDEAS, admite a participação de qualquer pessoa jurídica ou física, quando aplicável, que cumpra com os requisitos solicitados para a aquisição de materiais de consumo, bens, obras e serviços, devendo ser realizada com a utilização de plataforma digital e/ou publicação no site do IDEAS, ou pela convocação de potenciais fornecedores.

Parágrafo Primeiro: O prazo de publicação da coleta de preços não poderá exceder a 60 (sessenta) dias, contados da data de requisição com as devidas especificações da contratação, devendo, no mínimo, contar com 03 (três) propostas de preço.

Parágrafo Segundo: A Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, se aplica subsidiariamente a este Regulamento.

Parágrafo Terceiro: Para as empresas de comércio eletrônico (*e-commerce*), será considerada como coleta de preços, pesquisa de mercado realizada junto ao seu sítio eletrônico (cotação eletrônica), para todos os efeitos e fins deste Regulamento.

Art. 7º. Todo procedimento de compras e contratação de serviços deverá compreender as seguintes etapas:

I. Existência de solicitação de aquisição de materiais de consumo/bens ou contratação de obras/serviços com descrição pormenorizada do que deve ser adquirido ou contratado, quantidade e prazos de entrega ou início para a execução dos serviços, além de justificativas necessárias quando couber. Na definição do objeto não será admitida indicação de características e especificações exclusivas ou marcas, salvo se devidamente justificadas;

II. Coleta de preços, com a composição de todos os orçamentos que deverá conter: a Unidade compradora e CNPJ, nome do fornecedor e CNPJ, data da emissão da proposta, objeto/serviço cotado, descrição e quantidade, valor unitário, condições de pagamento, validade da proposta, prazo de entrega se não for imediato, valor de frete, quando houver, e condições de garantia, quando houver, salvo quando de proponente *e-commerce*.

III. Todo orçamento deverá estar assinado pelo emitente quando se tratar de cotação não eletrônica;

IV. Seleção da proposta mais vantajosa;

V. Emissão da ordem de fornecimento, ordem de serviço ou formalização contratual.

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br | protocolo@ideas.med.br
Página 3 de 8
354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78



Art. 8º. O processo de seleção de proposta pelo IDEAS, quanto a proposta mais vantajosa, dar-se-á a partir da verificação do menor preço final, que, além do termo monetário, envolve os critérios e parâmetros, considerando os limites da legislação aplicável vigente e normativas internas.

CAPÍTULO III – DA DISPENSA DE SELEÇÃO DE PROPOSTAS

Art. 9º. As contratações de pequeno valor, em regime de urgência, de objeto exclusivo e de prestadores de serviços especializados, estão dispensadas de coleta de preços, desde que possuam o aval da Direção.

Art. 10º. Ocorrerá a dispensa de seleção de fornecedores nos seguintes casos:

I. Compras, execução de obras ou serviços de bens que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a um salário mínimo, com a devida justificativa técnica;

II. Nos casos que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto;

III. Nos casos de emergência ou de calamidade pública;

IV. Aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia;

V. Quando o valor do produto/material for disciplinado por tabela oficial;

VI. Para a contratação de serviços técnicos profissionais especializados, desde que presentes no plano de trabalho das Unidades/Projetos, tais como:

- a) Estudos técnicos, planejamento e projetos básicos ou executivos;
- b) Pareceres, perícias e avaliações em geral;
- c) Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- d) Patrocínio ou defesa de causas jurídicas ou administrativas;
- e) Treinamento ou aperfeiçoamento de pessoal;

VII. Em se tratando de aditivo contratual, em comum acordo entre as partes, quando:

a) Houver modificação das especificações do projeto, para melhor adequação técnica aos seus objetivos, desde que não haja desconfiguração do objeto inicial contratado;

b) Necessária adequação do valor contratual em decorrência de acréscimos ou diminuição quantitativa de seu objeto;

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br | protocolo@ideas.med.br
Página 4 de 8
354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78

c) Necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes;

d) Necessária aplicação de índices de correção de preço que refletem a inflação, considerando as condições que as partes pactuaram inicialmente;

e) Necessário a prorrogação da vigência de prazo contratual em caso de serviços contínuos.

Parágrafo Primeiro: A comprovação de exclusividade deve ser feita através de atestado válido.

Parágrafo Segundo: O processo de contratação quanto a serviços técnicos profissionais especializados, deverá ser criterioso, considerando a idoneidade, metodologia, a experiência, a especialização do contratado, dentro da respectiva área, com validação da Direção.

Parágrafo Terceiro: Considera-se de emergência a aquisição de item inexistente no estoque, de uso esporádico ou excepcional, com imediata necessidade de utilização, nos casos de reparos necessários que afetam a continuidade do serviço ou a segurança e integridade das pessoas.

CAPÍTULO IV – DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS DOS FORNECEDORES

Art. 11. Serão exigidos dos fornecedores de bens/produtos, a título de qualificação, ao menos os seguintes documentos:

- I. CNPJ;
- II. Inscrição Estadual;
- III. Certidão Negativa de Débitos Estaduais;
- IV. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à dívida ativa da União;

Parágrafo Primeiro: No que concerne ao fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e hospitalares serão necessários documentos adicionais específicos em conformidade com a regras sanitárias e de segurança vigentes.

Parágrafo Segundo: Para a prestação de serviços são necessários, ao menos, os documentos listados abaixo:

- I. Cartão CNPJ;
- II. Contrato Social atualizado.
- III. Certidão Negativa de Débitos com o FGTS;
- IV. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- V. Certidão de Débitos Municipais;

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br | protocolo@ideas.med.br
Página 5 de 8
354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78

VI. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à dívida ativa da União.

Parágrafo Terceiro: Para locação de bens móveis e imóveis são necessários, ao menos, os documentos listados abaixo:

- I. Cartão CNPJ;
- II. Contrato Social atualizado;
- III. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à dívida ativa da União.

Parágrafo Quarto: Poderá ser exigido de fornecedores e prestadores de serviços outros documentos/certidões que sejam necessários para atendimento a exigências dos entes públicos contratantes.

CAPÍTULO V – DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS

Art. 12. Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente Termo de Referência ou projetos básicos/executivos, bem como cronograma físico-financeiro, de acordo com os critérios e limites das tabelas de preços vigentes no mercado.

Art. 13. Na elaboração dos projetos básicos ou executivos deverão ser considerados os seguintes requisitos:

- I. Segurança;
- II. Funcionalidade e adequação ao interesse público;
- III. Economia na execução, conservação e operação;
- IV. Facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou de serviço;
- V. Acessibilidade;
- VI. Adoção das normas técnicas adequadas;
- VII. Avaliação do custo, definição de métodos e prazo de execução.
- VIII. Respeito às regras de segurança do trabalho.

Art. 14. O processo de contratação deverá obedecer às seguintes etapas:

- I. Pedido de Cotação de preço;
- II. Apuração da melhor proposta, contemplando técnica e/ou preço;
- III. Celebração do contrato.

Parágrafo Único: A empresa selecionada deverá apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, indicando o prazo de execução e o custo total.

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br | protocolo@ideas.med.br
Página 6 de 8
354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78



Art. 15. A execução da obra ou reforma deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pelo IDEAS de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificações previstas no contrato e no projeto de execução.

CAPÍTULO VI – DA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Art. 16. A forma de aquisição de OPME, realizada por meio de coleta de preço, poderá prever a entrega por consignação ou para o estoque próprio, obedecendo ao disposto nos artigos deste regulamento, no que couber.

Parágrafo Primeiro: Serão adquiridas somente órteses, próteses e materiais especiais constantes na Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde (MS) e legalmente registradas na ANVISA, com indicação técnica de uso registrada na bula do produto.

Parágrafo Segundo: Após a coleta de preços, quando pertinente, serão firmados contratos com os fornecedores de órteses e próteses para atendimento da Unidade. Deverá ser observado fornecedores adequados às necessidades logísticas do objeto.

Parágrafo Terceiro: A especificação técnica das OPME será baseada nas especificações contidas na padronização, nos códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS (Sigtap) sem características genéricas ou irrelevantes, e deverá possuir, no mínimo:

- I. Nome básico, composição e peculiaridades do objeto;
- II. Características claras e disponíveis no mercado;
- III. Especificação quanto ao tamanho, à unidade de medida, à apresentação e à embalagem;
- IV. Padrões técnicos com parâmetros mínimos de desempenho e qualidade.

Art. 17. Todos os materiais não constantes na Tabela de Órtese/Prótese do MS, que apresentarem eventualmente benefícios ao procedimento/paciente, deverão ser analisados/justificados pela Comissão Técnica, quando houver, ou pelo Diretor Técnico da Unidade e encaminhados ao Diretor para validação técnico-financeiro.

CAPÍTULO VII – BANCO DIGITAL DE PREÇOS

Art. 18. O IDEAS poderá utilizar Banco de Preços em Saúde – BPS que é um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde – MS, que se destina ao registro e à consulta de informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde, realizadas por instituições públicas e privadas.

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br | protocolo@ideas.med.br
Página 7 de 8
354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78



Parágrafo Único: O BPS, poderá ser consultado sempre que for necessário pesquisa de preços para avaliar o preço de mercado.

Art. 19. O IDEAS poderá utilizar Painel de Preços, que disponibiliza, de forma clara e de fácil leitura, dados e informações de compras públicas e contratações de serviço homologadas no sistema de compras do Governo Federal.

Parágrafo Único: O Painel de Preços do Governo Federal poderá ser consultado sempre que for necessário pesquisa de preço de serviços, materiais e medicamentos no mercado.

Art.20. O IDEAS, poderá utilizar-se plataformas e/ou banco de dados privados para consultar e avaliar preços de mercado para produtos e serviços.

CAPÍTULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21. O fornecimento de materiais de consumo, a venda de bens e a prestação de serviço para o IDEAS implica na aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados, bem como a observância deste Regulamento e demais normas aplicáveis.

Art. 22. Este Regulamento reger-se-á pelas suas cláusulas, pelo Direito Civil e pelos princípios da Teoria Geral dos Contratos.

Art. 23. A critério do IDEAS, poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 24. Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento somente será válido se devidamente documentado, de modo a permitir o seu acompanhamento, controle e fiscalização.

Art. 25. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, com base nos princípios gerais de direito e caso necessário com questionamento ao setor técnico competente.

Art. 26. As normas e valores estabelecidos no presente Regulamento poderão ser revistos e atualizados conforme necessidade.

Art. 27. O presente Regulamento entra em vigência na data de sua assinatura.

Florianópolis/SC, 06 de outubro de 2023.

Assinatura Eletrônica
10/10/2023 13:59 UTC

BRy
015 ***-**-73
Diego Gotardo

Diego Gotardo

Presidente do Conselho de Administração

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br | protocolo@ideas.med.br
Página 8 de 8
354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78



Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse <https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas>, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".



Código de verificação:

b83040db-0c5d-42f3-ab44-cccc18d9fdbf

CHAVE:

354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em "Baixar documento assinado".

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 06/09/2024 06:05 (UTC).

Nome do documento: 20230508_REGULAMENTODECOMPRAS_CH2023032607_FMT.pdf

Algoritmo: SHA256

Hash: 4F748A51B2F522D03516CCE57B41154EBBE78571D2572B4E7311CADED8B6449

Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- O documento é autêntico e não foi adulterado.
- Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura.
- As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 06/09/2024 06:05 (UTC).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 10/10/2023 02:00 (UTC).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 08:26 (UTC) - 23/02/2028 08:26 (UTC)
- **Situação:**
 - Assinatura íntegra
 - Certificado válido
 - Identidade reconhecida
 - Assinatura Eletrônica Qualificada
 - A assinatura esta de acordo com a sua política
 - Carimbo válido

Diego Gotardo

- **Data da assinatura:** 10/10/2023 02:00 (UTC).

Documento emitido por Bry Tecnologia - bry.com.br



- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 172.52.2.248
 - **Email:** dgotardo@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.589425179201726, -48.58703185808713

CRITÉRIO OBJETIVO DE ESCOLHA DE FORNECEDOR

Apresentamos o critério objetivo de escolha do fornecedor com exigência de, no mínimo 3 fornecedores, conforme exigência do Edital:

CAPÍTULO II – DA SELEÇÃO DE PROPOSTAS

Art. 5º. A aquisição de materiais de consumo e bens, a contratação de obras e serviços serão efetuadas a partir da coleta de preços, sendo dispensável a mesma nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 6º. A coleta de Preços, modalidade de seleção de propostas IDEAS, admite a participação de qualquer pessoa jurídica ou física, quando aplicável, que cumpra com os requisitos solicitados para a aquisição de materiais de consumo, bens, obras e serviços, devendo ser realizada com a utilização de plataforma digital e/ou publicação no site do IDEAS, ou pela convocação de potenciais fornecedores.

Parágrafo Primeiro: O prazo de publicação da coleta de preços não poderá exceder a 60 (sessenta) dias, contados da data de requisição com as devidas especificações da contratação, devendo, no mínimo, contar com 03 (três) propostas de preço.

Parágrafo Segundo: A Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, se aplica

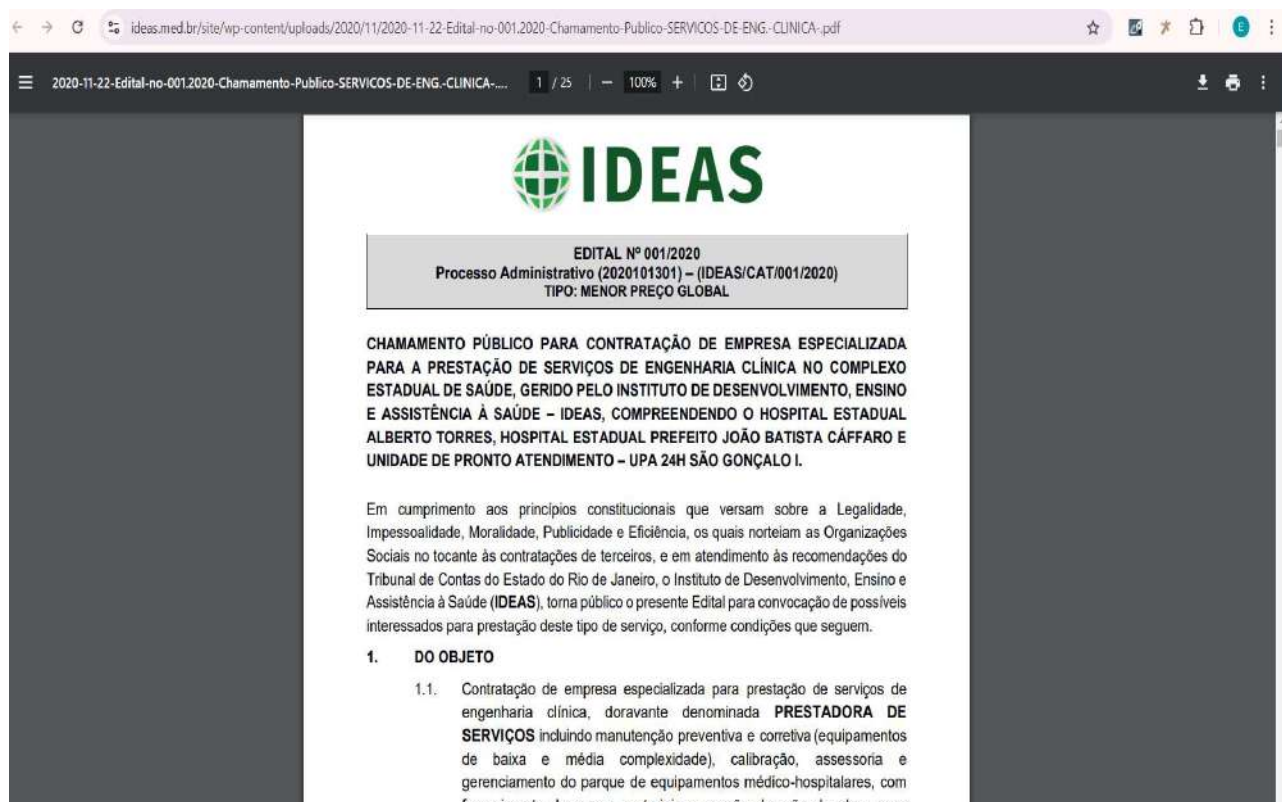
DETALHAMENTO DO PROCESSO DE COMPRA

Para demonstração do processo de compras apresentamos o link de acesso ao Portal da Transparência com a indicação do processo de compra/contratação atendendo aos requisitos do Edital, conforme se demonstra:

Link de acesso: <https://www.ideas.med.br/forneca-para-o-ideas-complexo-estadual-alberto-torres/>







Link de acesso: <https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/11/2020-11-22-Edital-no-001.2020-Chamamento-Publico-SERVICOS-DE-ENG.-CLINICA-.pdf>



ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/12/2020-12-01-Resultado-EDITAL-01_2020-Chamamento-RJQSDHSP01-v1.0-.pdf

2020-12-01-Resultado-EDITAL-01_2020-Chamamento-RJQSDHSP01-v1.0-.pdf 1 / 1 100%

 **IDEAS**

São Gonçalo/RJ, 01 de Dezembro de 2020.

RESULTADO EDITAL 001/2020 - PROCESSO ADMINISTRATIVO 2020101301
TIPO: MENOR PREÇO GLOBAL

O Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - Ideas, associação civil de direito privado, sem fins econômicos, qualificada como Organização Social no Estado de Santa Catarina, torna público o Resultado do EDITAL 001/2020 - Chamamento Público, este que possui o objeto: Contratação de empresa especializada para prestação de serviços de engenharia clínica, incluindo manutenção preventiva e corretiva (equipamentos de baixa e média complexidade), calibração, assessoria e gerenciamento do parque de equipamentos médico-hospitalares, com fornecimento de peças, materiais e cessão de mão de obra, para atender às necessidades do Complexo Estadual de Saúde, gerido pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS.

O prazo para envio das propostas finalizou no dia 25 (vinte e cinco) de novembro de 2020.

Na Tabela 1 apresentamos o resultado do edital de chamamento, com a ordem de classificação (Menor Preço Global).

Tabela 1 - Ordem de Classificação de potenciais fornecedores de serviços

Item	Ordem de Classificação	Razão Social - Fornecedor
01	01º Lugar	Cardiomed Serv.de Locação e Manut. Em Equip. Hospitalar.
02	02º Lugar	Medvitalis - Serviços Ltda EPP.

Link de acesso: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/12/2020-12-01-Resultado-EDITAL-01_2020-Chamamento-RJQSDHSP01-v1.0-.pdf



Modelo de Sistema de Compras e Contratações:

Link de acesso: <https://transparencia.ideas.med.br/portal-ideas-transparencia/>



TABELA COMPARATIVA DE PROPOSTAS



Unidade: HMISC
Solicitação: 10066
OC:
Data: 14/05/2024

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	LOJAS ADELINO		SPLITCENTER		VANGUARDA INFOR	
				VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
003039	APARELHO AR CONDICIONADO SPLIT 12.000BTUS	UN	1,000	R\$ 2.390,000	R\$ 2.390,00	R\$ 2.999,00	R\$ 2.999,00	R\$ 2.597,00	R\$ 2.597,00
	#VD	#VD			R\$ -		R\$ -		R\$ -
					R\$ 2.390,00		R\$ 2.999,00		R\$ 2.597,00


SPLIT CENTER AC LTDA

Rua Coronel Marcos Rovaris, 1539 - Centro

Içara/SC - CEP: 88820-000, Fone: 48 99190-2170/ 48 99627-1447

CNPJ: 14.311.555/0001-69

Orçamento	239
Data Emissão	23/02/2024

Cliente: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E A

Fone: 4830276151

Endereço: R WENCESLAU BRAZ

E-mail: abittencourt@ideas.med.br

Contato:
Setor:

Orçamento

Produtos

Cod.	Descrição	Qtd.	Unitario	Total
1	AR CONDICIONADO GREE 9K BTUS CONVENCIONAL	2	R\$ 2.899,00	R\$ 5.798,00
1	AR CONDICIONADO GREE 12K BTUS CONVENCIONAL	1	R\$ 2.999,00	R\$ 2.999,00
1	AR CONDICIONADO GREE 30K BTUS CONVENCIONAL	1	R\$ 6.199,00	R\$ 6.199,00
Total Produtos:				R\$ 14.996,00

Serviços

Cod.	Descrição	Qtd.	Unitario	Total
			R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total Serviços:				R\$ 0,00
Total Geral:				R\$ 14.996,00

OBS:

Condições de pagamento

Equipamentos:
Mão de Obra:
Garantia:
Prazo de Entrega:
Validade Proposta:

**Vanguarda Informática**

Vanguarda Informática e Eletrônicos Ltda
CNPJ: 48.812.791/0001-80
IE: 90977014-98
Rua Iraci Vigano, 33 Parque Verde
CEP: 85807-592 Cascavel PR
Fone (45) 3039-5598 Cel (45) 99935-4181
vanguardacascavel@gmail.com

Cliente: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTENCIA A SAUDE - IDEAS
Endereço: RUA WENCESLAU BRAZ, 1015 - Bairro Operária Nova - CEP: 88.809-020
Cidade: CRICIÚMA **UF:** SC
CNPJ: 24.006.302/0002-16

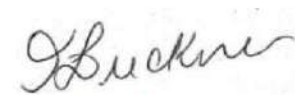
ORÇAMENTO

Qtd	Descrição	Valor Unit	Valor Total
2	Ar Condicionado Split Gree Hi Wall G-TOP 9000 BTUs Q/F 220v	R\$ 2.499,00	R\$ 4.998,00
1	Ar Condicionado Split Hw On/off Philco 12000 Btus Quente/frio 220V	R\$ 2.597,00	R\$ 2.597,00
1	Ar Condicionado Split Gree Hi Wall G-TOP 30000 BTUs Q/F 220v	R\$ 6.599,00	R\$ 6.599,00
			R\$ -
			R\$ -
			R\$ -
			R\$ -
			R\$ -
			R\$ -
			R\$ -
		Total	R\$ 14.194,00

Condição de Pagamento: 30 dias
Prazo de Entrega: Até 10 dias úteis
Validade da Proposta: 15 dias
Frete: CIF - PAGO PELO REMETENTE
Observações:

Cascavel, 22 de fevereiro de 2024

Atenciosamente



Tassiana Luckner
Vendedor

48.812.791/0001-80

VANGUARDA INFORMÁTICA
E ELETRÔNICOS LTDA

RUA IRACI VIGANO, 33
PARQUE VERDE - CEP 85807-592
CASCVEL - PARANÁ

ORÇAMENTO							
NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NÃO COMPROVA PAGAMENTO							
Identificação do Estabelecimento Emitente							
Denominação: FILIAL 02 - Turvo				CNPJ: 82.132.556/0002-87			
Identificação do Destinatário							
Nome: LOJAS ADELINO LTDA - TURVO				CNPJ/CPF: 82.132.556/0002-87			
Nº do Documento: 47637		Nº do Documento Fiscal:					
Endereço: RUA RUI BARBOSA 987				Emissão: 07/03/2024			
Bairro: CENTRO				Validade: 06/04/2024			
Cidade: TURVO				CEP: 88930-000			
Fone:				UF: SC			
Vendedor: BRUNA DE ALMEIDA VIEIRA							
Descrição dos itens							
Seq	Código - Produto	Qtd.	UM	Preço	Acréscimo	Desconto	Subtotal
1	031540 - SPLIT AGRATTO 30.000 ACS30F-R4 FRIO BRANCO - VENTISOL - AGRATTO	1,000	UN	5.499,00	0,00	0,00	5.499,00
2	063565 - SPLIT AGRATTO 12.000 ACST12F-02 FRIO BRANCO - VENTISOL - AGRATTO	1,000	UN	2.390,00	0,00	0,00	2.390,00
3	029596 - SPLIT AGRATTO 9.000 ACST9F FRIO BRANCO - VENTISOL - AGRATTO	1,000	UN	2.149,00	0,00	0,00	2.149,00
4	029596 - SPLIT AGRATTO 9.000 ACST9F FRIO BRANCO - VENTISOL - AGRATTO	1,000	UN	2.149,00	0,00	0,00	2.149,00
Subtotal: 12.187,00							
Acréscimo: 0,00							
Desconto: 0,00							
Total Líquido: 12.187,00							
RUA RUI BARBOSA - CEP: 88930-000 - CENTRO							
TURVO/SC							
(48) 3525-0572							
Página 1 de 1							
É vedada a autenticação desse documento							

bionexo

Relatório Geral de PDC

I.D.E.A.S. - Instituto Desenvolvimento Ensino E
Assistencia A Saude - Criciúma
24.006.302/0002-16

Data do
Relatório
05/09/2024
11:59

IDEAS - Criciúma

Título: SOLIC 11092 - CAFE - AGOSTO 2024

ID:355397015 | ID Upload:Não encontrado | Tipo de cotação:Cotação Normal | Criada por:

Data de Criação Vencimento Forma de Pagamento
22/07/2024 às 13h54m 24/07/2024 às 12h0m A definir

Observações:

BOM JESUS /3 CORAÇÕES / PILÃO

Termos e Condições:

--- NÃO ANTECIPAMOS PAGAMENTOS - NÃO REALIZAMOS PAGAMENTO
A VISTA ***** FORNECEDOR NÃO CUMPRINDO SERÁ
NOTIFICADO E BLOQUEADO NO BIONEXO****

Código	Nome do Item	Embalagem	Qntd. Solicitada
007179	CAFE TRADICIONAL 500 GR - BOM JESUS/3 CORACOES/PILÃO - -	Unidade	240.0

Últimas compras

https://bionexonew.bionexo.com/comprador/cotacoes/relatorios_cotacao?quote_id=202375359&report=pdf

1/4

Data: 27/06/2024
Fornecedor: Atacado Litoral
Catarinense Ltda
Marca: TRES CORACAO
Qntd: 200.0
Preço Unit.: 18,9000

Data: 31/05/2024
Fornecedor: Atacado Litoral
Catarinense Ltda
Marca: TRES CORACAO
Qntd: 140.0
Preço Unit.: 16,9800

Data: 14/05/2024
Fornecedor: Atacado Litoral
Catarinense Ltda
Marca: TRES CORACAO
Qntd: 200.0
Preço Unit.: 15,9800

Fornecedor	Informações do Produto	Qtd.	Preço Unit.	Total (R\$)	Status
Três Corações Alimentos SA	Item: CAFE TM IGUA TRAD VAC 20X300G - CX Marca: 3 corações Embalagem: Caixa com 20	240.0	17,5000	4.200,0000	Confirmado
COPAL ALIMENTOS LTDA	Item: CAFE EM PO EXTRA FORTE COAMO 500GR Marca: COAMO Embalagem: UNID com 1	240.0	17,9900	4.317,6000	
Atacado Litoral Catarinense Ltda	Item: CAFE 3 CORACOES 500G TRADICIONAL Marca: TRES CORACAO Embalagem: PC com 1	240.0	18,9000	4.536,0000	
Cardoso E Menon Suprimentos Ltda	Item: CAFÉ PILÃO 500GR Marca: PILÃO Embalagem: 1 com 1	240.0	18,9000	4.536,0000	

Fornecedores participantes desta cotação

Fornecedor e CNPJ	Contato	Envio	Válido até	Pagamento	Faturamento (R\$)
COPAL ALIMENTOS LTDA 82.900.713/0001-76	Ismael Alex Valério (48) 3246-2244 ismael@copalalimentos.com.br	Entrega: 1 Dias Frete: cif	27/07/2024	7 ddi	100,0000
Atacado Litoral Catarinense Ltda 09.006.278/0001-40	Isabel Rosa (48) 31954-3100 vendedora@atacadolitoral.com.br	Entrega: 2 Dias Frete: cif	27/07/2024	30 ddi	100,0000
Três Corações Alimentos SA 63.310.411/0001-01	MILLENA SOUZA (85) 4006-5500 centraldepedidos@3coracoes.com.br	Entrega: 4 Dias Frete: cif	27/07/2024	21 ddi	300,0000

https://bionexonew.bionexo.com/comprador/cotacoes/relatorios_cotacao?quote_id=202375359&report=pdf

2/4

Unidade de Gestão Centralizada (Endereço para Correspondências e Atendimento)
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027 6200 | www.ideas.med.br | protocolo@ideas.med.br

Matriz (Hospital de Caridade de Jaguaruna)
Jaguaruna – SC – CEP 88.715-000
CNPJ: 24.006.302/0004-88

Página 638 de 648

AA245157C1C38A9E835DEF4057284B82EF227969322CAE98E9DCDCE3D618AAFA

Fornecedor e CNPJ	Contato	Envio	Válido até	Pagamento	Faturamento (R\$)
Cardoso E Menon Suprimentos Ltda 28.954.917/0001-44	Josimara Padilha (45) 98821-4591 vendagrupomenon@gmail.com	Entrega: 3 Dias Frete: c/it	27/07/2024	30 ddi	1.500,0000

Resumo dos valores Confirmado por Fornecedor

Fornecedor	Número de Itens	Valor Total (R\$)
Três Corações Alimentos S.A	1	4.200,0000

Total Confirmado
R\$ 4.200,0000

Resumo dos valores No carrinho por Fornecedor

Fornecedor	Número de Itens	Valor Total (R\$)
		0,0000

Total No carrinho
R\$ 0,0000

Resumo dos valores Aguardando aprovação por Fornecedor

Fornecedor	Número de Itens	Valor Total (R\$)
		0,0000

https://bionexonew.bionexo.com/comprador/cotacoes/relatorios_cotacao?quote_id=202375359&report=pdf

3/4

A contratação de prestadores de serviços vinculados às áreas de serviços de limpeza, vigilância patrimonial, lavanderia, refeição e outros deverão respeitar o regime de contratação disposto no Regulamento de Compras e contratações. O objetivo é possibilitar que haja o maior grau de transparência em relação a todos os atos vinculados às contratações.

São elaborados termos de referências com descritivos técnicos para detalhamento de cada um dos serviços a serem contratados, há abertura de processo de cotação e edital de tomada de preços. As propostas a serem selecionadas deverão atingir o patamar de atendimento pleno aos critérios técnicos e proporcionarem a maior vantajosidade financeira para a efetivação da contratação.

ITENS DA PROPOSTA FINANCEIRA

Todos os itens alinhavados encontram-se detalhados na proposta financeira

16. Alocação por tipo de Despesa**16.1 Detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos****16.2 Detalhamento do custeio com os materiais de consumo necessários a manutenção dos serviços****16.3 Detalhamento do custeio dos serviços prestados por terceiros****16.4 Consideração do percentual de até 5% (sete por cento) da receita líquida com despesa compartilhada****16.5 Detalhamento do custeio das alterações contratuais em decorrência das datas bases**

das categorias e os aspectos macroeconômico do país.

16.6 Detalhamento do custeio das ações da política de educação continuada.**16.7 Detalhamento do custeio para o serviço de ouvidoria****16.8 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).****16.9 Detalhamento do custeio da política de segurança dos processos de gerenciamentos**

de saúde

16.10 Detalhamento o custeio das ações voltadas para acreditação pela ONA das unidades, até 24 meses da vigência do contrato, pelo menos do nível I

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENS AIS													
RECEITAS OPERACIONAIS	MÊS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Valor anual em R\$
Repasse Contrato de Gestão	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38
Repasse Programas Especiais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repasse para Investimentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE REPASSES (a)	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38
A - DESPESAS OPERACIONAIS													
1. Pessoal													
1.1. Ordenados	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	14.218.790,40
1.1. Encargos Sociais	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	1.137.508,20
1.2. Provisões	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	4.870.875,72
1.2.1 - Férias	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	947.304,00
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	1.800.436,08
1.2.3 - 13º e adicional de férias	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	1.263.037,68
1.2.4 - Indenizações	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	588.770,40
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	271.327,56
1.3. Benefícios	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	626.599,20
1.4. Índice de Segurança Técnica	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	1.041.206,90

1.6. Outras Formas de Contratação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Material/Medicamentos/Insumos													
2.1. Materiais Médico Hospitalares	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	1.060.137,12
2.2. Medicamentos	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	1.687.551,48
2.3. Dietas enterais	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	645.600,00
2.4. Gases Medicinais	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	720.000,00
3. Serviços terceirizados													
3.1. Limpeza e asseio	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	1.800.000,00
3.2. Nutrição e dietética	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	1.440.000,00
3.3. Lavanderia	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	960.000,00
3.4. CME	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	540.000,00
3.5. Manutenção de equipamentos	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	660.000,00
3.7. Outros (especificar)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Seguros/Impostos/Taxas													
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	48.000,00
4.2. Impostos/Taxas	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	36.000,00
5. Gerais													
5.1. Telefonia/Internet	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	48.000,00
5.3. Energia Elétrica	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	600.000,00
5.4. Água e esgoto	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
5.5. Locação de veículos (exceto ambulância)	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	96.000,00

5.6. Outras Despesas Gerais (especificar)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Depreciação													
7. Prestação de Serviços de Terceiros													
7.1. Assistenciais													
7.1.1. Pessoa Jurídica	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	21.767.280,00
7.1.2. Pessoa Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.1.3. Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.1.4. SADT e gnosometria	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	1.116.951,36
7.2. Administrativos													
7.2.1. Pessoa Jurídica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.2.2. Pessoa Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.2.3. Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Custos indiretos													
8.1. Material de expediente	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
8.2. Transporte de pacientes	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	180.000,00
8.3. Manutenção predial	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	1.440.000,00
8.4. Faturamento e auditoria	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
8.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
8.6. TI	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	192.000,00
8.7. Jurídico	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	103.800,00
8.8. Educação Continuada	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	67.260,00
8.9. Assessoria de Comunicação	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	96.000,00

8.10. Contabilidade	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	50.100,00
8.11. Segurança e vigilância	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	1.260.000,00
8.12. SCIH	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
8.13. OPM não SUS	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	72.000,00
8.14. Locação de equipamento hospitalar/info/otros	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	438.000,00
8.13. Resíduos hospitalares	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	264.000,00
8.14. Outros (despesas compartilhadas sede)	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	1.440.000,00
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (A)	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38
B - DESPESAS NÃO OPERACIONAIS													
1. Reformas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Obras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Móveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Equipamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DESPESAS NÃO OPERACIONAIS = B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE DESPESAS = A + B	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38
TOTAL DE RECEITAS - C	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38

PLANILHA DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇO		
A - DESPESAS OPERACIONAIS		
1. Pessoal		
COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	%	VALOR (R\$)
1.1. Ordenados (CLT)	23,23%	1.184.899,20
1.1. Encargos Sociais	1,86%	94.792,35
1.2. Provisões	7,96%	405.906,31
1.2.1 - Férias	1,55%	78.942,00
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	2,94%	150.036,34
1.2.3 - 13º e adicional de férias	2,06%	105.253,14
1.2.4 - Indenizações	0,96%	49.064,20
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	0,44%	22.610,63
1.3. Benefícios	1,02%	52.216,60
1.4. Índice de Segurança Técnica	1,70%	86.767,24
1.5. Outras Formas de Contratação	0,00%	-
Subtotal	35,77%	1.824.581,70
2. Material/Medicamentos/Insumos		
2.1. Materiais Médico Hospitalares	1,73%	88.344,76
2.2. Medicamentos	2,76%	140.629,29
2.3. Dietas enterais	1,05%	53.800,00
2.4. Gases Medicinais	1,18%	60.000,00
Subtotal	6,72%	342.774,05
3. Serviços terceirizados		
3.1. Limpeza e asseio	2,94%	150.000,00
3.2. Nutrição e dietética	2,35%	120.000,00
3.3. Lavanderia	1,57%	80.000,00
3.4. CME	0,88%	45.000,00
3.5. Manutenção de equipamentos	1,08%	55.000,00
3.6. Outros (especificar)	0,00%	-
Subtotal	8,82%	450.000,00

4. Seguros/impostos/taxas		
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	0,08%	4.000,00
4.2. Impostos/Taxas	0,06%	3.000,00
Subtotal	0,14%	7.000,00
5. Gerais		
5.1. Telefonia/Internet	0,08%	4.000,00
5.3. Energia Elétrica	0,98%	50.000,00
5.4. Água e esgoto	0,20%	10.000,00
5.5. Locação de veículos (exceto ambulância)	0,16%	8.000,00
5.6. Outras Despesas Gerais (especificar)	0,00%	-
Subtotal	1,41%	72.000,00
6. Prestação de serviços de terceiros		
6.1. Assistenciais		
6.1.1. Pessoa Jurídica	35,57%	1.813.940,00
6.1.2. Pessoa Física	0,00%	-
6.1.3. Cooperativa	0,00%	-
6.1.4. SADT e gosometria	1,82%	93.079,28
Subtotal	37,39%	1.907.019,28
6.2. Administrativos		
6.1.1. Pessoa Jurídica	0,00%	-
6.1.2. Pessoa Física	0,00%	-
6.1.3. Cooperativa	0,00%	-
Subtotal	0,00%	-
Total (item 6)	37,39%	1.907.019,28
7. Custos Indiretos		
7.1. Material de expediente	0,10%	5.000,00
7.2. Transporte de pacientes	0,29%	15.000,00
7.3. Manutenção predial	2,35%	120.000,00
7.4. Faturamento e auditoria	0,10%	5.000,00
7.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	0,20%	10.000,00

7.6. TI	0,31%	16.000,00
7.7. Jurídico	0,17%	8.650,00
7.8. Educação Continuada	0,11%	5.605,00
7.9. Assessoria de Comunicação	0,16%	8.000,00
7.10. Contabilidade	0,08%	4.175,00
7.11. Segurança e vigilância	2,06%	105.000,00
7.12. SCIH	0,20%	10.000,00
7.13. OPM não SUS	0,12%	6.000,00
7.14. Locação de equipamento hospitalar/info/outros	0,72%	36.500,00
7.15. Resíduos hospitalares	0,43%	22.000,00
7.16. Outros (despesas compartilhadas sede)	2,35%	120.000,00
Subtotal	9,74%	496.930,00
Total Despesas Operacionais (A)	100,00%	5.100.305,03
B - DESPESAS NÃO OPERACIONAIS		
1. Reformas	0,00%	-
2. Obras	0,00%	-
3. Móveis	0,00%	-
4. Equipamentos	0,00%	-
Total Despesas não operacionais (B)	0,00%	-

ASSINATURA

Proposta Técnica para o Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde, no Hospital Regional São Vicente de Paula. Por ser a lúdima expressão da capacidade técnica do instituto infra-assino o presente documento.

Fica estabelecida a validade da proposta em 180 (cento e oitenta) dias, contados da data do protocolo junto à SES.

Florianópolis, 20 de agosto de 2025



SANDRO NATALINO DEMETRIO

Diretor Executivo e Representante legal

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS

CNPJ 24.006.302/0004-88

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse

<https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas>, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".



Código de verificação:

c703eacf-2f37-4cb3-9991-019ccf5f8183

CHAVE:

AA245157C1C38A9E835DEF4057284B82EF227969322CAE98E9DCDCE3D618AAFA

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em "Baixar documento assinado".

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 20/08/2025 13:00 (BRT).

Nome do documento: 20250820_PLANODETRABALHO_HOSPITALREGIONALSAOVICENTE_SERGIPE_CH2025095619.pdf

Algoritmo: SHA256

Hash: DD7C506B12A2854C2560DFC8F2F6A313DAB3810F6703C52A75CA24A87C733B74

Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- ✓ O documento é autêntico e não foi adulterado.
- ✓ Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- ✓ As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- ✓ A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- ✓ As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 20/08/2025 13:00 (BRT).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRY 50110

- **Data da assinatura:** 20/08/2025 12:57 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRY 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**
 - ✓ Assinatura íntegra
 - ✓ Certificado válido
 - ✓ Identidade reconhecida
 - ✓ Assinatura Eletrônica Qualificada
 - ✓ A assinatura esta de acordo com a sua política
 - ✓ Carimbo válido

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 20/08/2025 12:57 (BRT).

- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 167.250.31.14
 - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -30.0185053, -51.1899247

**PROPOSTA FINANCEIRA****HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA**

Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Regional São Vicente de Paula, da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Sergipe.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2025 – SES/SE

Florianópolis, 2025.

PROPOSTA FINANCEIRA

O **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IDEAS**, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.006.302/0004-88, neste ato representada pelo seu Diretor Executivo Sr. Sandro Natalino Demetrio, vem por meio deste apresentar a **PROPOSTA FINANCEIRA** referente ao **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2025 – SES/SE**.

OBJETO: Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Regional São Vicente de Paula, em observância ao Termo de Referência deste Edital e seus Anexos.

Anexo I

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS													
RECEITAS OPERACIONAIS	MÊS												Valor Anual em R\$
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Repasse Contrato de Gestão	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38
Repasse Programas Especiais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repasse para Investimentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE REPASSES (a)	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38
A - DESPESAS OPERACIONAIS													
1. Pessoal													
1.1. Ordenados	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	1.184.899,20	14.218.790,40
1.1. Encargos Sociais	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	94.792,35	1.137.508,20
1.2. Provisões	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	405.906,31	4.870.875,72
1.2.1 - Férias	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	78.942,00	947.304,00
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	150.036,34	1.800.436,08
1.2.3 - 13º e adicional de férias	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	105.253,14	1.263.037,68
1.2.4 - Indenizações	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	49.064,20	588.770,40
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	22.610,63	271.327,56
1.3. Benefícios	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	52.216,60	626.599,20
1.4. Índice de Segurança Técnica	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	86.767,24	1.041.206,90
1.6. Outras Formas de Contratação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Material/Medicamentos/Insumos													

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS													
2.1. Materiais Médico Hospitalares	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	88.344,76	1.060.137,12
2.2. Medicamentos	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	140.629,29	1.687.551,48
2.3. Dietas enterais	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	53.800,00	645.600,00
2.4. Gases Medicinais	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	720.000,00
3. Serviços terceirizados													
3.1. Limpeza e asseio	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	1.800.000,00
3.2. Nutrição e dietética	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	1.440.000,00
3.3. Lavanderia	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	960.000,00
3.4. CME	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	540.000,00
3.5. Manutenção de equipamentos	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	55.000,00	660.000,00
3.7. Outros (especificar)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Seguros/Impostos/Taxas													
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	48.000,00
4.2. Impostos/Taxas	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	36.000,00
5. Gerais													
5.1. Telefonia/Internet	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	48.000,00
5.3. Energia Elétrica	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	600.000,00
5.4. Água e esgoto	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
5.5. Locação de veículos (exceto ambulância)	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	96.000,00
5.6. Outras Despesas Gerais (especificar)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Depreciação													
7. Prestação de Serviços de Terceiros													
7.1. Assistenciais													
7.1.1. Pessoa Jurídica	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	1.813.940,00	21.767.280,00
7.1.2. Pessoa Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS													
7.1.3. Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.1.4. SADT e gasometria	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	93.079,28	1.116.951,36
7.2. Administrativos													
7.2.1. Pessoa Jurídica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.2.2. Pessoa Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.2.3. Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Custos indiretos													
8.1. Material de expediente	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
8.2. Transporte de pacientes	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	180.000,00
8.3. Manutenção predial	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	1.440.000,00
8.4. Faturamento e auditoria	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
8.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
8.6. TI	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	192.000,00
8.7. Jurídico	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	8.650,00	103.800,00
8.8. Educação Continuada	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	5.605,00	67.260,00
8.9. Assessoria de Comunicação	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	96.000,00
8.10. Contabilidade	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	4.175,00	50.100,00
8.11. Segurança e vigilância	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	105.000,00	1.260.000,00
8.12. SCIH	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
8.13. OPM não SUS	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	72.000,00
8.14. Locação de equipamento hospitalar/info/outras	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	36.500,00	438.000,00
8.13. Resíduos hospitalares	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	264.000,00
8.14. Outros (despesas compartilhadas sede)	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	1.440.000,00
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (A)	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS													
B - DESPESAS NÃO OPERACIONAIS													
1. Reformas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Obras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Móveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Equipamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DESPESAS NÃO OPERACIONAIS = B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE DESPESAS = A + B	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38
TOTAL DE RECEITAS - C	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	5.100.305,03	61.203.660,38
RESULTADO = A - B - C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

O **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IDEAS** propõe gerenciar e operacionalizar o **Hospital Regional São Vicente de Paula** pelo valor global anual de **R\$ 61.203.660,38** (Sessenta e um milhões, duzentos e três mil, seiscentos e sessenta reais e trinta e oito centavos), e valor mensal de **R\$ 5.100.305,03** (Cinco milhões, cento e mil, trezentos e cinco reais e três centavos).

Fica estabelecida a validade da proposta por 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data do seu recebimento pela Comissão.

Florianópolis/SC, 20 de agosto de 2025.

Assinatura Eletrônica
19/08/2025 12:42 (BRT)

BRy
003 *** ***-73
Sandro Natalino Demetrio

Sandro Natalino Demetrio
Diretor Executivo

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde
CNPJ 24.006.302/0004-88

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse <https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas>, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".



Código de verificação:

f854e6ef-b778-4a75-b00b-b61921a1fce6

CHAVE:

3079D3E0BEBAC722902BD1B988B5E6B7BF4F584D9EE4313E5AF984AF120A4741

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em "Baixar documento assinado".

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 19/08/2025 12:43 (BRT).

Nome do documento: 20250819_PROPOSTAFINANCEIRA_HOSPITALREGIONALSAOVICENTEDEPAULA_CH2025095062.pdf

Algoritmo: SHA256

Hash: CBC52642A73366D5ED8B974640895AA010B1AF1E3641197D8E5D8633664B04A7

Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- ✓ O documento é autêntico e não foi adulterado.
- ✓ Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- ✓ As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- ✓ A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- ✓ As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 19/08/2025 12:43 (BRT).

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 19/08/2025 12:42 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 177.174.193.242
 - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -30.00955657705326, -51.199846888279204

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 19/08/2025 12:42 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**
 - ✓ Assinatura íntegra
 - ✓ Certificado válido

-  Identidade reconhecida
-  Assinatura Eletrônica Qualificada
-  A assinatura esta de acordo com a sua política
-  Carimbo válido

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE
ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO – 24/07/2025

1 Ao vigésimo quarto dia do mês de julho de dois mil e vinte e cinco, às 13h30min, realizou-se
2 de forma virtual a reunião para aprovação da proposta financeira e proposta de trabalho para
3 o Chamamento Público nº 005/2025-SES/SE, reuniram-se, em primeira sessão, nos termos
4 do art. 24º, incisos II, XV do Estatuto Social, com acesso pela plataforma de documentos em
5 nuvem do IDEAS e e-mail, reuniram-se, em primeira sessão, em obediência ao artigo 26º,
6 caput, do Estatuto Social e com a presença dos indicados na lista de presença, os
7 conselheiros do Conselho de Administração do Instituto Desenvolvimento Ensino e
8 Assistência à Saúde (IDEAS), associação privada, sem fins econômicos, inscrita no Ministério
9 da Fazenda sob o CNPJ nº 24.006.302/0004-88, **todos concordes com o formato digital**
10 **da reunião do Conselho de Administração e cientes de que, posteriormente, deverão**
11 **assinar digitalmente a lista de presença do referido ato pelo sistema BRy Cloud**, para
12 deliberarem sobre: i) Aprovação da Proposta de Trabalho e da Proposta Financeira aprovar o
13 Plano de Trabalho a ser apresentado na Chamada Pública nº 005/2025-SES/SE,
14 correspondente ao gerenciamento e execução de ações e serviços complementares de
15 saúde, Hospital Regional São Vicente de Paula, nos termos do art. 24º, inciso II e XV do
16 Estatuto Social ii) Ficou estabelecido que a lista de presença e os termos de aprovação serão
17 realizados através de ofício a ser designado para a Comissão da Chamada Pública nº
18 005/2025-SES/SE, com a lista de presença será remetido para assinatura dos membros do
19 Conselho de Administração e da Direção Executiva. A reunião foi presidida pelo presidente
20 Diego Gotardo e secretariada por José Pedro Leva Júnior, Secretário Interino designado pelo
21 Conselho de Administração e referendado pela Assembleia Geral. Discutidos os assuntos
22 supracitados, o Conselho de Administração **votou, de forma unânime por todos os**
23 **Conselheiros presentes, APROVANDO:** 1 Aprovação da Proposta Técnica, da Proposta
24 Orçamentária e do Plano de Trabalho, nos termos exigidos pelo item 5.4.1 do Edital de
25 Chamamento Público nº 005/2025-SES/SE, referente ao Processo Administrativo nº
26 23402/2025-EDITAL-SES, promovido pelo Estado de Sergipe, correspondente ao
27 gerenciamento e execução de ações e serviços complementares de saúde, Hospital Regional
28 São Vicente de Paula, CNES 3559629, localizada na Rua Almiro Costa, SN - Bairro
29 Fernandes, em Propriá (SE), CEP 49900-000; por um período de 36 (trinta e seis) meses,
30 renovável por até 10 (dez) anos, nos termos do art. 23 da Lei Estadual nº 9.298/2023,
31 mediante termo aditivo, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial,
32 podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos da legislação
33 aplicável, conforme disposto no Item 5.4.1, nos termos do art. 24º, inciso II e XV do Estatuto
34 Social 2) Aprovação do envio do ofício, com a lista de presença e validação da Proposta
35 Técnica e Proposta Financeira a ser apresentado para a Comissão da Chamada Pública Edital
36 de Chamamento Público nº 005/2025-SES/SE, referente ao Processo Administrativo nº
37 23402/2025-EDITAL-SES, com a lista de presença será remetido para assinatura dos
38 membros do Conselho de Administração e da Direção Executiva, através da plataforma Bry e
39 será incorporado à ata da reunião, sendo inserido logo abaixo da ata de aprovação

OFÍCIO 3511/2025

Florianópolis/SC, 24 de julho de 2025.

À
Secretaria Estadual de Saúde – SES
Estado de Sergipe – SE

Assunto: Aprovação da Proposta Técnica, Financeira e do Plano de Trabalho - Chamamento Público nº 005/2025-SES/SE.

O Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, Organização Social, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o Nº 24.006.302/0004-88, por intermédio de seu Conselho de Administração e de seu Diretor Executivo, vem, apresentar devida aprovação da Proposta Técnica, da Proposta Orçamentária e do Plano de Trabalho, nos termos exigidos pelo item 5.4.1 do Edital de Chamamento Público nº 005/2025-SES/SE, referente ao Processo Administrativo nº 23402/2025-EDITAL-SES, promovido pelo Estado de Sergipe.

O referido chamamento público tem por objeto a seleção de Organização Social para celebração de Contrato de Gestão destinado ao gerenciamento, à operacionalização e à execução das ações e serviços de saúde no Hospital Regional São Vicente de Paula, CNES 3559629, localizada na Rua Almiro Costa, SN - Bairro Fernandes, em Propriá (SE), CEP 49900-000; por um período de 36 (trinta e seis) meses, renovável por até 10 (dez) anos, nos termos do art. 23 da Lei Estadual nº 9.298/2023, mediante termo aditivo, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos da legislação aplicável, conforme disposto no Item 5.4.1.

Dessa forma, o presente Ofício corresponde a aprovação do Plano de Trabalho, da Proposta Financeira e de todos os elementos técnicos necessários à participação do certame público.

Declaramos, ainda, estar cientes e de acordo com todas as disposições constantes no Edital e em seus anexos.

O presente documento é infra-assinado pelos membros do Conselho de Administração, bem como pela Direção Executiva do Instituto, representando o compromisso da plena execução dos termos contratuais e validação da proposta técnica.

Sendo o que nos cumpre para o momento, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos, renovando, na oportunidade, protestos de elevada estima e consideração.

Assinatura Eletrônica
07/08/2025 23:10 UTC

005.***-73
Diego Gotardo

Diego Gotardo
Presidente do Conselho de Administração

Assinatura Eletrônica
09/08/2025 01:57 UTC

178.***-91
Mario Cesar Pereira da Silva

Mario Cesar Pereira da Silva
Conselheiro Administrativo

Assinatura Eletrônica
06/08/2025 03:33 UTC

088.***-71
Elton Fernando da Silva

Elton Fernando da Silva
Conselheiro Administrativo

Assinatura Eletrônica
07/08/2025 21:15 UTC

003.***-04
Vilcionei Marcio Weirich

Vilcionei Marcio Weirich
Conselheiro Administrativo

Assinatura Eletrônica
06/08/2025 13:10 UTC

005.***-28
Rafael Bez Claumann

Rafael Bez Claumann
Conselheiro Administrativo

Assinatura Eletrônica
07/08/2025 12:50 UTC

060.***-52
Luis Gustavo de Souza dos Santos

Luís Gustavo de Souza dos Santos
Conselheiro Administrativo

Assinatura Eletrônica
06/08/2025 02:47 UTC

041.***-04
Jean Carlo de Souza dos Santos

Jean Carlo de Souza dos Santos
Conselheiro Administrativo

Assinatura Eletrônica
06/08/2025 03:02 UTC

656.***-34
Eulinda Salete Moreira

Eulinda Salete Moreira
Conselheira Administrativa

Assinatura Eletrônica
06/08/2025 17:23 UTC

071.***-89
Evandro Boaventura dos Santos

Evandro Boaventura dos Santos
Conselheiro Administrativo

Assinatura Eletrônica
06/08/2025 08:28 UTC

003.***-73
Sandro Natalino Demetrio

Sandro Natalino Demetrio
Diretor Executivo

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse

<https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas>, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".



Código de verificação:

5c2a2ef3-487a-4186-b950-824ad7b8a4cb

CHAVE:

564F3F3D92EFB4A097A28FCE3CA70546BE028DAA8701C20D96381593832CF16B

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em "Baixar documento assinado".

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 11/08/2025 21:38 (BRT).

Nome do documento:

20250723_OF.3511_APROVACAODAPROPOSTATECNICAFINANCEIRAEDOTRABALHO_PROPRIA_CH2025083948.pdf

Algoritmo: SHA256

Hash: 71E0A9DB454B4B19426BA3701BC7E64F72F4DAE8A09274F6A5A13526C121DEFB

Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- ✓ O documento é autêntico e não foi adulterado.
- ✓ Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- ✓ As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- ✓ A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- ✓ As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 11/08/2025 21:38 (BRT).

Jean Carlo de Souza dos Santos

- **Data da assinatura:** 05/08/2025 23:48 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 45.166.204.84
 - **Email:** jcarlo@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.6821936, -48.7692624

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 05/08/2025 23:48 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**
 - ✓ Assinatura íntegra

-  Certificado válido
-  Identidade reconhecida
-  Assinatura Eletrônica Qualificada
-  A assinatura esta de acordo com a sua política
-  Carimbo válido

Eulinda Salete Moreira

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 00:02 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 189.4.123.96
 - **Email:** esalete@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.7184512, -48.5097472

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 00:02 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151
 - **Validade:** 13/02/2023 16:01 (BRT) - 12/02/2028 16:01 (BRT)
- **Situação:**
 -  Assinatura íntegra
 -  Certificado válido
 -  Identidade reconhecida
 -  Assinatura Eletrônica Qualificada
 -  A assinatura esta de acordo com a sua política
 -  Carimbo válido

Elton Fernando da Silva

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 00:35 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 187.90.212.160
 - **Email:** efernando@ideas.med.br

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 00:35 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151
 - **Validade:** 13/02/2023 16:01 (BRT) - 12/02/2028 16:01 (BRT)
- **Situação:**
 -  Assinatura íntegra
 -  Certificado válido
 -  Identidade reconhecida
 -  Assinatura Eletrônica Qualificada
 -  A assinatura esta de acordo com a sua política
 -  Carimbo válido

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 05:29 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 177.174.242.217
 - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.672977530171114, -48.54549953864886

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 05:29 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**
 -  Assinatura íntegra
 -  Certificado válido
 -  Identidade reconhecida
 -  Assinatura Eletrônica Qualificada
 -  A assinatura esta de acordo com a sua política
 -  Carimbo válido

Rafael Bez Claumann

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 10:14 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 179.179.178.166
 - **Email:** rclaumann@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.5885152, -48.5552021

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 10:14 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**
 -  Assinatura íntegra
 -  Certificado válido
 -  Identidade reconhecida
 -  Assinatura Eletrônica Qualificada
 -  A assinatura esta de acordo com a sua política
 -  Carimbo válido

Evandro Boaventura dos Santos

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 14:24 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 189.8.205.13
 - **Email:** evandrobsmv@gmail.com
 - **Geolocalização:** -27.583994, -48.5074805

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 14:24 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**
 -  Assinatura íntegra
 -  Certificado válido
 -  Identidade reconhecida
 -  Assinatura Eletrônica Qualificada
 -  A assinatura esta de acordo com a sua política
 -  Carimbo válido

Luis Gustavo de Souza dos Santos

- **Data da assinatura:** 06/08/2025 21:50 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 181.77.3.233
 - **Email:** lgustavo@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.606884829292127, -48.5940820881274

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 07/08/2025 09:50 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**
 -  Assinatura íntegra
 -  Certificado válido
 -  Identidade reconhecida
 -  Assinatura Eletrônica Qualificada
 -  A assinatura esta de acordo com a sua política
 -  Carimbo válido

Vilcionei Marcio Weirich

- **Data da assinatura:** 07/08/2025 18:15 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 189.46.169.66
 - **Email:** vweirich@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.6239447, -48.6863428

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 07/08/2025 18:15 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**

-  Assinatura íntegra
-  Certificado válido
-  Identidade reconhecida
-  Assinatura Eletrônica Qualificada
-  A assinatura esta de acordo com a sua política
-  Carimbo válido

Diego Gotardo

- **Data da assinatura:** 07/08/2025 20:11 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 179.181.90.90
 - **Email:** dgotardo@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.589498843182557, -48.55349408153291

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151

- **Data da assinatura:** 07/08/2025 20:11 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151
 - **Validade:** 13/02/2023 16:01 (BRT) - 12/02/2028 16:01 (BRT)
- **Situação:**
 -  Assinatura íntegra
 -  Certificado válido
 -  Identidade reconhecida
 -  Assinatura Eletrônica Qualificada
 -  A assinatura esta de acordo com a sua política
 -  Carimbo válido

Mario Cesar Pereira da Silva

- **Data da assinatura:** 08/08/2025 22:57 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 152.250.61.163
 - **Email:** mcpereira@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.6128352, -48.588407

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151

- **Data da assinatura:** 08/08/2025 22:57 (BRT).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151
 - **Validade:** 13/02/2023 16:01 (BRT) - 12/02/2028 16:01 (BRT)
- **Situação:**
 -  Assinatura íntegra
 -  Certificado válido
 -  Identidade reconhecida
 -  Assinatura Eletrônica Qualificada
 -  A assinatura esta de acordo com a sua política
 -  Carimbo válido

	Escrivania de Paz do 4º Subdistrito da Trindade Maria Alice Costa da Silva - Tabeliã Auro Linhares, nº 1849, Sala 108, Bairro Trindade - Florianópolis Telefone: (48) 3234-0003	
DESMATERIALIZAÇÃO: Autentico o presente documento eletrônico, por ser uma reprodução fiel do original. Dou fé. Emolumentos: R\$ 47,61 + FRJ: R\$ 10,82 + ISS: R\$ 2,38 = R\$ 60,81 - Selo Digital de Fiscalização do tipo NORMAL - HOL59852-PNYF.		
PALOMA ALVES DE FREITAS:08319330971 em 20/08/2025 09:29:18 -02:00		
	Este documento foi assinado digitalmente com a utilização de processo de certificação disponibilizado pela ICP-Brasil. Uma vez impresso em papel, para ter valor legal, deve ser	

DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DO OBJETO A SER PACTUADO E DE SUAS CONDIÇÕES

Assunto: Chamamento Público nº 005/2025-SES/SE.

O Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com matriz na Rua Deputado Joaquim, Ramos, nº 125, Centro, Jaguaruna/SC, CEP 88.715-000, inscrita no CNPJ/MF nº 24.006.302/0004-88, e-mail protocolo@ideas.med.br, telefone (48) 3027-6200, neste ato representada pelo seu representante legal, Sr. Sandro Natalino Demetrio, Diretor Executivo, brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade nº 3.494.106, expedida pela SSP/SC, inscrito no CPF sob o nº 003.689.649-73, pela presente, **DECLARA**, sob as penas da lei, interessada em participar do Chamamento Público nº 005/2025, da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, que **tem pleno conhecimento** do objeto a ser pactuado e de suas condições.

Por ser expressão de verdade, firmo a presente declaração.

Florianópolis/SC, 23 de julho de 2025.



Sandro Natalino Demetrio
Diretor Executivo

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

Processos de Validação IDEAS (Uso Interno)		
Elaboração e Revisão		
ID dos Processos	Descrição	Responsável
2025083071	Analista de Expansão (Elaboração)	Fabio Alonso
2025083948	Assessoria de Expansão (Revisão)	Eduardo Alonso

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse <https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas>, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".



Código de verificação:

074e47a9-255b-470b-9493-b31d852c68eb

CHAVE:

D0963EFB9CC81DBE606B7217EC02212A75C6FE8E87E867443C1AC0367E561725

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em "Baixar documento assinado".

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 24/07/2025 02:12 (UTC).

Nome do documento:

20250723_DECLARACAODEPLENOCONHECIMENTODOOBJETOASERPACTUADOEDESUASCONDICOES_PROPRIA_CH2025083761.pdf

Algoritmo:

SHA256

Hash: 250CD64627F921E1F31268CB171CC097EAD2067223825BBCFB22EF30973797A9

Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- ✓ O documento é autêntico e não foi adulterado.
- ✓ Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- ✓ As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- ✓ A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- ✓ As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 24/07/2025 02:12 (UTC).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151

- **Data da assinatura:** 23/07/2025 11:20 (UTC).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151
 - **Validade:** 13/02/2023 07:01 (UTC) - 12/02/2028 07:01 (UTC)
- **Situação:**
 - ✓ Assinatura íntegra
 - ✓ Certificado válido
 - ✓ Identidade reconhecida
 - ✓ Assinatura Eletrônica Qualificada
 - ✓ A assinatura esta de acordo com a sua política
 - ✓ Carimbo válido

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 23/07/2025 11:20 (UTC).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 170.247.4.162
 - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.5750007, -48.5837897

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO**Assunto:** Chamamento Público nº 005/2025-SES/SE.

O Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com matriz na Rua Deputado Joaquim, Ramos, nº 125, Centro, Jaguaruna/SC, CEP 88.715-000, inscrita no CNPJ/MF nº 24.006.302/0004-88, e-mail protocolo@ideas.med.br, telefone (48) 3027-6200, neste ato representada pelo seu representante legal, Sr. Sandro Natalino Demetrio, Diretor Executivo, brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade nº 3.494.106, expedida pela SSP/SC, inscrito no CPF sob o nº 003.689.649-73, interessada em participar da Chamamento Público nº 005/2025, da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe **DECLARA**, sob as penas da lei, que encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho, nos termos do inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão de verdade, firmo a presente declaração.

Florianópolis/SC, 23 de julho de 2025.

Assinatura Eletrônica
23/07/2025 23:18 UTC

003 ***.73
Sandro Natalino Demetrio

Sandro Natalino Demetrio
Diretor Executivo

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

Processos de Validação IDEAS (Uso Interno)**Elaboração e Revisão**

ID dos Processos	Descrição	Responsável
2025083071	Analista de Expansão (Elaboração)	Fabio Alonso
2025083948	Assessoria de Expansão (Revisão)	Eduardo Alonso

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse <https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas>, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".



Código de verificação:

c51b4382-6574-47d2-ab5a-57c9a4914180

CHAVE:

D0963EFB9CC81DBE606B7217EC02212A75C6FE8E87E867443C1AC0367E561725

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em "Baixar documento assinado".

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 24/07/2025 02:12 (UTC).

Nome do documento:

20250723_DECLARACAODEJUSTICADESITUACAOREGULARPERANTEOMPT_PROPRIA_CH2025083761.pdf

Algoritmo:

SHA256

Hash: 4AA333395E1C582C50A52820F58AA4101996511A2EA5F1ACAD8DEC5ABD5417EC

Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- ✓ O documento é autêntico e não foi adulterado.
- ✓ Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- ✓ As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- ✓ A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- ✓ As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 24/07/2025 02:12 (UTC).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 23/07/2025 11:20 (UTC).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 08:26 (UTC) - 23/02/2028 08:26 (UTC)
- **Situação:**
 - ✓ Assinatura íntegra
 - ✓ Certificado válido
 - ✓ Identidade reconhecida
 - ✓ Assinatura Eletrônica Qualificada
 - ✓ A assinatura esta de acordo com a sua política
 - ✓ Carimbo válido

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 23/07/2025 11:20 (UTC).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 170.247.4.162
 - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.5750007, -48.5837897

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE PARA CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Assunto: Chamamento Público nº 005/2025-SES/SE.

O Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com matriz na Rua Deputado Joaquim, Ramos, nº 125, Centro, Jaguaruna/SC, CEP 88.715-000, inscrita no CNPJ/MF nº 24.006.302/0004-88, e-mail protocolo@ideas.med.br, telefone (48) 3027-6200, neste ato representada pelo seu representante legal, Sr. Sandro Natalino Demetrio, Diretor Executivo, brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade nº 3.494.106, expedida pela SSP/SC, inscrito no CPF sob o nº 003.689.649-73, pela presente, **DECLARA** que, na data da apresentação da proposta da Chamamento Público nº 005/2025, não está cumprindo pena de suspensão temporária de participação de Chamamento Público aplicada, tampouco apenas com declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, aplicada por qualquer Órgão da União, Estados, Distrito Federal ou Municípios.

Por ser expressão de verdade, firmo a presente declaração.

Florianópolis/SC, 23 de julho de 2025.

Assinatura Eletrônica
23/07/2025 23:16 UTC

003.689.649-73
Sandro Natalino Demetrio

Sandro Natalino Demetrio
Diretor Executivo

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

Processos de Validação IDEAS (Uso Interno)		
Elaboração e Revisão		
ID dos Processos	Descrição	Responsável
2025083071	Analista de Expansão (Elaboração)	Fabio Alonso
2025083948	Assessoria de Expansão (Revisão)	Eduardo Alonso

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse <https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas>, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".



Código de verificação:

efa6bae3-c72a-4545-b579-8b05801d911c

CHAVE:

D0963EFB9CC81DBE606B7217EC02212A75C6FE8E87E867443C1AC0367E561725

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em "Baixar documento assinado".

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 24/07/2025 02:12 (UTC).

Nome do documento:

20250723_DECLARACAODEIDONEIDADEPARACONTRATARCOMADMPUBLICA_PROPRIA_CH2025083761.pdf

Algoritmo:

SHA256

Hash: 93A72189F9BD75D0C89CE4EC34A9E7F2A5F45D393E37DEAC528E30CD8437A5A0

Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- ✓ O documento é autêntico e não foi adulterado.
- ✓ Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- ✓ As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- ✓ A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- ✓ As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 24/07/2025 02:12 (UTC).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 23/07/2025 11:20 (UTC).
- **Certificado:**
 - **Tipo do certificado:** T3
 - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
 - **Validade:** 24/02/2023 08:26 (UTC) - 23/02/2028 08:26 (UTC)
- **Situação:**
 - ✓ Assinatura íntegra
 - ✓ Certificado válido
 - ✓ Identidade reconhecida
 - ✓ Assinatura Eletrônica Qualificada
 - ✓ A assinatura esta de acordo com a sua política
 - ✓ Carimbo válido

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 23/07/2025 11:20 (UTC).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
 - **IP:** 170.247.4.162
 - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
 - **Geolocalização:** -27.5750007, -48.5837897